

Oplevelse af isolation under indlæggelse
- Et kvalitativt studie

Ann Filippa Madsen

Master of Public Health

MPH 2014:33



norden

Nordic School of Public Health
NHV

Oplevelse af isolation under indlæggelse
-Et kvalitativt studie

© Nordic School of Public Health NHV
ISSN 1104-5701
ISBN 978-91-86739-98-0



Master of Public Health

– Examensarbete –

Examensarbetets titel och undertitel Oplevelse af isolation under indlæggelse -Et kvalitativt studie				
Författare Ann Filippa Madsen				
Författarens befattning och adress Hygiejnesygeplejerske, Infektionshygiejnisk Enhed, Juliane Marievej 28 st. Rigshospitalet København				
Datum då examensarbetet godkändes 12.11.2014			Handledare NHV/Extern Professor. Dr. Pæd. Mads Hermansen	
Antal sidor 38	Språk – examensarbete Dansk	Språk – sammanfattning Dansk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 978-91-86739-98-0

Sammanfattning

Formål: Formålet med dette studie var at undersøge faktorer der kan have betydning for hvordan patienten magter at være isoleret under indlæggelse på hospital. Der søges afdækning af om der er baggrundsvariabler som køn, alder og tidligere erfaringer, som har betydning og hvilke konsekvenser det medfører. Formålet var endvidere på baggrund af en risikoanalyse af den enkelte patient at fokusere på at tilrettelægge organiseringen af pleje og behandling.

Metode: Studiet er et kvalitativ studie, hvor det empiriske materiale blev indsamlet ved fem patientinterviews. Som analysemetode blev anvendt indholdsanalyse. Den konceptuelle ramme omfatter antibiotikaresistens i et folkesundhedsperspektiv, en beskrivelse af rammerne for infektionsforebyggelse i Danmark samt en teoretisk ramme af hvad det indebærer for patienter at være smittet med en multiresistent bakterie og oplevelse af at være isoleret.

Resultater: Studiet viser, at lukket dør, mangel på kontakt og stimuli resulterer i følelsen af kedsomhed, monotoni og angst. Studiet viser endvidere at baggrundsvariabler synes at have betydning for hvordan isolationen opleves. Kvinder udviser større bekymringer omkring smitteforholdsregler, og er mere observante på personalets adfærd end mænd. Kvinder bekymrer sig mere om risikoen for smitteoverførsel til besøgende og familie. Kvinder er mere emotionelle under indlæggelsen og under isolationen. Mænd affinder sig udadtil med situationen og har ikke samme spekulationer omkring smitteforholdsregler. Mænd har en mere rationel tilgang, og der er en tendens til at mænd bedre magter at være isoleret på enestue. Yngre patienter ser ud til at magte isolationen bedre og anser enestue som en fordel. De ældre bliver mere triste og føler sig ensomme. Erindringer fra tidligere indlæggelser kan lejres som negative oplevelser, og influere på nuværende indlæggelse. For at patienterne kunne magte situationen, udviklede de selv strategier til egen hjælp og befandt sig således i en balance mellem stress og mestring.

Konklusion: For at kunne forebygge de negative oplevelser det har for patienter som er isoleret, uden at kompromittere smitteforebyggelsen, vil et skærpet fokus på hele organiseringen, undervisning af personale, tilrettelæggelsen af isolationen med fokus på sengestuefaciliteter, tid til kontakt og grundig information være nødvendig. Her udover kan individuelle foranstaltninger på baggrund af en risikoanalyse overvejes

Nyckelord: Antibiotikaresistens, isolationspatienter, køn, alder, mestringsstrategi



Master of Public Health – Thesis –

Title and subtitle of the thesis Experience of source isolation during hospitalization -A qualitative study				
Author Ann Filippa Madsen				
Author's position and address Infection Control Nurse, Infection Control Unit, Juliane Marievej 28 st. Rigshospitalet Copenhagen.				
Date of approval 12.11.2014			Supervisor NHV/External Professor. Dr. Pæd. Mads Hermansen	
No. of pages 38	Language – thesis English	Language – abstract English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 978-91-86739-98-0

Abstract

Aim: This study explored and described the factors that may influence how patients react to source isolation from others during hospitalization. The study also sought to determine how background variables such as gender, age, and previous hospitalization affect source isolation. Based on individuals' risk assessment, this study also focused on how hospitals plan and the organization of care and treatment.

Method: This qualitative study used content analysis to review data collected from interviews with five patients. The conceptual framework describes antibiotic resistance and infection control from a public health perspective and explored its prevention in Denmark. The theoretical framework describes how patients experience an infection acquired by exposure to drug-resistant bacteria, as well as subsequent source isolation.

Results: The limited space of an isolation room, including closed doors, lack of contact with people, and few sensory stimuli, resulted in patient boredom, monotony, and anxiety. Moreover, the data showed that background variables affected how patients experience source isolation. Compared with men, women showed greater concern about precautions against infection and greater awareness of staff behavior. Women also worried more about the risk of transmitting bacteria/disease to visitors and family members, and display more emotion during isolation. In contrast, men outwardly resigned themselves to the situation and did not speculate about infection precautions. Men had more rational approach, and tended to cope better when isolated in a single room. Younger patients seemed to have a better coping strategy during isolation, and considered a single room an advantage compared to the ward. Elderly patients felt sad and lonely during source isolation. In addition, previous negative experiences from earlier hospitalization seemed to influence current isolation. Patients developed their own strategies for coping with source isolation and found themselves balanced between being stressed and coping.

Conclusion: Hospitals need more alternatives (e.g., better training and improved treatment culture) to prevent negative psychological affects due to isolation without compromising infection prevention. Hospitals should update their personnel at all organizational levels, and focus on room facilities in the ward, contact time, and improved information and communication. Risk assessment should be individualized for each patient.

Key words: Antibiotic resistance, isolated patients, gender, age, coping strategy

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. INTRODUKTION	5
1.1 Baggrund	5
1.2 Antibiotikaresistens i et folkehelseperspektiv	5
1.3 Infektionsforebyggelse i sundhedsvæsenet	7
1.4 Hospitalserhvervede infektioner	8
2. TEORETISK OG BEGREBSMÆSSIG RAMME.....	9
2.1 Health Promotion	9
2.2 Hvad indebærer det at være isoleret	10
2.3 Patientrolle og indstilling til sundhedsvæsenet	12
2.4 Reagerer patienter forskelligt på isolation?.....	13
3. PROBLEMFORMULERING	14
3.1 Formål	14
3.2 Forskningsspørgsmål.....	14
4. METODE	14
4.1 Design	15
4.2 Deltagere og udvalg	15
4.3 Dataindsamling	15
4.4 Dataanalyse	16
4.5 Ethiske overvejelser	17
5. RESULTATER	17
5.1 Oplevede konsekvenser af at være isoleret	18
5.2 Faktorer som medierer på patientens oplevelser	20
6. DISKUSSION	24
6.1 Resultatdiskussion.....	25
6.2 Metodediskussion.....	29
7. KONKLUSION OG IMPLIKATIONER.....	30
8. TAK.....	32
9. REFERENCER	33
10. BILAG 1. Information til patient	38

1. INTRODUKTION

1.1 Baggrund

Hospitalserhvervede infektioner medfører stor sygelighed, dødelighed og betydelige økonomiske omkostninger for sundhedsvæsenet. Mellem otte og ti procent af alle indlagte patienter, pådrager sig en hospitalserhvervet infektion, i forbindelse med indlæggelse eller behandling på et sygehus. Disse tal er gældende, såvel nationalt som internationalt (1).

Konsekvenserne af hospitalserhvervede infektioner påvirker såvel den enkelte, som samfundet. Den enkelte, der pådrager sig infektionen, vil opleve smerte, ubehag, længere indlæggelsestid med evt. tab af arbejdsfortjeneste og evt. varige følgevirkninger af infektionen i form af funktionstab. Endvidere er dødeligheden af f.eks. bakterier i blodet højere, hvis denne er sekundær til en hospitalserhvervet infektion (2-4).

Den forlængede indlæggelsestid, med den forøgede udgift til behandling og pleje, i form af bl.a. isolationsforanstaltninger og brug af antibiotika, øger sygehusenes, og dermed samfundets omkostninger tilsvarende (2-4). Da et af de vigtigste forebyggende tiltag, er infektionshygiejne og et infektionskontrolprogram, som en meget betydningsfuld faktor inden for levering af sundhedsydelse, skal dette integreres i sammenhæng med kvalitet- og patientsikkerhed.

1.2 Antibiotikaresistens i et folkehelseperspektiv

Introduktionen af sulfapreparater og penicillin til klinisk brug i 1930-1940, indebar store medicinske gevinster, i form af mindsket sygelighed og dødelighed forårsaget af bakterielle infektioner. Antibiotika er også en forudsætning for, at meget af den avancerede behandling med høj infektionsrisiko, indoperation af fremmedlegemer, organtransplantationer, anden avanceret kirurgi og cytostatika behandling lader sig gøre. Siden 1940-erne er en mængde nye antibiotika med forskellige virkningsmekanismer blevet fremstillet, men med en uheldig udvikling af resistens hos bakterier, er præparaternes virkningsspektrum aftaget, således at antibiotikaresistensen de seneste årtier, har udviklet sig til et omfattende globalt folkesundhedsproblem (2,3).

Relativt simple infektioner, som urinvejsinfektioner og lungebetændelse, har hidtil kunne behandles med smalspektrede antibiotika i tabletform. I dag er det oftere nødvendigt at tage mere bredspektrede antibiotika i anvendelse, hvor nogle gives som intravenøse injektioner, som kræver hospitalsindlæggelse (3).

Tidligere havde Danmark en lav forekomst af resistente bakterier, i forhold til de andre europæiske lande, og et relativt lavt forbrug af antibiotika og forekomst af resistens, set i et internationalt perspektiv. Som en del af en globalisering, med øget rejseaktivitet og øget import af fødevarer, viser resistensproblemerne sig også i Norden. Sundheds- og fødevarermyndighederne har taget initiativ til en fælles antibiotika politik (5), mht. at fastholde et rationelt antibiotikaforbrug, og dermed lav forekomst af resistens.

Udvikling af antibiotikaresistens, er gennem de sidste årtier blevet et stigende folkesundhedsproblem. Ikke alle antibiotika er aktive mod alle bakterier. Smalspektrede antibiotika virker på få og bredspektrede antibiotika virker på mange bakteriearter. Det stigende forbrug af især bredspektrede præparater, spiller en central rolle for antibiotikaresistens. Vi står i en situation, hvor flere infektioner forårsaget af multiresistente bakterier, er vanskelige at behandle på hospitalerne, med øget sygelighed, mortalitet, længere indlæggelsestider, spredning af multiresistente bakterier og økonomiske konsekvenser til følge (2-4).

Ingen kender det optimale niveau for antibiotikaforbruget i et land (6). Antibiotika anvendes primært til relevant behandling af bakterielle infektioner, og nytten af disse lægemidler for folkesundhed, f.eks. målt på reduktion af sygelighed og mortalitet, overstiger formentlig andre lægemidler. I modsætning til andre lægemidler, har antibiotika en biologisk virkning på bakterier og vira, en resistensudvikling der efterhånden hæmmer antibiotikaens effekt. Det er nødvendigt, at der med tiden suppleres med nye midler, men det har ligget stille længe (7). Fra midten af 1940-erne til 1970-erne kom der stadig nye antibiotika, hvorefter der var en lang pause på 20 år, indtil den sidste nye gruppe af medicin dukkede op. De fleste større lægemiddelproducenter har ”lukket ned” for antibiotikaforskning, fordi de ikke finder det rentabelt nok, sammenlignet med kroniske sygdomskategorier, hvor der kræves langvarig behandling. Folkesundheden står således overfor en trussel, at mens antibiotikaresistensen fortsat stiger, har vi ingen nye lægemidler at behandle med (7).

Etisk Råd (6), er i januar 2014 fremkommet med en udtalelse vedrørende anvendelsen af antibiotika, hvor de opfordrer til særdeles restriktiv brug af antibiotika. De konkluderer, at den tiltagende antibiotikaresistens på den baggrund, inden for en kortere årrække vil reducere patienters adgang til virksomme antibiotika, og at det derfor, er afgørende at der udvises tilbageholdenhed med brugen. Imidlertid må det forventes, at større tilbageholdenhed vil være forbundet med en større risiko for patienter. Etisk råd anbefaler, at myndighedernes indsats mod antibiotikaresistens bør forstærkes i sundhedssektoren, nationalt og internationalt gennem faglige retningslinjer for brug af antibiotika.

Antibiotika til mennesker er kun en del af problemet, da der i landbruget er et stort forbrug. Overførsel af resistente bakterier er jævnligt påvist (8). Resistente bakterier er langt højere i importerede fødevarer end danske, hvilket indikerer, at antibiotikaforbruget i forbindelse med udlændets fødevarerproduktion er betydeligt højere end det danske (9).

