

# Hvilke tiltak kan sykepleier iverksette for å ivareta pasientens psykososiale behov på beskyttende isolat?

Kandidatnummer: 310, 509  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i Sykepleie

Antall ord: 7884  
Dato: 12.04.21



**Lovisenberg**  
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 12.04.21
<p>Tittel: «Hvilke tiltak kan sykepleier iverksette for å ivareta pasientens psykososiale behov på beskyttende isolat?»</p>	
<p><u>Problemstilling</u> Hvilke tiltak kan sykepleier iverksette for å ivareta pasientens psykososiale behov på beskyttende isolat?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Oppgaven presenterer teori om den anvendte modellen «En generell modell for psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom», samt informasjon om yrkesetiske retningslinjer, sykepleierens lindrende funksjon, aktuelle pasientfenomen og relevant lovverk.</p> <p><u>Metode</u> Dette er en litterær oppgave som tar utgangspunkt i aktuell forskningslitteratur, fagbøker, fagartikler, pensumlitteratur, annen litteratur og egen klinisk erfaring med pasientgruppen. Databasene Cinahl, PubMed og SweMed, samt søkemotorene Google, Google Scholar og Oria, er benyttet. Fremgangsmåte, utvalg og kildekritikk for den inkluderte litteraturen og søkeprosessen er beskrevet, samt at det er utført etiske vurderinger for oppgaven.</p> <p><u>Drøfting</u> Hovedfunn fra forskningslitteraturen blir brukt som struktur for drøftingen, herunder holistiske intervensjoner, informasjon, kartlegge pasientens strategier for mestring og sosiale relasjoner. Forskningen settes opp mot hverandre, og blir belyst fra flere perspektiver med bruk av annen faglitteratur og egen klinisk erfaring med pasientgruppen. Spesifikke tiltak som kommer frem i diskusjonen er blant annet det å bruke tid med pasienten, sikre at pasienten er informert, sikre at pasientens individuelle strategier for mestring er oppdatert i behandlingsplan, og at sykepleier kan bruke seg selv som støtte og motivator for pasienten. Sykepleiers lindrende funksjon er aktuell for å minimere pasientens opplevelse av lidelse. Samtidig finnes det betydelige faktorer som medfører at tiltakene neglisjeres og fører til økt lidelse, herunder tidspress, mangel på ressurser, biomedisinske prioriteringer og utilstrekkelig kommunikasjon mellom pasient og sykepleier.</p> <p><u>Konklusjon</u> Sykepleier kan iverksette flere ulike tiltak som alle har til hensikt å ivareta pasientens psykososiale behov. Dette gjøres blant annet gjennom at pasienten opplever minimalt med lidelse, får sine indre og ytre ressurser stimulert, samt at tiltakene fremmer pasientens kognitive, instrumentelle og emosjonelle kontroll.</p