På europæisk niveau er EU-institutionen ECDC (the European Center for Disease Prevention and Control), blevet etableret i 2005, med det formål at styrke den fælles europæiske indsats mod smitsomme sygdomme. ECDC koordinerer indsatsen vedr. antibiotikaresistens i Europa. EARS-net (10) hører under ECDC og indeholder databaser med sammenlignelige valide data om prævalensen af antibiotikaresistens hos de mest relevante invasive bakterier i Europa samt antibiotikaforbruget i EU-lande.

1.3 Infektionsforebyggelse i sundhedsvæsenet

Det infektionshygiejniske område i sundhedssektoren omfatter forebyggelse, overvågning, rådgivning og udredning af infektionsudbrud. En synlig og vedholdende indsats mod sygehuserhvervede infektioner er en væsentlig, og integreret del af det samlede infektionshygiejniske arbejde. Det er nødvendigt med et tæt samarbejde mellem infektionshygiejniske team, afdelingsledelser og hospital-centerledelser, for dels at implementere og vedligeholde infektionshygiejniske retningslinjer, men også for at sikre opbakning og støtte når der skal ske interventioner. Arbejdet med infektionshygiejne og infektionskontrolprogram, er en integreret del af hospitalernes kvalitets-og patientsikkerhedsarbejde.

For at et effektivt infektionskontrolprogram kan integreres i et komplekst og multidisciplinært område, som hospitalerne i høj grad kan karakteriseres som, er det nødvendigt at infektionskontrolprogrammet er fuldt integreret i hospitalets struktur og kultur, og at kulturen endvidere indebærer undersøgelser og forskning, og at der er en uddannelsesstrategi indenfor området. Det er essentielt, at der er ledelsesinvolvering på alle niveauer i organisationen (11). At forebygge smittespredning og infektioner på hospitaler, kræver viden og handlekompetence indenfor området. Et stort amerikansk studie (12) viser at effekten af, at forebygge infektioner på hospitaler og opbyggelse af hygiejneorganisationer, med fokus på viden om forebyggelse af smittespredning, og overvågning af infektioner, med feed-back til klinikken og ledelsen på hospitalet, reducerede antallet af hospitalserhvervede infektioner med ca. 1/3 og at det således var omkostningseffektivt med en fokusering (13).

Formelle danske infektionshygiejniske standarder har været kendt fra 2001, hvor Dansk standard og Den centrale Afdeling for Sygehushygiejne tog initiativ til at udarbejde danske standarder indenfor det infektionshygiejniske område. De ”Danske Standarder” er baseret på internationalt anerkendte principper for virksomhedsledelse, risikostyring og medicinsk teknologivurdering og lever op til de internationale krav på området (14).

Alle hospitaler i Region Hovedstaden har desuden et infektionskontrolprogram, som beskriver organisationen af infektionshygiejnisk arbejde på hospitalet og infektionsforebyggelsen. Hvert hospital har egne hygiejnevejledninger, der indeholder retningslinjer for infektionshygiejne. Disse vejledninger er udarbejdet på baggrund af det nyeste materiale fra Sundhedsstyrelsen, Statens Seruminstitut, Central Enhed for infektionshygiejne, Hygiejnestandarderne (Dansk Standard) og miljøstyrelsen. Vejledninger for isolation af patienter med multiresistente bakterier, og forholdsregler for patienter, behandlere og besøgende er omfattet af de infektionshygiejniske retningslinjer (15).

I takt med et stigende antal patienter, med infektioner forårsaget af multiresistente bakterier på de danske sygehuse, er der et øget behov for isolation af patienter, enten på enestue eller flersengsstue. Der tages særlige infektionshygiejniske retningslinjer i anvendelse(15). Fokus har hidtil omhandlet de enkelte infektioners karakter, og isolation som en teknisk foranstaltning. Varigheden af isolationen må formodes at have betydning for hvor manifesterede psykiske komplikationer det medfører. Da stadig flere patienter bliver isoleret, må vi forebygge at disse foranstaltninger skader den enkelte.

Tidligere international forskning (16-19) på området, viser at patienter i isolation føler sig ensomme, på grund af mindre kontakt og at de har sværere ved at mestre situationen (20). Abad et al. (21) præsenterer tal, som tyder på, at personalet bruger halv så meget tid på isolationspatienten, i forhold til en ikke isoleret patient (21). Isolation er forbundet med stigmatisering, idét mange patienter med infektionssygdomme føler sig anderledes og urene i forhold til andre patienter (22). Isolationsforanstaltninger er med til at underbygge denne stigmatisering, ved at der ofte opsættes gul isolationsskiltning på døren, og personalet i klæder sig beskyttelsestøj og handsker. På den anden side, er foranstaltningerne iværksat for at beskytte de øvrige patienter ved at forhindre smittespredning.

1.4 Hospitalserhvervede infektioner

Hospitalserhvervede infektioner omfatter infektioner, som er opstået under indlæggelse, og som patienten ikke var syg af ved indlæggelsen. Spektret spænder vidt fra banale forkølelser, til livstruende sepsis (blodforgiftning) med methicillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA), og andre resistente, eller multiresistente mikroorganismer. Smittekilderne kan være patienten selv, andre patienter, hospitalspersonale, eller ting i hospitalsmiljøet. Mikroorganismene kan overføres ved direkte eller indirekte kontakt, gennem luften eller med vand, mad og lægemidler. De vigtigste smitteveje er direkte, eller indirekte kontaktsmitte. Mikroorganismer overføres med personale, via miljøet eller apparatur, instrumenter og utensilier som anvendes ved behandling, pleje og diagnostik. Mangelfuld håndhygiejne hos personalet regnes for den vigtigste årsag til indirekte kontaktsmitte mellem patienter (3).

Når man som patient, bliver inficeret med en multiresistent bakterie under indlæggelsen, er det sjældent, at man som patient tilskriver det mangelfuld hygiejnisk adfærd hos personalet (23). Oftest kendes smitekilden ikke, men ikke sjældent kan det forbindes med, at en anden patient på samme sengestue i afdelingen også er indlagt, koloniseret eller inficeret, med samme bakterie eller mikroorganisme. Der er således sket brud på de infektionshygiejniske retningslinjer, da smitten er opstået formentlig via forurenede hænder eller udstyr.

Der findes ikke mange videnskabelige studier, som omhandler patientens oplevelse af, at være smittet af resistente bakterier generelt, men der findes få studier som omhandler patienter som er smittet af MRSA, og deres oplevelser er præsenteret i tre artikler (23-25). Iflg. Donaldsons (25) undersøgelse hvor 91 ortopædkirurgiske patienter indgik, var 75% af patienterne fortrøstningsfulde, og mente at infektionen ville gå over med tiden og at behandlingen var effektiv. 33 % var bekymret for fremtiden pga. infektionen og de 31 % var bekymret for at overføre smitte videre til deres familie. Særligt blandt de yngre patienter, var infektion med MRSA forbundet med alvorlige konsekvenser, og følelsesmæssige omkostninger. Iflg. Newton (23) havde studiedeltagerne (n=19), ikke indsigt eller forståelse for hvad MRSA var, og hvordan det smittede, og forbandt det ikke med manglende efterlevelse af hygiejniske forholdsregler. Iflg. Brooks (24), betragter patienterne som indgik i undersøgelsen (n=23), MRSA som et hospitalsproblem, og ansvaret skulle derfor findes hos ledelse, læger, sygeplejersker og rengøringspersonale. Bekymringer omkring antibiotikaresistens og dets opståen var patienterne generelt uvidende omkring.

2. TEORETISK OG BEGREBSMÆSSIG RAMME

Dette afsnit beskriver den teoretiske ramme som løftes frem i diskussionsafsnittet, og som er med til at belyse problemformuleringen. Den teoretiske ramme, er valgt i samspil med dataindsamling og analysen.

2.1 Health Promotion

Internationalt og nationalt er begrebet Health Promotion ændret over tid, fra at have været en menneskeret er det blevet et globalt emne, og har udviklet sig til en mere politisk styret agenda.. Den første internationale konference i Health Promotion i 1986 førte til Ottawa Charteret(26). Chartret definerer Health Promotion således:

Health promotion is the proces of enabling people to increase control over, and to improve their health.To reach a state of complete physical, mental and social wellbeing, an individual or group must be able to identify and to realize aspiration, to satisfy need, and to change or cope with the inviroment. Health is, therefore, seen as a ressource for everyday life, not the objective living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just responsibility of the health sector, but goes beyond healthy life-styles to well-being.

Charteret fokuserer på sundhed, rammer og forudsætninger for at sundhed kan fremmes. Fem indsatsområder blev defineret (27): Udvikling af sundhedsfremmende politik, skabelse af understøttende miljøer for sundhed, styrkelse af lokalsamfundsindsatsen for sundhed, udvikling af personlige færdigheder i sundhedsøjemed og ny orientering af sundhedsvæsenet(27).

I dag er empowerment helt centralt indenfor Health Promotion (27). Begrebet udspringer fra et humanistisk menneskesyn, og indebærer en grundlæggende antagelse om, at mennesker under rimelige betingelser vil udvikle evner, færdigheder samt kontrol og ejerskab over beslutninger, der påvirker deres livsvilkår og sundhed. Individuel eller psykologisk empowerment relaterer sig til individets evne til at tage kontrol over eget liv. Et sundhedsbegreb, der lægger vægt på de psykisk-kognitive aspekter ”Sense of Coherence”, oplevelse af sammenhæng og meningsfuldhed, er beskrevet af Lindström & Eriksson (20) med udgangspunkt i Aron Antanovskys teori om salutogenese (28).

Begrebet ”Sense of Coherence ” (SOC) kan betragtes som et psykologisk fænomen. Iflg. Lindström & Eriksson (20) kan SOC udvikles og læres over tid. De definerer det således: ”*En kombination af evnen til at vurdere og forstå sin situation, at finde en mening til at komme videre i helsefremmende retning, og at have evnen til at gøre det*”. Det er en personlig måde at tænke, være og agere på.

Nøglebegreberne er:

- Begribelighed (comprehensibility)
- Meningsfuldhed (meaningfulness)
- Håndterbarhed (manageability)

For patienten som er isoleret, skal det være begribeligt og give mening, og det skal kunne håndteres i den periode, det er aktuelt. Det forudsætter at patienten bliver informeret om baggrunden, og hvilke forholdsregler der er forbundet med isolationen og sygdommen. Informationen skal tage udgangspunkt i det enkelte individs viden, fysiske og psykiske habitus. SOC er som sådan ikke en coping strategi, men en coping-ressource som er vigtig for hvordan den enkelte mestrer f.eks. det at være isoleret.

Når der skal interveneres på individniveau er det endvidere vigtigt, at man har empowerment begrebet for øje. Det er vigtigt at enkeltindivider selv er bevidst om, hvad der skal til af helsefremmende tiltag, for at undgå eller mindske ubehag. For patienter, som har fået en infektionssygdom, vil der være grænser for, hvor stor indflydelse de umiddelbart vil have. Afhængig af deres baggrund, evner og formåen finder patienten en mestringsstrategi under isolationen.

I diskussionsafsnittet vil emnet Health Prevention blive diskuteret. Health Prevention defineres som en sundhedsrelateret aktivitet, der søger at forhindre opståen og udvikling af sygdomme(26,27). Forebyggelsen er indenfor sundhedsområdet de indsatser, som fremmer folkesundheden ved at identificere eller hæmme risikofaktorer(26,27). De infektionshygiejniske retningslinjer er en del af de tekniske foranstaltninger som tages i anvendelse, for at hindre smittespredning til øvrige dele af hospitalsmiljøet og til andre patienter.

2.2 Hvad indebærer det at være isoleret

Det epidemiologiske perspektiv, har baggrund i nationale og regionale overvågningsdata (29) for forskellige typer af infektioner, som vil medføre forskellige typer af isolationsregimer. Dette er med til at give et billede af omfanget af problematikken med stigning i resistensudvikling af bakterier, og dermed stigning i antallet af patienter som isoleres. Opgaven skal være med til at afdække nødvendigheden af, at der fra infektionshygiejnisk side iværksættes initiativer, for at forebygge og minimere de psykiske konsekvenser for den enkelte, samtidig med at forebyggelsen af smittespredning sikrer at beskytte hospitalsmiljøet og øvrige patienter.

At være alene er ikke ensbetydende med at være isoleret. Isolation er defineret som et stadie, hvor man som individ oplever en reduktion af normale sanseindtryk og sociale kontakter og ufrivilligt er begrænset i at bevæge sig rundt pga. de fysiske omgivelser (30). Isolation anvendes som en teknisk foranstaltning indenfor hospitalsverdenen af to medicinske årsager. Patienter isoleres, hvis de er kendt med eller er inficeret med bl.a. multiresistente bakterier, for at forhindre at der sker smittespredning til andre patienter og miljøet på hospitalet kaldet ”smitte-isolation”. Og den anden gruppe som er beskyttelsesisolation, som omhandler patienter med nedsat immunforsvar og dermed ekstra modtagelige for infektioner (knoglemarvstransplanterede eller patienter i cytostatikabehandling). Denne opgave vil fokusere på patienter i smitteisolation, med infektion med multiresistente bakterier.

Når patienter isoleres på enestue foretages en række infektionshygiejniske interventioner, som at der sættes skilt på døren som anviser hvilke værnemidler der skal anvendes på stuen, når man er i kontakt med patient eller patientnære omgivelser (15). Der står ofte en vogn eller et bord med forskellige værnemidler som overtrækskittel, handsker og mundbind og det desinfektionsmiddel der skal anvendes på stuen til aftørring af patientudstyr. I langt de fleste tilfælde, omkring 90 % er der tale om kontaktsmitte og ikke dråbesmitte, ved dråbesmitte er det mere strikse forholdsregler der tages i anvendelse. Døren til stuen er lukket i langt de fleste tilfælde, fordi det er anvist i de infektionshygiejniske retningslinjer, og fordi en åben dør til en sengestue på en stor afdeling med mange mennesker kan signalere: ”at her er ikke noget særligt hensyn man skal være opmærksom på”. Døren er, når den er lukket en adfærdsregulerende foranstaltning, således at man dels skal kunne se isolationsskiltet når den er lukket, og at der ikke skal ske en masse trafik ind og ud af stuen, uden at man anvender værnemidler (15).

De negative effekter ved social isolation er velkendt iflg. litteraturen, og restriktionen inkluderer sociale kontakter til andre patienter, færre besøg og mindre kontakt med personalet (31). Man kan argumentere for at isolation fjerner al selvkontrol som patienten normalt har over sit liv, og at fundamentale funktioner som man tager for givet i det daglige, ikke længere er til stede når man isoleres. Iflg. Gammon(32) resulterer det i en passiv patientrolle, at blive isoleret fra andre sociale kontakter og være afhængig af andre, fjerner med ét følelse af værdighed (32). Denne følelse af tab af kontrol resulterer i en stresssituation, angst, depression og et lavt selvværd (33) og det at være på en enestue med lukket dør opleves af nogle som en fængselscelle (32.). Majoriteten af den anvendte litteratur viser at isolation fører til en følelse af ensomhed (19,34-36) og at de pårørende ikke besøgte patienten regelmæssigt af frygt for smitte, og omvendt, at patienten bekymrede sig om at videregive smitte til sine nærmeste (18). Følelsen af stigmatisering viser sig, når personalet iklæder sig beskyttelsesudstyr, og at patienter skal tage handsker og beskyttelseskittel på i forbindelse med rehabilitering, og får dem til at føle sig urene og anderledes (22). Mange patienter oplevede at kontakten med plejepersonale blev mindre i det øjeblik, de blev isoleret (31,19). Personalet kom ikke spontant ind på stuen, medmindre de havde et konkret ærinde som at servere mad eller udføre patientpleje.

Et af de tydeligste tegn på stigmatisering er isolationsskiltningen, med anvisning af værnemidler på patientens dør ind til enestuen. Det er forbundet med et dilemma, da patienten på den ene side har krav på fortrolighed omkring diagnosen, og afdelingen har på den anden side en forpligtigelse til at beskytte de andre patienter, hospitalets miljø og personale for eksponering af smitte. Afdelingen følger for så vidt de infektionshygiejniske retningslinjer, og dette bliver understøttet i samarbejdet med det infektionshygiejniske team og hygiejnesygeplejersken på de enkelte hospitaler.

Litteraturen viser endvidere, at isolationspatienter ikke føler sig velinformeret om deres infektionssygdom (19,37), og hvilke implikationer det medfører på kort og på længere sigt. Mange bekymrer sig om de overfører smitten til de pårørende (30), og hvad de skal gøre efter udskrivelsen, og om det vil påvirke deres dagligdag i øvrigt, eller om der er restriktioner eller forholdsregler i dagligdagen. Varigheden af isolationen under

indlæggelsen er ofte uklar, og alle disse faktorer tilsammen får psykiske konsekvenser for patienten.

Der tegner sig et tydeligt billede af at patienterne generelt set oplever ensomhed, depression, stigmatisering, angst og humørudsving i forbindelse med isolation (32). Med det som baggrund, kan man stille sig spørgsmålet, om man i virkeligheden påfører patienten større skader i forbindelse med isolationen, som den tilrettelægges for nuværende, set i forhold til hvilke skader infektionen har forvoldt. De omkostninger, som udgøres af sundhedssektorerhvervet infektioner, bør afvejes mod hvad det koster at have patienter i isolation, og samtidig tage hensyn til patientens almene og psykiske habitus.

2.3 Patientrolle og indstilling til sundhedsvæsenet

Ved en hospitals indlæggelse oplever patienten tab på flere niveauer iflg. Mach-Zagal & Saugstad (38). Patienten mister sin kultur, og oplever et brud med sin livsrolle og identitet. Patienten giver afkald på sit eget tøj (og det identitetsskabende ved sit tøj), sine personlige ejendele og sit normale udseende. Patienten mister status og anseelse, f.eks. i aldershierakiet, og ved uformelle tiltaleformer, og mister fornemmelsen af, at hans tid og indsats er meningsfuld, og mister derved personlige gøremål, projekter og målsætninger. Reaktionen på tab og krænkelse i forbindelse med hospitalsindlæggelse, er velkendte og giver sig ofte til kende som vrede, sorg eller nedtrykthed, og der findes typiske rollestrategier, som iflg. Marc-Zagal & Saugstad (38) tages i anvendelse som patient.

Tilbagetrækning, er når patienter nægter at samarbejde. Kolonisering er når patienten forsøger at etablere og herske over et frirum (f.eks. dagligstuen), hvor han kan være i fred. Omvendelse betyder, at den indlagte overtager institutionens syn på alting og spiller den fuldkomne patient. Forsøger ofte at indvie, vejlede eller yde omsorg overfor nye patienter. Og ”playing it cool”, som er en strategi, hvor patienten prøver at klare sig ved opportunistisk brug af flere strategier, alt afhængig af hvem han snakker med. F.eks. kan han optræde lydigt og underdanigt overfor personalet og aggressivt eller systemkritisk i samvær med andre. Selve indlæggelsen er årsag til forstyrrelser i patientens selvopfattelse, identitet, regulering af psykiske interesser og sociale adfærd. Patienten er overbelastet psykisk og socialt, og må støttes mest hensigtsmæssigt.

Med baggrund i ovenstående facts (forenklet), er patienter, når de bliver isoleret, yderligere belastet psykisk og socialt, hvilket empirien også viser. Empirien viser også, at hvordan patienten håndterer og klarer at være isoleret, til en stor del beror på tidligere erfaringer, viden og køn. Men, skal der være nogle forudsætninger for erkendelse til stede, iflg. Marc-Zagal & Saugstad(38). De anfører, at selv om nogle patienter har oplevet andre tidligere indlæggelser, er det ikke sikkert, at oplevelserne danner basis for erkendelse og kundskaber, som kan benyttes under nuværende situation. Hvis ikke oplevelser fra tidligere indlæggelser, er blevet bearbejdet via den pædagogiske indsats fra personalets side, kan erindringer fra tidligere sygdomsperioder (isolationsperioder) blive lejret som negative erfaringer, der blokerer for nye erfaringer og handling. Med andre ord kan man ikke forvente, at patienten er blevet garvet af tidligere hospitalsophold (38).

2.4 Reagerer patienter forskelligt på isolation?

Majoriteten af artikler som omhandler isolation af patienter enten pga. multiresistente bakterier, eller pga. knoglemarvstransplantationer, har beskrevet hvilke psykologiske og sociale implikationer isolationen medfører. I de kvantitative undersøgelser er statistikken opdelt på køn og alder, nogle angiver også uddannelsesniveau, men i hverken diskussionsafsnit eller i konklusion, er der fremhævet noget omkring disse faktorer. Der er ikke foretaget megen forskning inden for forskelle på oplevelse af at være isoleret, afhængig af køn eller alderen.

Litteraturen har ikke givet svar på, om der er forskel i besvarelser på mænd og kvinder, om de var unge eller gamle, havde høj eller lav indkomst eller hvilket uddannelsesniveau de var placeret på. Få artikler nærmer sig forsigtigt kønsforskelle og aldersgrupper, blandt besvarelser fra isolationspatienter. En del af artiklerne omhandler reaktioner for hhv. korttids- og langtidsisolation. De fleste tager udgangspunkt i at foretage interview på dag tre i isolationsperioden, da de to første dage er overvældende, og man skal vænne sig til tanken og de fysiske rammer. På dag tre har patienterne ”opdaget hvad isolationen indebærer” (34).

Følgende hovedfund fremkommet i relation til isolation:

Kvinder er mere opmærksomme på at overholde instruktioner for at forhindre smitteoverførsel, og er bekymret for risikoen for at videreføre smitte til besøgende og familie. De agerer mere følelsesladet under isolationen. De er under deres indlæggelse mere opmærksomme på personalets rutiner omkring isolerede patienter, Kvinderne er også opmærksomme på fremtiden, og om der er restriktioner i forhold til ikke at videreføre smitte, efter udskrivelsen.

Mænd affinder sig umiddelbart med situationen, og agerer mere rationelt. Der er en tendens til at yngre patienter og mænd bedre magter at være på enestue, og anser dette som et gode. De ældre isolerede patienter, ser ud til at føle sig mere ensomme og triste. Jo højere uddannelse, jo større indsigt i baggrunden for hvorfor de er isoleret. Og omvendt, jo lavere uddannelse, jo ringere indsigt og forståelse af sammenhænge, og des ringere baggrund for at udbede sig yderligere information.

”Kønsforskelle i sygdom og sundhed” (39), afdækker sygdomsområder hvor kvinder og mænd skiller sig særligt ud, af kønsforskelle i risikofaktorer for sygdom og i reaktionen på sygdomssymptomer. Af relevans for denne opgave, er det i særdeleshed reaktionen på sygdomssymptomer, der bliver refereret til i resultatdiskussion og konklusion. De vigtigste pointer fra rapporten er, at omkring selvoplevet sundhed, så rapporterer mænd oftere end kvinder, at de har det virkelig godt. Flere kvinder end mænd oplever sig plaget af gener og symptomer. Kvinder angiver oftere end mænd, at de lider af navngiven sygdom. Sygdomsadfærden adskiller sig også ved, at mænd oftere end kvinder undlader at reagere på deres gener og symptomer. Kvinder gør oftere end mænd noget ved deres situation. Ifølge rapporten er kvinder mere optaget af deres helbred, end mænd er. Kvinder bekymrer sig mere om hele familiens trivsel, end mænd gør, og kvinder sætter oftere ord på deres gener og symptomer(39).

3. PROBLEMFORMULERING

Multiresistente bakterier er blevet et problem i et folkehelseperspektiv, og således også på danske hospitaler. Infektionshygiejne og infektionskontrolprogrammer er en del af kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet, men konsekvenserne af at være isoleret som patient, mangler et fokus. Det er derfor relevant for fremtidigt arbejde indenfor infektionshygiejne, at undersøge, hvilke psykiske implikationer det medfører for den enkelte, at være isoleret. Formålet er, at der fokuseres mere på den enkelte patient for optimalt set, at tilrettelægge en isolation, som kan være med til at forebygge de negative psykiske konsekvenser, og som tilpasses patienten, uden at kompromittere smitteforebyggelsen for de øvrige patienter, miljø, pårørende og personale.

På baggrund af ovenstående, er det interessant at undersøge, hvilke faktorer, der kan have betydning for hvordan patienten magter isolationen.

3.1 Formål

Formålet med studiet er at undersøge om patientens køn, alder og indstilling til sundhedsvæsenet og tidligere erfaringer, har betydning for hvordan det opleves at være isoleret under indlæggelse.

En generel forbedret tilrettelæggelse og indsats overfor patienter i isolation, hvad angår fysiske rammer, kontakthypighed og information til patienter, vil uden tvivl være af stor værdi. Udover en generel forbedret indsats, kunne det måske også være fordelagtigt at tilrettelæggelsen yderligere kunne ”forfines” og designes mere individuelt, hvis vi har en større viden om de enkeltes patienters forudsætninger. Formålet med studiet, er endvidere at få skabt fokus på en patientgruppe som foruden grundsygdommen, under indlæggelsen isoleres og risikerer at få psykiske manifestationer, hvorfor en styrket og målrettet organisering omkring isolationspatienter er ønskelig.

3.2 Forskningsspørgsmål

- Er der baggrundsvariabler som køn, alder, indstilling til sundhedsvæsenet, som har betydning for, hvordan isolation under indlæggelse opleves, og hvilke konsekvenser det medfører?
- Kan man med fordel tilrettelægge organiseringen af pleje og behandling af en patient som er i isolation, på baggrund af en risikoanalyse af den enkelte patient?

4. METODE

Der er taget udgangspunkt i opgavens pentagon, som beskrevet af Rienecker & Stray Jørgensen (40). Det er vigtigt i forbindelse med at skrive en videnskabelig opgave, at have styr på de grundlæggende hjørneste som indgår og udgør pentagonen.

4.1 Design

Undersøgelsesmetoden er kvalitativ, idet det drejer sig om at få mening og betydninger frem i relation til patientens oplevelse af at være isoleret under indlæggelse. Den valgte analysemetode, en kvalitativ indholdsanalyse inspireret af Graneheim & Lundman 2004 (41) som er karakteriseret ved, at man søger at identificere, beskrive og tematisere data vedrørende et fænomen, ved så systematisk, objektivt og datanært som muligt at reducere og kondensere teksten. Ved efterfølgende abstraktion identificeres og opstilles koder, kategorier og evt. temaer, som beskriver og resumerer indholdet samt eventuelt meningen bag den. Analysen kan eventuelt være mere tolkende og yderligere bidrage til teoriudvikling. Analysen kan (alene) fokusere på det manifeste indhold i teksten, men kan også omfatte en tolkning af det latente indhold.

4.2 Deltagere og udvalg

Kriteriet for udvælgelse er, at patienten er isoleret pga. infektion med multiresistent bakterie, og ikke isoleret pga. kolonisering af multiresistent bakterie. Patienten skal være, eller have været isoleret på enestue i mellem tre og fem dage på interviewtidspunktet, da det danner grundlag for tydeligt at have mærket, hvad isolationen indebærer. Patienterne blev udvalgt på et hospital, og i tre forskellige afdelinger hvor man var vant til at isolere patienter med multiresistente bakterier. De udvalgte afdelinger var en infektionsmedicinsk afdeling, en hjertemedicinsk- og en endokrinologisk afdeling. Patienterne blev udvalgt af de respektive afdelingers afdelingssygeplejerske på dagen, hvor de vurderede om patienten var egnet og kunne deltage i et interview. Der vælges blandt patienter, som er isoleret pga. mavetarminfektion med bakterien *Clostridier difficile* for første gang. Der gennemføres interview af fem patienter mellem 43-82 år, tre kvinder på 69, 72 og 82 år, og to mænd på 54 og 43 år.

Det strategiske valg af patienter skal ses ud fra den målsætning, at interviewmaterialet har potentiale til at belyse problemstillingen (42). I dette tilfælde, er det vigtigt at forskeren har et erfaringsbaseret feltkendskab, da det indgår som en ressource, for at kunne indsamle tilstrækkelig data til at belyse problemstillingen, det kan omvendt være forbundet med bias. Der vælges en Haphazard/convenience sampling (43), da valget er de patienter som er til rådighed og tilgængelige.

4.3 Dataindsamling

Dataindsamlingen blev oprindeligt foretaget i forbindelse med et diplomarbejde i 2013, men er blevet anvendt og analyseret efter en anden metode i nærværende opgave, hvor flere perspektiver bliver fremtrædende.

Der blev indhentet tilladelse fra afdelingsledelserne til at foretage interviewene. Ledelsen modtog et brev, hvor der var redegjort for formålet med interviewet. På selve dagen fik de udvalgte patienter udleveret et brev, som blev gennemgået med dem, og blev informeret om undersøgelsens overordnede formål, og om hovedtrækkene i designet.

Interviewene blev foretaget på hospital, alle på patientens enestue hvor ingen forstyrrelser forekom. Ifølge Kvale (42) er de første par minutter af et interview

afgørende, da de interviewede skal skabe sig en opfattelse af interviewerens, før de taler frit. Alle interviewene blev introduceret med en kort briefing, hvor formålet med undersøgelsen blev fortalt, om diktafonen, og at de ville blive anonymiseret i undersøgelsesresultatet. Under selve interviewet var interviewerens aktivt lyttende, og nogle gange måtte patienterne uddybe deres svar. Til hvert interview var der afsat 15-20 minutter, som var passende i forhold til omfanget af spørgsmålene. De fem interviews blev transskriberet umiddelbart efter optagelsen, og verbaliseret. De fem interviews blev sammenskrevet så det var muligt at identificere informanterne fordelt på køn og alder. Interviewspørgsmålene var opbygget over tre hovedemner som ønskes belyst gennem interviewene.

4.4 Dataanalyse

Analysen af kvalitative data skal bygge bro mellem rå data og resultatet ved at materialet bliver struktureret, fortolket og sammenfattet (Malterud 2011).

Indholdsanalysen som beskrevet af Graneheim og Lundman (2004) foregår i step:

- Identificere meningsbærende enheder, ord eller sætninger
- Kondensering, forkortning af meningsbærende enheder uden at meningsindhold ændres
- Lave koder, en kort titel som beskriver indholdet
- Lave subkategorier og senere kategorier som er baseret på gruppen af koder

Først blev interviewet læst grundigt igennem, og sætninger blev vurderet om de udtrykte noget centralt. De udvalgte sætninger eller dele af sætninger som udgør de meningsbærende enheder blev understreget. Herefter kondenseres ved at meningsbærende enheder forkortes, uden at meningen ændres. Det kondenserede meningsindhold blev trukket ud og fik koder som beskrev indholdet. Herefter opstilles kategorier, som indeholder grupper af koder med fælles indhold og/eller betydning. Koder som passer sammen bliver samlet i subkategorier, som igen samles i kategorier. For at sikre validiteten i analysen var det nødvendigt at rå data var i overensstemmelse og havde støtte i teksten. Tabel 1. viser eksempel på hvordan analysestrukturen er bygget op. Efter analysen var foretaget blev udvalgte citater brugt til at lægge yderligere forståelse til det, som er beskrevet i teksten.

Tabel 1: Eksempel på koder, subkategorier og kategorier.

Koder	Subkategori	Kategori
Oplevelse af fangenskab	Følelsen af at være alene og lukket inde	Oplevede konsekvenser af isolation
Ensomhed		
Mangel på stimulation		
Social og fysisk isolation		
Oplevelse af forladthed		
Døren har symbolsk værdi		

Det skal pointeres, at analysen på ingen måde er så lineær som skitsen antyder. Analysen er derimod cirkulær og dialektisk, forstået som en bevægelse frem og tilbage mellem hele interviewteksten/teksterne og dele af teksten.

Under bearbejdningen af interviewene, blev det tydeligt angivet hvilken patient der sagde hvad, så de kunne identificeres under transskriberingen og analysen.

Indholdsanalysen er fulgt stringent og fremstillet meget nøjagtigt, for at skabe gennemsigtighed for læseren, og for at kunne følge den røde tråd, der er forbindelseslinjen mellem problemformuleringen som ønskes belyst og de teorier, metoder og data som fører frem til resultatet.

Ifølge Malterud K (43) er forskerens ståsted, faglige interesser, motiver og personlige erfaringer afgørende for hvilken problemstilling og hvilket perspektiv der vælges. Som forsker er det vigtigt at være sig sin forforståelse bevidst, og være bevidst i hele processen, at holde sig selv i baggrunden ”at sætte sig i parentes”. Forfatterens baggrund er dannet ud fra en baggrund som sygeplejerske med mange års erfaring indenfor mange specialer og på flere ledelsesniveauer, senest omkring 4 år som hygiejnesygeplejerske. Som hygiejnesygeplejerske arbejder man med infektionsforebyggelse, overvågning og undervisning i sundhedsvæsenet på tværs af alle niveauer i organisationen.

4.5 Ethiske overvejelser

Inden undersøgelsens begyndelse, blev datatilsynet og den lokale videnskabsetiske komite kontaktet. Til denne undersøgelse skulle der ikke søges om tilladelse, da undersøgelsen ikke indeholder biomedicinsk forskning. Datatilsynet var ikke relevant, da patienterne er anonymiseret, så hverken navn eller cpr-nr. vil fremgå nogen steder. Der blev indhentet tilladelse til at foretage interview af fem patienter hos afdelingsledelsen. Patienterne som var udvalgt, blev spurgt om de ville deltage, og de fik kort fortalt hvad undersøgelsen det gik ud på. Hvis de i første omgang indvilligede, blev formålet med undersøgelsen uddybet, og de fik også en skriftlig information. Det blev præciseret for dem at det var frivilligt, og at de kunne takke nej. Alle fem patienter indvilligede allerede fra starten.

5. RESULTATER

To kategorier med henholdsvis to og tre subkategorier blev identificeret (Tabel 2).

Kategorierne var:

1. Oplevede konsekvenser af at være isoleret
2. Faktorer som medierer på patientens oplevelser

Tabel 2: kategorier og subkategorier som blev identificeret.

Kategori	Subkategori
Oplevede konsekvenser af at være isoleret	Ændret pleje- og behandlingsmønster
	Følelsen af at være alene og lukket inde
Faktorer som medierer på patientens oplevelser	Information til patienter har betydning for følelse af kontrol og integritet
	Hvordan patienten håndterer at være isoleret
	Geografi og organisering omkring isolerede patienter

5.1 Oplevede konsekvenser af at være isoleret

Patienterne i interviewet angav at der var nogle konsekvenser forbundet med at være isoleret under indlæggelsen. De patienter som havde erfaringer fra tidligere indlæggelse, oplevede at de ikke havde så hyppig kontakt til personalet, og at kommunikationen dermed var mindsket i det øjeblik de blev isoleret. Informanterne oplevede ensomhed og mangel på stimulation. De følte sig lukket inde og fanget på stuen. To subkategorier blev identificeret: Isolation medfører ændret pleje- og behandlingsmønster og følelsen af at være alene og lukket inde.

Ændret pleje, - og behandlingsmønster

Den overvejende del af empirien viser at smitteisolation leder til et ændret pleje-, behandlings- og kontaktmønster, og at det for patienterne leder til ensomhed og følelsen af stigmatisering. Patienterne i interviewet påpeger, at kontakten med sygehuspersonalet mindskes, i det øjeblik de bliver isoleret og at det var anderledes før isolationen. I interviewet kom det frem, at patienterne oplevede, at der for personalet er usikkerhed forbundet med pleje- og behandling af isolationspatienter. Personalet kommer ikke spontant ind på sengestuen for at tale, deres tilstedeværelse er ofte forbundet med praktiske ærinder som at servere mad eller medicin. Endvidere viser det sig, at patienterne ikke vil være til besvær og ulejlighed, og selv undgår at kontakte personalet.

På spørgsmålet om de tror de ville have mere kontakt til personalet, hvis ikke de var isoleret svarede kvinderne:

Jeg har erfaring og har også tidligere været isoleret. Og personalet var oftere inde hos mig, inden jeg blev isoleret. Der var mere kontakt før isolationen, jeg kan godt mærke forskel. I begyndelsen virkede det som om de var bange for at gå herind, og der var en sygeplejerske som ikke klædte sig om. Det er svært at få kontakt med personalet, jeg er ikke vild med at bruge ringeapparatet.

Den mandlige patient, med mange indlæggelser bag sig, sagde:

Der havde nok været mere kontakt til personalet, hvis ikke jeg havde været isoleret. Men det er jeg ligeglad med, og jeg er tilfreds med min enestue. Det vigtigste er, at der er nogen som kigger herind, når jeg har behov, det er rart med lidt variation.

Det er professionalismen og empatien som er vigtig for individet som er isoleret. Overraskende, foretrækker alle de interviewede patienter at have mange forskellige kontakter, da det tilsyneladende er mere stimulerende, end hvis det var én bestemt som kom på stuen. For patienterne opleves det, at når de er isoleret, har de mindre kontakt til personalet. De skal selv ringe eller hidskalde dem, ellers kommer de ikke på stuen. Patienten som ikke er vild med at bruge ringeapparater, kan tolkes som udtryk for ikke at være til ulempe. Patienterne oplever ligeledes følelsen af usikkerhed hos personalet overfor inficerede patienter, og håndteringen af dem. Det er en forstærkende proces eller en ond spiral, at patienterne som faktisk er isoleret med lukket dør, og de der udover modtager mindre kontakt med de fagprofessionelle, som i øvrigt er usikre i deres professionelle virke, omkring håndtering af inficerede patienter, og usikre overfor isolationsregimerne. Patienter oplever stigmatiseringen ved, at isolationen medfører færre kontakter og forskelle fra før isolationen.

Interviewene viser, at for patienter som har erfaring fra tidligere, både som ikke isoleret og isoleret, vækkes der stærkere følelser omkring det ændrede pleje-, behandlings- og kontaktmønster.

Der er forskelle på hvordan kvinderne og mændene svarer, den yngste af mændene havde ikke erfaringer fra tidligere indlæggelser, og slår sig umiddelbart til tåls med at være lukket inde, hvis bare der er nogen som kigger ind en gang imellem. Han udtrykker ikke følelse af ensomhed men mere kedsomhed. Den ældste mand med mange indlæggelser bag sig, har en mere distanceret holdning til at der havde nok været mere kontakt, hvis ikke han var isoleret, men så længe han har sin enestue er han tilfreds. Kvinderne er generelt mere optaget og umiddelbart mere påvirket af isolationen, og de er tilsyneladende også mere observerende overfor personalets adfærd overfor isolationspatienter. Samlet viser interviewene, at kvinderne er mere observante på hvordan pleje-, behandling-, og kontaktmønstret ændrer sig ved at være patient i isolation og er også mere optaget af personalets ageren og deres usikkerhed i forhold til retningslinjerne for isolationspatienter. Begge mænd i interviewet forholder sig ikke på samme måde kritisk og vurderende.

Følelse af at være alene og lukket inde

For mange af de isolerede patienter på hospitalerne, betyder dette oftest, at de bliver isoleret på enestuer med lukkede døre. Empirien viser, at for patienterne betyder det, at i det, de daglige rutiner som at færdes frit bliver begrænset, at de udvikler symptomer på stress som rastløshed og humørsvingninger og kan lede til emotionelle og adfærdsmæssige manifestationer. Patienterne er alle unikke individer med forskellige forkundskaber og forudsætninger, som gør dem i stand til at håndtere forskellige situationer i livet. Nogle af de interviewede patienter angav, at de også følte sig ensomme i deres daglige liv, og man må formode at indlæggelsen og isolationen yderligere forstærkede denne følelse. Gennem interviewene, er følelsen af fysisk og social isolation og følelsen af fangenskab et gennemgående tema.

Døren har jeg bedt om at den må stå åben, men det må den jo ikke. Døren er lukket hele tiden. Jeg kan godt lide at være i kontakt med miljøet udenfor. Jeg føler mig alene. Kan ikke lide at døren er lukket, jeg føler mig fanget, men det gør jeg også hjemme. Om natten er det vigtigt at døren står åben, jeg vil have luft. Palle alene i verden.

Patienten var godt informeret og agerede som ”aktør i eget liv”, men sagde også at hun følte sig ensom derhjemme, som i øvrigt også refererer til at hendes familie ikke besøger hende så tit, som hun havde ønsket. Der er tydeligvis døgnvariationer i patienternes oplevelse af ensomhed og isolation, nætterne med mørket og stilheden forstærker oplevelsen og fænomenet. Det kom frem i interviewet, at hvis personalet glemte at lukke døren til patientstuen, nyder patienten det uden at gøre opmærksom på, at det ikke er korrekt. Der er ingen tvivl om, at det er en desperat situation patienten befinder sig i, og hvis de kan handle sig til at døren må stå åben, bare bestemte tidspunkter på døgnet, så vil det have stor indflydelse på deres integritet og følelsen af at være løsrevet fra omverdenen.

Den yngste af de interviewede mænd, blev spurgt om hvordan han havde det med sin sengestue.

Døren er lukket hele tiden, og hvorfor skulle den være åben når jeg er isoleret. Der sker ikke meget ude på gangen, så jeg kigger jo bare ud på tomme senge og kørestole, og det er jo ikke spændende. Hvis der så bare skete noget.

Patienten havde ikke den store erfaring med indlæggelser på hospital, til forskel fra de øvrige fire interviewede. Patienten sætter pris på at han har to fjernsyn, og følte sig tilgodeset ved, at personalet kommer hurtigt ind på hans stue, når han har behov. Umiddelbart accepterer han situationen som isoleret pga. sygdom, og han var i interviewet meget bevidst om udelukkelse, og specielt følelsen af kedsomhed. Han nævner også, at så længe det kun er tomme senge og kørestole, han skal kigge på, hvis døren stod åben, var det ligegyldigt.

Isolationspatienterne føler sig alene og lukket inde, men der er forskel på, hvordan de inderst inde oplever isolationen. For i forvejen eksistentielle og sociale ensomme patienter, ses at isolationen tenderer til at forstærke oplevelsen af ensomhed.

5.2 Faktorer som medierer på patientens oplevelser

I interviewet kom det frem at der var faktorer som havde indflydelse på hvordan patienter oplever at være isoleret. Patienterne gav samlet udtryk for at en god information om årsagen til at de var isoleret var betydningsfuld. Patienterne havde forskellige måder at håndtere isolationen på, afhængig af information og tidligere erfaringer fra indlæggelser. Organiseringen og tilrettelæggelsen af pleje og behandling omkring isolationspatienter, synes også at have betydning for patienternes oplevelse. Tre subkategorier blev identificeret: Information til patienter har betydning for følelse af kontrol og integritet. Hvordan patienten håndterer at være isoleret og geografi og organisering omkring isolerede patienter.

Information til patienter har betydning for følelsen af kontrol og integritet

Kontakter til de professionelle, og frekvensen af kontakterne hænger uløseligt sammen. Det er indiskutabelt, at en god information til patienterne som omhandler baggrunden for hvorfor de er isoleret, og hvor længe de skal forvente at være isoleret, er meget vigtig for følelsen af kontrol og integritet. Emner for isolationen omhandler, udover information om den pågældende mikroorganisme, også hvilke implikationer det medfører, på såvel kort som lang sigt, også emner omkring hvilke barrierer der er forbundet med at være isoleret. Barrierer, som at personalet anvender værnemidler som overtrækskittel, handsker og evt. mundbind, skal kommunikeres og forklares til patienten, for om muligt at mindske følelsen af stigmatisering, og udvise nærvær og interesse for patienten. Interviewene viser, at der ikke konsekvent bliver givet fyldestgørende information til patienterne.

Den yngste, som er mand og som var indlagt på en infektionsmedicinsk afdeling, følte sig informeret om sin situation.

Jeg fik en seddel. Så jeg også kunne få mine gæster til at kigge på den, men jeg har også fået mundlig information, den skriftlige information var for at være på den sikre side. Jeg har fået gode svar på de ting jeg har spurgt om, og jeg har jo ikke kunne stille spørgsmålstejn om hvorvidt jeg skulle isoleres. Men har fået gode svar på hvor lang tid de regner med at sygdomsperioden varer og sådan.

Patienten er godt informeret, og er blevet taget alvorlig. Han har fået skriftlig og mundtlig information, og har således et grundlag at stille spørgsmål ud fra. Dette er essentielt, for at få viden om baggrund og tidshorizonten for sygdommen. Han kan se en ende på isolationen, og accepterer den, og han er informeret og respekteret som individ. At patienten er indlagt på en specialafdeling for infektionssygdomme, hvor personalet har erfaring med at håndtere isolationspatienter, ser ud til at have stor betydning for hvordan isolationen og indlæggelsen opleves. Patienten udviser tryghed og har stor tillid til personalet.

Den ældste af de kvindelige patienter med nogen erfaring som patient, var meget vidende om sygdom og isolationsforholdsregler. Patienten var meget observant på personalets adfærd og om der var overensstemmelse i hvordan de agerede på stuen.

Ja jeg skal jo ikke smitte andre, hvis der er noget at smitte med. Jeg er klar over logikken i det. Der var en læge, hun var ualmindelig let at forstå og formulerede sig så klart, at jeg efterfølgende kunne spørge hvad der skulle til før jeg kunne komme hjem.

Citatet viser, at medinddragelse og at en god information, som er målrettet og tilpasset i samarbejde med patienten, giver et grundlag for patienten at spørge ud fra, og resulterer dermed i at patienten får mere kontrol over sit liv og indlæggelsesforløb.

Patientens helhedssituation må medtages i det fulde perspektiv. Det er som professionel, man netop også ”læser mellem linjerne” og foretager en vurdering af, om udsagnet passer ind i den pågældende kontekst, og ikke umiddelbart tager patientens ord for pålydende. Den ældste af de mandlige patienter sagde, at informationen var god.

Ja, jeg ved hvorfor jeg er isoleret, jeg har nogle baktusser i maven. Ja, jeg har fået det at vide jeg har spurgt om, jeg affinder mig med situationen og isolationen, jeg er sgu vant til at få en over nakken, fejler alt muligt andet og har haft otte blodpropper.

Formentlig ”nøjes” patienten med den information han får, han har mange indlæggelser bag sig og flere alvorlige diagnoser. I udsagnet skimtes et lavt selvværd, og måske manglende overskud til at magte egen situation, ej heller at besvare og forholde sig til interviewerens mange, uddybende spørgsmål. Han giver mere udtryk for at have lyst til at være alene, og affinder sig med det. Så når svaret på informationen var god, var det formentlig for at gøre intervieweren tilfreds. Interviewet bar præg af, at respondenterne selv har en rolle og påtager sig egen ansvarlighed for at få den fornødne information.

Ved manglende information og medinddragelse af patienter, viser det sig at få konsekvenser for patientens oplevelse af indlæggelsen. Patienter bliver utrygge, og føler at der bliver handlet hen over hovedet på dem. På spørgsmål om tildelte sundhedsfaglige kontaktpersoner, var det gennemgående for alle interviewede, at de ikke var vidende om, om de havde en fast sundhedsfaglig kontaktperson. Alle patienterne angav desuden, at de ikke havde lyst til at der var en fast, men at flere forskellige var mere stimulerende. Men det er et faktum, at ingen af dem blev informeret om hvordan man havde organiseret de professionelle kontakter i afdelingen. Ikke alle følte sig godt informeret.

Nej, jeg er ikke informeret om årsagen til isolation, jeg blev bare flyttet, fordi jeg har diarree. Jeg ved ikke hvorfor de bruger overtrækskitler og handsker. Informationen får jeg fra de daglige sygeplejersker som kommer med piller og mad. Jeg er ikke godt informeret, nu kender jeg årsagen, efterhånden er det gået op for én. Det har været svært at stille spørgsmål, fordi der IKKE har været nogen information.

Citaterne tegner et billede af, at patienten lades i uvidenhed, og der handles uden medinddragelse af den enkelte patient. Endvidere tegner der sig også et billede af, at man i afdelingerne ikke konsekvent har fokuseret og arbejdet med at målrette informationen. Hvis ikke de er informeret om ændrede planer i pleje og behandling, lader det sig vanskeligt gøre at stille relevante spørgsmål. Konsekvensen for patienterne bliver, at de taber kontrol over eget liv og det skaber utryghed for dem under indlæggelsen. En mulig grund til at informanterne ikke udtrykker deres uopfyldte ønsker, kan sandsynligvis være at de tilpasser sig kulturen i afdelingen, og at stille spørgsmål til pleje og behandling er ”egen sag”, noget man selv er ansvarlig for at indhente. Ansvar for at indhente information kan se ud til at være lagt i patientens egne hænder.

Hvordan patienten håndterer at være isoleret

Hvordan patienten håndterer og klarer at være isoleret, virker til en stor del at bero på tidligere erfaringer, viden og køn. Såvel negativt som positivt, afhængig af hvad deres tidligere erfaringer har været. De fleste af de interviewede, har flere indlæggelser bag sig og har tidligere været isoleret, hvorfor de har et sammenligningsgrundlag såvel fra tidligere isolationsperioder, som fra indlæggelser hvor de ikke var isoleret. Deres reaktioner er meget forskellige, hvor kvinderne gennemgående er fortvivlede og føler

sig meget oversete af personalet og synes at der bliver handlet over hovedet på dem. De formår at sætte ord på og give udtryk for deres følelser.

Jeg kan jo bare spørge. Så træt som jeg er nu, er jeg ligeglad med kontakt. Helt ærligt du. Det interesserer mig ikke lige nu. Det fungerer godt som det er nu. Jeg ser tv hele dagen. Der var en medpatient her, hun er kommet hjem og før var vi to, nu føler jeg mig mere alene.

Følelsen af træthed og manglende interesse kan være udtryk for at patienten har indtaget en passiv patientrolle, har kapituleret og bliver mere og mere introvert under indlæggelsen. Samtidig fortæller hun at hendes medpatient er taget hjem, og nu kan hun mærke forskel og føler sig mere alene. Det er en måde at mestre situationen, at lade sig underholde, gribe ud efter de få muligheder der er, for at blive stimuleret, og kompensere for følelsen af ensomhed og manglende stimulation. At aflede opmærksomheden ved at se tv, eller i det mindste at lade tv-et køre som baggrundsstøj. Der er også den af patienterne som forsøger at ”handle” sig til en åben dør.

Man er jo isoleret, nu hende der lå her er taget hjem. Jeg vil ikke have døren lukket, så nu har jeg fået lov til at have døren åben om natten, det er vigtigt. Jeg vil have luft, så vinduet står åben hele tiden. Personalet og jeg er blevet enige om det sådan.

Den yngste af de mandlige patienter synes at mestre situationen, og har en mere nøgtern indstilling til isolationen.

Der er god plads herinde og jeg har faktisk to fjernsyn. Hvis der så bare skete noget. Her er kedeligt. Jeg kommer til at bruge TV, radio og internet det kommer jeg til, for det bliver ellers for kedeligt det her.

Interviewene tegner et billede af at patienterne tilpasser sig kulturen på afdelingen, på trods af deres viden om manglende delagtiggørelse, og information omkring pleje og behandling. Samlet fremtræder patienterne loyale overfor personalet, og de beslutninger som træffes, og fremhæver de positive sider i forbindelse med indlæggelsen, på trods af at de er psykisk og socialt påvirkede af deres isolation. De omtaler personalet som søde og rare alle sammen, og siger at det er fint med de som kommer, og der ikke er noget at gøre vrøvl over. Der tegner sig et billede af, at kvinderne tager stilling til hvordan personalet fremtræder, i højere grad end de to mandlige patienter, som lægger mere vægt på at bare der kommer nogen og kigger til dem og at de mere ”basale behov” opfyldes. Mændene synes ikke at stille de store krav til personaleadfærd, korrekt efterlevelse af de infektionshygiejniske retningslinjer, information, fysiske rammer og sociale kontakter. Informanternes udsagn afspejler således en vis autoritetstro, hvor der ikke stilles spørgsmål ved de handlinger plejepersonalet iværksætter.

Geografien og organiseringen omkring isolerede patienter

Geografien i afdelingen, og organiseringen af arbejdet med isolationspatienter, og organiseringen af pleje og behandling, ser ud til at have en betragtelig implikation for hvordan isolationen opleves af patienterne.

Gennem interviewene, er følelsen af fysisk og social isolation og ”fangenskab” gennemgående, og i nogen grad relateret til de fysiske rammer, placering af sengestuen i afdelingen, lukket dør og organiseringen omkring isolationspatienter. Informanterne var godt tilfredse med sengestuen, indretning og størrelsen på stuen. De lagde alle vægt på at der var lyst og vinduer som kunne åbnes. Den vigtigste faktor omkring de fysiske forhold, er døren til stuen, som tidligere er beskrevet. På spørgsmål om geografien i afdelingen, hvor sengestuen var placeret svarede samme patient, at hun ikke vidste om stuen lå i den ene eller anden ende, og ikke havde nogen mening om det. Patienterne virkede lidt overraskede over spørgsmål om geografi i afdelingen, og havde tilsyneladende ikke reflekteret nærmere over det, før de fik stillet spørgsmålet.

Nu du siger det, ja så er den gemt væk, nede i den ene ende. Den er lidt langt fra personalet, det vil jeg nok sige. Jeg har faktisk ikke været ude for en dør, så jeg ved ikke hvor den ligger henne. Jeg må jo ikke gå ud alligevel, og personalet kommer når jeg ringer og det går rimelig tjept.

Der kom ikke entydige svar samlet set, men det viste sig at det emne ikke optager de mandlige patienter, hvor imod de kvindelige patienter virker til at have en mening om emnet, uanset om de har reflekteret over det tidligere, eller ej. En af de kvindelige patienter har tilsyneladende bemærket rutiner vedrørende arbejdsgange og kontakter omkring isolationspatienter

Det er mit indtryk at man har samlet et antal meget dårlige patienter, som nogle få skal tage sig af og det er ikke godt. Der skulle have været mere personale, for de er svære at få kontakt med.

Patienten påpeger at der enten ikke er tilstrækkelig personale i afdelingen, at der ikke er tilpasset personaleressourcer, i forhold til antallet af isolationspatienter, eller at afdelingen ikke har formået at organisere ressourcerne. Der i mod siger hun ikke noget om, om hendes manglende kontakt til personalet, i bund og grund kan skyldes, at personalet undgår isolationspatienterne. Hun udtaler sig loyalt om afdelingen, men påpeger måske ubevidst en vigtig pointe.

Patienterne har ikke umiddelbart bemærket hvor i afdelingen isolationsstuen er placeret, men når der spørges om emnet, bliver de opmærksomme på at de befinder sig langt fra personalet. Især organiseringen omkring isolationsstuer synes at være en faktor som alle patienterne forholder sig til, og flere bemærker at personalet mere sjældent viser sig på disse stuer.

6. DISKUSSION

Formålet med dette studie har været at udforske og beskrive, om der er baggrundsvariabler hos den enkelte patient der har betydning for, hvordan den enkelte patient oplever at være isoleret. Desuden har målet været at få skabt fokus på en patientgruppe som under indlæggelsen risikerer at få psykiske manifestationer på grund af isolationen, og for at få styrket og målrettet organiseringen omkring denne

patientgruppe. Resultatdiskussionen vil være struktureret efter forskningsspørgsmålene, og sammenholdes med den teoribaggrund der er valgt til at belyse emnet. Herefter følger metodediskussion.

6.1 Resultatdiskussion

Baggrundsvariabler som har betydning for hvordan isolation opleves

De baggrundsvariabler for, hvordan patienten tackler isolationen, som gennem analysen er fremkommet er, at der er forskel i køn, alder, ”om patienten har kontrol” og om patienten har erfaring fra tidligere indlæggelser. Kvinderne forholder sig til organiseringen i afdelingen, i særdeleshed omkring isolationspatienter. Kvinderne havde tidligere erfaringer, både som ikke isoleret, og isoleret patient, og var meget opmærksomme på at plejepersonalets adfærd ændrede sig i dét, de blev isoleret. De udtrykker mangel på sociale kontakter, og ønsker selskab. Kvinderne forholder sig også mere til den manglende information og sammen med den lukkede dør, er dette især betydningsfyldt for oplevelsen af at være isoleret. Kvinderne udtrykker en langt mere analyserende og reflekteret tilgang, som i sidste ende også gør dem mere triste.

Mændene forholder sig ikke på samme måde kritisk og vurderende, de affinder sig mere med, at når de har fået informationen er den tilstrækkelig. For dem ser det ud til at varigheden af isolationen har betydning. De er mere rationelle i deres vurdering af isolationen. De virker tilfredse hvis bare nogle ser ind til dem, og sørger for fornødenheder som tøj, mad og medicin. De udtrykker mere kedsomhed, ved at døren er lukket men accepterer, og fordriver tiden med tv og internet. Mændene udtrykker at være tilfredse med at ligge på enestue. Det er muligt at det er ensomt og monotont at ligge alene, men de sociale kontakter har ikke helt den samme betydning for den mandlige patient, i sammenligning med den kvindelige patient. Det er muligt at mændene også analyserer og reflekterer, men det bliver ikke verbaliseret. Den ene af mændene (erfarne patient) havde anlagt en mere distancerende holdning, ikke at han ikke var påvirket, men mere at han måske ikke ”orkede” at tage stilling og bruge tid på refleksioner jf. teorien om rollestrategier (38). Iflg. rapporten ”kønsforskelle i sygdom og sundhed” (39) anføres det, at kvinder er mere optaget af deres helbred, end mænd er, og at de bekymrer sig mere og at kvinder sætter ord på deres gener og symptomer i højere grad end mænd.

Patienter som isoleres, og som har erfaringer fra tidligere isolationsperioder, synes at være mere sårbare og giver indtryk af, at have tilpasset sig kulturen på afdelingen, på trods af deres viden om manglende delagtiggørelse og information om pleje og behandling. Patienterne forsøger selv at mestre situationen (20) ved at opnå et minimum af stimuli, som at lade tv-et køre hele dagen, de tilpasser sig en stresset situation. Ud fra et salutogent perspektiv, handler det bl.a. om hvordan et individ aktivt tilpasser sig et miljø fyldt med stress (20). De bryder monotonien ved at tænde for radioen eller for tv-et. Iflg. teorien om salutogenese (20) er det meget individuelt hvordan det enkelte individ håndterer stress og negative oplevelser. Der er bagvedliggende faktorer som influerer på dette. Mændene angav at det var rart at have en enestue og den yngste var godt tilfreds med at døren var lukket, når nu det alligevel var så kedeligt udenfor.

Konsekvenser af isolation

Denne undersøgelse, sammenholdt med tidligere studier (16-19) viser, at den begrænsede plads på isolationsstuen med lukket dør, mangel på stimuli resulterer i følelsen af kedsomhed, monotoni og angst. Som det fremgår af interviewet, fornemmer patienterne usikkerhed hos personalet i forbindelse med isolationsformen og deres infektionssygdom. På den ene side, gør personalet som retningslinjerne (15) anviser, og på den anden side ønsker patienterne at døren står mere åben, for at de kan følge med i verden udenfor. "Fangenskab" og "social udelukkelse" er fænomener som optræder, når man har med isolationspatienter at gøre (44,45), og spørgsmålet er, om ikke man med en fokuseret intervention, kan modvirke denne følelse og oplevelse, både for patienternes skyld, men også for at styrke personalet og organisationen i at kunne håndtere isolerede patienter på en professionel måde, så de fysiske rammer, omgivelser, omsorg og pleje og behandling går hånd i hånd. Som hospital, har vi imidlertid samtidig en forpligtigelse til, og et ansvar for, at undgå smittespredning i hospitalsmiljøet, og tage vare på de øvrige patienter, så de ikke bliver udsat for smitte, og påført en hospitalserhvervet infektion under deres indlæggelse(15,46).

Ensomhed og uvished er tilbagevendende erfaringer, som patienter beskrev ved at være isoleret(19). Mange relaterede ensomheden til et begrænset antal besøg, mens uvisheden havde baggrund i ukendskab til infektionen og følgerne, og dette ledte til patienternes uro (19,44). Dette er i overensstemmelse med resultatet i nærværende undersøgelse. Det er velkendt, at man i et fremmed miljø, i en stresset situation og med feber og sygdom, måske et andet fagsprog ikke opfanger den givne information, eller kun brudstykker af den (38). Der var blandt de interviewede eksempler på at informationen var god. Der var lagt vægt på dels en mundlig men også en skriftlig informationsdel. Det gav anledning til at de patienter som havde modtaget fyldestgørende information, efterfølgende kunne stille spørgsmål og få uddybende svar. Dette bekræfter, hvor vigtigt det er at informationen gives på flere måder. En mundlig information alene, er ingen garanti for at patienten forstår, da der er flere barrierer hos patienten som gør at den eventuelt ikke modtages.

Særligt de ikke informerede patienter, virkede magtesløse, utrygge og frustrerede. Kvinderne i interviewet, viste sig at være gode til at sætte ord på, og udtrykke deres frustrationer over, at de ikke var informeret, i forhold til begge mænd, som angav at informationen var god nok. Den ene reagerede dog med en vis distance til spørgsmålet, og dette er med baggrund i litteraturen en rollestrategi patienter kan tage i anvendelse, og en måde at reagere på når man er i krise (38). Grundig information til patienten er vigtig, i hvert enkelt tilfælde, så patienten er medinddraget i behandling og vilkår. Det er en del af empowerment begrebet, læringsperspektivet, kommunikation og pædagogik, som i øvrigt også er en del af sygeplejeteoriene historisk set (38). De fem informanter udviste ikke klare rollestrategier som beskrevet af Mach-Zagal (38), det var en blanding af dels tilbagetrækning og accept, frustration og indelukthed, som var dominerende. Det var snarere loyalitet og tilpasning, end det var aggressivitet som var fremtrædende for de fem patienter.

De kommunikative og pædagogiske aspekter i forbindelse med isolationen er uhyre essentielle for den enkelte, og bliver tydeligt tilsidesat, på bekostning af mere tekniske

foranstaltninger, så man glemmer mennesket bag. Med et mere målrettet fokus på patientens psykiske helbred i forbindelse med isolation, kan man forebygge de negative oplevelser der er forbundet med isolationen. Tidsperspektivet er vigtigt, dvs. at man tager sig god tid til at informere patienten, og at man i sin organisering afsætter tid, da isolationspatienter kræver mere kontakt med personalet. Medinddragelse af patienten og empowerment er centrale begreber i behandlingen. Empowerment er også et centralt begreb i sundhedsfremme perspektivet (20). Empowerment i denne kontekst, kunne være en psykologisk proces, gennem hvilken patienten blev i stand til at udtrykke deres behov, præsentere deres bekymringer og udtænke strategier for involvering i beslutninger. Målet er at de får kontrol over deres liv eller situation, bliver ”aktør i eget liv” (20).

Nævneværdigt er det, at de isolerede patienter ikke selv har valgt ensomheden, men at den er blevet påtvunget. Liserud Smebye (47) bekræfter at ensomhed kan være lægende/lindrende for individer, men i så fald skal det være et eget valg. Påtvunget ensomhed, kan lede til stor lidelse, eftersom sociale relationer for mange er meningen med livet. Ufrivillig ensomhed gør mennesker urolige, og derfor er det naturligt at undgå den, enten ved at fortrænge eller ved at aflede opmærksomheden ved at finde på andre aktiviteter (47). Resultatet af undersøgelsen viste, at patienterne mestrer ensomheden ved at lytte til radio, se tv, og det billede svarer til hvad der er beskrevet i litteraturen (19,34).

Tilrettelæggelse og organisering af pleje til isolerede patienter

Geografien i afdelingen og især organiseringen af arbejdet med isolationspatienter og pleje og behandling, ser ud til at have en stor betydning for hvordan isolationen opleves af patienterne. Iflg. M. Deffenkoffer et. Al (48), har arkitekturen af hospitalsfaciliteter indflydelse på antallet af hospitalserhvervede infektioner. Deres samlede konklusion er, at det ikke er opbygningen og arkitekturen i sig selv, der har den største betydning. Organiseringen omkring patienter, og ikke mindst, at personalet efterlever de infektionshygiejniske retningslinjer, har allerstørst indflydelse på forekomsten af hospitalserhvervede infektioner (48). Ikke desto mindre, kan en optimal arkitektur med de faciliteter der stilles krav om, være med til, for personalet, at lette arbejdsgange for pleje- og behandling.

For patienten, som under indlæggelsen oplever fysisk og social isolation, har den sociale kontakt med personalet indflydelse på deres oplevelse, men især de fysiske rammer, hvor døren stort set hele tiden er lukket, og patienten er afskåret fra lydstimuli, og af den grund ikke kan følge med i det sociale liv i afdelingen, stor betydning. Empirien viste, at patienterne ikke umiddelbart havde gjort sig tanker om, hvor i afdelingen deres stue var placeret, før der blev spurgt, om de selv havde forslag til, hvordan man kunne ændre på geografien. Empirien viser, at det i højere grad er hospitalets og afdelingernes organisering af pleje- og behandling til specielt isolationspatienter, som har betydning (47,48), og at der i denne organisering lægges vægt på, at patienterne har hyppigere kontakt til personalet, end ikke isolerede, at de skal have en fyldestgørende information, ligesom alle patienter har krav på.

Sengestuer, og særligt isolationsstuens indretning og udformning, vil i fremtidens hospitalsbyggeri kalde på væsentlige forbedringer. Sengestuen er som standard af en vis størrelse (18-20 m²), og er altid udstyret med en håndvask (49). Toilet og bad bør være i tilslutning til isolationsstuen, så disse faciliteter kun benyttes af den enkelte isolationspatient, da særligt disse faciliteter er reservoir for smitteoverførsel. Der bør være lys og luft med store vinduer, og der skal være mulighed for at patienterne også kan se ud i selve afdelingen, ved at konstruere vinduer eller døre som giver mulighed for både at kunne lukke af og åbne for syns- og lydstimuli.

Professionalismen er til diskussion i denne kontekst. På den ene side er personalet ”søde og rare” (citater fra patienter), når de kommer på isolationsstuen, men professionalisme, hænger i høj grad sammen med, at kunne anlægge et helhedssyn på patienten, og patientens situation, og agere ud fra dette. Den medicinske sociologi, og dele af sygepleje- og omsorgsforskningen op igennem sidste halvdel af forrige århundrede (50), har medvirket til en ”humanisering” af sundhedsvæsenet, til forskel fra en tidligere objektivisering af patienter. For at gøre sundhedsvæsenet mere patientorienteret, lades patientens egne oplevelser spille en rolle i forløbet. Grundlæggende betyder det, at man taler om ”hele mennesker” som inddrages ved sygdom, og at der lyttes til patienten.

En anden tendens, som har haft betydning for medinddragelse som politisk målsætning, er patientorganisationernes styrke og indflydelse. De sidste år har der været en stor stigning i antallet af patientorganisationer. Disse organisationer har fået mere magt og indflydelse. Patientorganisationerne står samlet i kravet om mere indflydelse, og mere konkret inddragelse af den enkelte patient f.eks. under indlæggelse. (51). Patientorganisationer, er først og fremmest interesseorganisationer, som er koblet op på bestemte diagnoser, og man kan dermed sige at patientorganisationerne også er interne konkurrenter om midler og opmærksomhed. Undersøgelser har vist, hvordan sygdomme og medicinske specialer har forskellig prestige (52). Dette kan ifølge Album (52) både indvirke på hvordan patientgrupper med bestemte sygdomme anses som mindre interessante, og at der er større søgning blandt sundhedsprofessionelle mod højt rangerede specialeområder. Isolationspatienter er i den henseende, en gruppe af patienter, som dels går på tværs af alle specialer og dels, af personalet opfattes som en patientgruppe, der er tidskrævende, og forbundet med besværlige forberedende procedurer. Men ikke desto mindre, er det ikke kun patientens isolerede infektionssygdom som skal varetages, men i høj grad patientens integritet (46), og dermed også patientens øvrige fundamentale behov, som f.eks. information, kontakt og socialt samvær med andre i den udstrækning det lader sig organisere.

I Danmark er der i Sundhedsloven (46) et afsnit om informeret samtykke: ”*Ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, medmindre andet følger af lo eller bestemmelser fastsat i henhold til lov eller af §§17-19*”. For læger og sygeplejersker at følge loven kræves således, at patienten informeres og inddrages i alle aspekter under deres indlæggelse og ikke mindst i forbindelse med deres isolation, som er en del af behandlingsforløbet. Medinddragelse, er et af sundhedsvæsenets vigtigste indsatsområder, men finder først for alvor fodfæste som politisk målsætning i forbindelse med markedsgørelsen af sundhedsvæsenet og indførelsen af kvalitetsmålinger (50). Tanken er, at patienter skal involveres i eget pleje- og behandlingsforløb, og medinddragelse bliver således en national indikator (53) for

patienttilfredshed på de danske hospitaler. Region Hovedstaden definerer medinddragelse i to dimensioner, medinddragelse i eget forløb, som sigter til at patienter skal indgå som aktive medspillere, i forhold til egne forløb, og en repræsentativ medinddragelse, hvor patienten både inddrages som enkeltperson, som gruppe og som patientorganisation. På konkret niveau, eksisterer der dog forskellige forståelser af medinddragelse og patientdeltagelse, så selv om medinddragelse er et udtalt politisk mål, indebærer det ikke en enighed om, hvad begrebet rummer (50).

Som en del af sundhedsvæsenets kvalitets- og patientsikkerhedsarbejde, er der udarbejdet patientforløbsbeskrivelser (54) indenfor forskellige specialer, som har resulteret i kvalificerede og optimerede patientforløb. Definitionen på et patientforløb inkluderer de sundhedsfaglige beslutninger, handlinger og organisatoriske elementer, og at de er sammenhængende og koordineret. Disse kan udarbejdes case baseret, retrospektivt eller prospektivt. Man anvender ofte en procesanalyse, som er en metode til beskrivelse og analyse af et udvalgt patientforløb, der kombinerer patientens ønsker og behov med sundhedsfaglig viden. En patientforløbsbeskrivelse kan indeholde hele forløb eller dele af et forløb. Definitionen er summen af de aktiviteter, kontakter og hændelser som en patient eller gruppe af patienter oplever til den sundhedsfaglige ydelse (54). Isolerede patienter er ikke medtaget som en udvalgt patientgruppe i dette arbejde, da beskrivelserne oftest relateres til diagnoser (kræftpakken er blot et eksempel)(55), og isolerede patienter går på tværs af specialer. Det kunne diskuteres om ikke et isolationsforløb evt. beskrevet som et case-forløb, kunne medtages i kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet, så de organisatoriske og sundhedsfaglige elementer der er forbundet med at være isoleret, kunne beskrives nærmere.

6.2 Metodediskussion

Den videnskabsteoretiske referenceramme i denne undersøgelse, bygger på en indholdsanalyse tilgang, inspireret af forslag fra Graneheim & Lundman (41), samt fortolkning der søger at besvare opgavens problemformulering.

Indholdsanalysen er forsøgt anvendt i sin rene form, ved at uddrage kategorier efter kodningen af subkategorier. Refleksionen over undersøgelsens gyldighed er knyttet an til hele undersøgelsesprocessen.

Det kvalitative interview, har til hensigt at forstå verden ud fra interviewpersonernes synspunkter, og udfolde den mening der knytter sig til deres oplevelser. Interviewene var snævert opbygget med kun tre specifikke temaer, fysiske rammer, information og kontaktpersoner, som ønskedes belyst (Bilag 1). Interviewene blev foretaget i forbindelse med Diplomprojektet i smittskyd (56), og er anvendt i nærværende undersøgelse. Efter interviewet, og udarbejdelsen af Diplomprojektet, var det tydeligt, at der var forskelle i besvarelserne, afhængig af køn og tidligere patientoplevelser. Interviewguiden var struktureret, inden den endelige metodetilgang var valgt, og erfaringen er, at det havde været en fordel ikke at være så stringent, da interviewene bar præg af, at få svar på spørgsmål, akkurat nok til at kunne besvare problemstillingen. Interviewene blev gennemført under patientens indlæggelse, for at få ”det sande

billede”, her og nu. Når man interviewer efter at patienten er udskrevet frem for under indlæggelsen, kan der også være ”re-call bias”, så patienten husker ”forkert”, eller fremhæver gode eller dårlige episoder (43).

Samplingen af patienter blev foretaget ud fra tilfældighedsprincippet Haphazard/convenience sampling (43), dvs. det var de patienter som var indlagte på det tidspunkt dataindsamlingen skulle foregå. Dog skulle kriterierne for at indgå i undersøgelsen være opfyldt. I kvalitativ forskning afhænger antallet af informanter af undersøgelsens spørgsmål. Ifølge Kvale (42) kræves der det antal der skal til, for at finde svar på det, man søger at vide dvs. det afhænger af formålet med undersøgelsen. Der er ikke gennemført yderligere interviews ud over de fem respondenter, da der er lagt vægt på at undersøge evidens ved fordybning i videnskabelig litteratur, for at besvare forskningsspørgsmålene.

Troværdighed, pålidelighed og overførbarhed

Analysemetoden, indholdsanalyse er en meget systematisk metode til at bearbejde store mængder interviewdata på, men den er tidskrævende og ikke helt så enkel som den er fremstillet af Graneheim & Lundman (41). Der er i forløbet kategoriseret og kodet om flere gange, inden de endelige kategorier fremstod. Der blev to kategorier og fem subkategorier, som blev beskrevet hver for sig, men som alligevel griber ind i hinanden. Analyseprocessen er fulgt stringent, for at komme nærmere en ekstrahering af synspunkter i datamaterialet. For at vise læseren, at analysen i denne undersøgelse er sandsynlig, er det forsøgt at gøre gennemsigtigt, ved at emnerne er kategoriseret i indholdsanalysen, og beskrevet i opgaven. Endvidere er der udvalgte citater fra informanterne gengivet.

Undersøgelsen i denne opgave er foretaget i egen organisation, hvilket kan ses som en bias. Der kan være fordele og ulemper ved dette, men det er yderst relevant, at man er sig det bevidst, da det kan være med til at påvirke undersøgelsens resultat. Der kan være bias forbundet med at forfatteren har ”blinde pletter”, en forudindtægt og indforståethed, der gør at man kan overse noget, som kunne vise sig at være relevant for undersøgelsen. Da fundene er vurderet valide med det begrænsede antal af informanter, er det det næste skridt ifølge Kvale (42), at bedømme fundenes overførbarhed. Ikke om de kun kan overføres globalt, men om resultatet kan overføres til andre relevante situationer, eller overføres i en anden kontekst. Undersøgelsen skønnes at have åbnet op, for såvel noget alment, som noget specifikt, ved at være isoleret som patient, ud fra de oplevelser patienterne gengav, sammenholdt med baggrundsartikler og den forskning der er foretaget. Men i princippet er resultaterne kun gyldige for de fem interviewpersoner.

7. KONKLUSION OG IMPLIKATIONER

Dette studie viser, at patienter synes at have forskellige coping-strategier med baggrund i køn, alder, egne ressourcer og tidligere erfaringer som patient. Konsekvenserne af at

være isoleret ser ud til at være, at man har færre kontakter med de fagprofessionelle og at informationen om baggrunden for isolationen kan være mangelfuld. Samlet ledte det til utryghed, angst og stigmatisering.

Studiet bidrager således til en yderligere indsigt i de konsekvenser isolationen kan have, for patienter som er smittet med resistente mikroorganismer. Hospitalerne står overfor store udfordringer, da resistente bakterier er et stigende folkesundhedsproblem. For at kunne forebygge de negative oplevelser det har for patienter som er isoleret, uden at kompromittere smitteforebyggelsen, kan et skærpet fokus på hele organiseringen, undervisning af personale, tilrettelæggelsen af isolationen med fokus på sengestuefaciliteter, tid til kontakt og grundig information være nødvendig. Den specifikke organisering, den der rækker ud over den generelle, er den risikoanalyse man bør foretage sig i forhold til den enkelte patient når de skal isoleres.

Da patienter som er isolerede pga. multiresistente bakterier ikke er medtaget i kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet på lige fod med andre komplicerede sygdomsforløb, kan man med fordel udarbejde et design, baseret på principperne for patientforløbsbeskrivelser. Med baggrund i dette kan man få belyst så mange aspekter som muligt af, hvilke konsekvenser der er forbundet med dels at være inficeret med resistente bakterier, og dels at være isoleret under indlæggelse.

Den fremtidige strategi bør fokusere på, at isolerede patienter modtager samme sundhedsydelse og kvalitet i et sammenhængende og koordineret behandlingsforløb, som alle patienter har krav på ifølge sundhedsloven.

8. TAK

En stor tak til de afdelingsledelser som gav tilladelse til at interviewene kunne gennemføres i deres afdelinger.

Tak til min ledelse på Herlev Hospital og mine kolleger for at give tid og plads til mit studie, og tak til mine nærmeste kolleger Anne-Marie Thye og Dorthe Mogensen for gennemlæsning af materialet, og en tak til Lone Carlsson for konstruktiv kritik og diskussioner.

Og ikke mindst, en stor tak til min vejleder, Professor. Dr. Pæd. Mads Hermansen for fin og inspirerende vejledning samt kloge ord og råd. TAK.

9. REFERENCER

- (1) Central Enhed for infektionshygiejne. *Hospitalserhvervede infektioner i Europa 2013*. Available at:
<http://www.ssi.dk/Smitteberedskab/Infektionshygiejne/NyhederOmIfektionshygiejne/2013/Europaeisk%20punktpraevalensundersoegelse%20EPSS%20er%20publiceret.aspx> [accessed May 2014]
- (2) Pedersen K.M, Kolmos H.J. Hospitalsinfektioner- en samfundsøkonomisk udfordring. Temanummer om infektionshygiejne. Ugeskrift for læger, 2007 Nov; Vol. 169, no. 48, pp. 4135-4138.
- (3) Kolmos H.J. Hospitalsinfektioner: aktuelle smitekilder og smitteveje. Ugeskrift for læger, 2007 Nov; Vol. 169, no. 48, pp. 4138-4141.
- (4) Plowman R. *The socioeconomic burden of hospital acquired infection*. *Eurosurveillance*, 2000 April; 5(4). Available at:
<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=4> [accessed April 2014]
- (5) Indenrigs-og Sundhedsministeriet (Maj 2010). *Ministeriet for fødevarer, Landbrug og fiskeri*. Available at:
http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/Publikationer/~media/Filer%20-%20dokumenter/Antibiotikaresistens/Handlingsplan_mod_antibiotikaresistens.ashx [accessed April 2014]
- (6) Det Ethiske råd 2014. Available at:
<http://www.etiskraad.dk/Projekter/Antibiotika.aspx> [accessed April 2014]
- (7) Frimodt-Møller N. Den Internationale overvågning af antibiotikaresistens. Ugeskrift for læger, 2011 Nov; 173(45):2880-2882
- (8) Danmap 2012: Antibiotikaforbrug og resistens. Available at:
<http://www.ssi.dk/Aktuelt/Nyheder/2013/2013%2010%20epinyt%2043%20danmap.aspx> [accessed Maj 2014]
- (9) Møller-Frimodt N, Kolmos HJ. Selektion og spredning af antibiotikaresistente bakterier. Ugeskrift for læger, 2011 Nov; 173(45): 2885-2888.
- (10) European antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-net). Available at:
http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/antimicrobial_resistance/database/Pages/database.aspx [accessed June 2014]
- (11) Brannigan T E, Murray E, Holmes A. Where does infection control fit into a hospital management structure? *Journal of Hospital Infection*. 2009 August; 73: 392-396.
- (12) SENIC-studiet, beskrevet af Haley R W (13).

(13)Haley R W, Culver D V, White J W, Morgan W H, Emori T G, Munn V P, Hooton T M. (1985). The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US Hospitals. *American Journal of Epidemiology*. 1984 July; 121(2):182-205.

(14)Lundgreb B, Strøbæk S. Infektionshygiejniske standarder og akkreditering-vejen frem? *Ugeskrift for læger*, 2007 Nov; 169(48): 4142.

(15)Statens Seruminstitut(2011). *Nationale Infektionshygiejniske retningslinjer om behandling af patienter med smitsomme sygdomme, herunder isolation, (4.udgave)* CEI 2011. Available at: <http://www.ssi.dk/~media/Indhold/DK%20-%20dansk/Smitteberedskab/Infektionshygiejne/NIR/NIR%20Isolation%204%20udgave%202011%20web.ashx> [accessed May 2014]

(16)Gasink BL, Singer K, Fishman ON, Holmes CW et al. Contact Isolation for Infection Control i Hospitalized Patients: Is Patient Satisfaction Affected? *Infection Control and Hospital epidemiology*. 2008 march; 29(3); 275-278

(17)Smith P, Bennet G, Bradley S, Drinka P, et al. SHEA/APIC Guideline: Infection Prevention and Control in the long-term facility. *AMJ.Infec. Control*. 2008 July; 36:504-35

(18)Madeo M. *The psychological impact of isolation*. February 2003. Available at: <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice/specialisms/practice-nursing/the-psychological-impact-of-isolation/205716.article> [accessed April 2014]

(19)Barrat LR, Shaban R, Moyle W. Patients experience of source isolation: Lessons for clinical practice. *Contemporary Nurse*. 2011 October; 39(2):180-193.

(20)Lindström B, Eriksson M. The Hitchiker´s guide to salutogenis, salutogenic pathways to health promotion, *Folkhälsan research Center health Promotion Research*. 2012:2.

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

(22) Webber K, Macpherson S, Meagher A,Hutchinson S, Lewis B (2012) The impact of strict isolation on MRSA positive patients: An action-based study undertaken in a rehabilitationcenter. *Rehabilitation Nursing*.2012 Jan; 37(1): 43-50.

(23)Newton JT, Constable D, Senior V. Patients perceptions of methicillin-resistant staphylococcus aureus and source isolation: a qualitative analysis of source-isolated patients. *Journal of Hospital Infection*. 2001 April; 48: 275-280.

(24)Brooks L, Shaw A, Sharp D, Hay A. Towards a better understanding of patients´perspectives of antibiotic resistance and MRSA: a qualitative study. *Family Practice*. 2008 May; 25: 341-348.

(25)Donaldsson AD, Jalaludin BB, Chan RC. Patients perceptions of osteomyelitis, septic arthritis and prosthetic joint infection; the psychological influence of methicillin-resistant staphylococcus aureus. *Internal Medicine Journal*. 2007 April; 37:536-542.

(26)World Health Organisation(1986) *Ottawa Charter for Health Promotion*. First Internationale Conference on Health Promotion, Ottawa, 17-21 November. Available at:<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> [accessed October. 2014]

(27)Sundhedsstyrelsen (2005).*Terminologi, forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed*. Available at:
<http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2005/cff/termpjece/Termpjece3jun05.pdf>
[accessed October 2014]

(28)Antonovsky A. *The salutogenic model as a theory to guide health promotion*. Health Promotion International, Oxford University Press, 1996; Vol 1, pp 11-18. Available at:
<http://www.hawaii.edu/publichealth/ecohealth/si/courseindighlth/readings/Antonovsky%20Health%20Prom%201996.pdf> [accessed October.2014]

(29)Overvågning af infektioner på Region Hovedstadens Hospitaler. Available at:
http://regi-intranet.regionh.dk/menu/Kvalitet+og+patienter/Halvering_af_infektioner/
[accessed March 2014]

(30)Gilmartin H M. 2013. Isolation: A Concept Analysis. *Nursing Forum*. 2013 Jan.-March.48(1).

(31)Skyman. E(2010) Patients experience of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2010 Jan;24 (1):101-107.

(32)Gammon J,(1999). The psychological consequences of source isolation: a review of the litterature. *Journal of Clinical Nursing*. 1999 Jan; 8:13-21.

(33)Yildiz Findik U, Ozbas A, Cavdar I, Erkan T, Yildizeli TS. Effects of the Contact Isolation Application on Anxiety and Depression Levels of the Patients. *International Journal of Nursing Practice*.2012 July; 18(4):340-346

(34)Hwang Cheng Chung et al. An Exploratory Study on The Isolation Experience of Patients with Haematological Disorders. *Singapore Nursing Journal*.2008 Jan.-March; 35(1).

(35) Mok Chung J, Chung J & Wong T. An exploratory study of nurses suffering from servere acute respiratory syndrome (SARS). *International Journal of Nursing Practice*. 2005 Aug; 11(4):150-160.

- (36)Wassenberg MWM Severs D, Bonten MJM. Psychological impact of short-term isolation measures in hospitalised patients. *Journal of Hospital Infection*. 2010 April; 75:124-127.
- (37)Pacheco M, Spyropoulos V. The experience of Source Isolation for *Clostridium difficile* in Adult Patients and Their Families. *The Canadian Journal of Infection Control*.2010; 25(3):166-174.
- (38)Mach-Zagal R, Saugstad T. *Sundhedspædagogik for praktikere*. Munksgaard Danmark 3 udgave; 2010.
- (39)Kruse M, Helweg- Larsen K (2004). *Kønnsforskelle i sygdom og sundhed*. Statens Institut for Folkesundhed for Minister for Ligestilling.1. udgave. Available at: http://www.si-folkesundhed.dk/upload/konsforskelle_rapport.pdf [accessed April 2014]
- (40) Rienecker L, Stray Jørgensen P, *Den gode opgave*(3. udg.2. Opl.) Forlaget Samfundslitteratur, Frederiksberg; 2006
- (41)Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education*. 2004 Feb; 24: 105-112.
- (42)Kvale S. Brinkmann S. *Den kvalitative forskningsinterview*. Gyldendal Norsk AS forlag. 2 Udgave; 2009.
- (43)Malterud Kirsti. *Kvalitative metoder i medicinsk forskning*. Universitetsforlaget, 2 udgave; 2003.
- (44)Wiklund S. *Vad innebär det att drabbas av ESBL-bildande tarmbakterier? En kvalitativ studie*, Master of Public Health (MPH). Göteborg, Sverige: Nordic School of Public Health; 2011.
- (45)Morgan JD, Diekema JD, et al. Adverse outcome associated with precautions: A review of the literature, *Association for professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc.*2009 March; 37(2):85-93.
- (46)*Sundhedsloven*.11.udgave ed. Valby: Schultz Information; 2012. Kap. 5. § 15
- (47)Liserud Smebye,K. (2005). *Kontakt med andra*. Kapitel 18. Ingår i N. Jahren Kristoffersen, F. Norvedt, & E-A. Skaug (red), *Grundläggande omvårdnad*. Stockholm Liber; 2005.(3).p.80-117.
- (48)Dettenkofer M, Seegers S, Antes G, Motschall E, Schumacher M, Daschner FD. Does the Architecture of Hospital Facilities Influence Nosocomial Infection Rates? A Systematic Review. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2004 Jan; 25(1):21-25.

- (49). Central Enhed for infektionshygiejne (2013). Nationale retningslinjer for nybygning og renovering i sundhedssektoren. Available at: <http://www.ssi.dk/~media/Indhold/DK%20-%20dansk/Smitteberedskab/Infektionshygiejne/NIR/NIR%20Nybygning%20og%20renovering%201%20udg%202013.ashx> [accessed April 2014]
- (50)Holen M (2011). Medinddragelse og lighed -en god idé? En analyse af patienttilblivelser i det moderne hospital. Institut for psykologi og uddannelsesforskning. Roskilde Universitets Center, Danmark; 2011.
- (51) Danske patienter (2008). Available at: <http://www.danskepatienter.dk/sites/danskepatienter.dk/files/files/inddragelse%20af%20patienterne.pdf> [accessed July 2014]
- (52)Album D (1991) Sykdommers og medisinske specialiteters prestisje. Tidsskrift Norske Lægeforening.1991; 111:2 127-33.
- (53)DDKM, Den Danske Kvalitetsmodel. Akkrediteringsstandarder for sygehuse 2. Version, 1. udgave. Maj 2012. Available at: <http://www.ikas.dk/Sundhedsfaglig/Sygehuse/Historik.aspx> [accessed April 2014]
- (54)Sundhedsstyrelsen. Patientforløb og kvalitetsudvikling (1999). Available at: <http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ1999/patientforloeb/Patientforloeb.pdf> [accessed May 2014]
- (55)Patientforløbsbeskrivelse, kræftpakken. Available at:<http://www.regioner.dk/~media/Filer/Sundhed/Patientforloeb%20PDF.ashx> [asseced November 2014]
- (56) Madsen AF. Hvordan forebygger vi at patienter oplever isolationen uden psykiske konsekvenser? Projektarbejde i Diplomprogrammet Smittskydd. Gøteborg Sverige: Nordic School of Public Health. 2013.

10. BILAG 1. Information til patient

Kære Patient.

August 2013

I forbindelse med min Diplom uddannelse indenfor infektionshygiejne, skal jeg skrive min afsluttende opgave. Til brug skal jeg interviewe 5 patienter som har været isoleret for multiresistente bakterier.

Min opgavetitel er:

Hvordan forebygger vi at patienter oplever isolationen uden psykiske konsekvenser.

Jeg vil tage udgangspunkt i tilrettelæggelse af isolationen, og se på:

- De fysiske barrierer
- Afdelingens indretning
- De pædagogiske og kommunikative aspekter blandt behandlere
- kontakter

Interviewet tager ca. ½ time.

Du vil være anonymiseret, så hverken navn eller cpr-nr vil fremgå.

Jeg håber du vil deltage i dette interview.

Med venlig hilsen

Ann Filippa Madsen
Hygiejnesygeplejerske
Hvidovre/Amager Hospital

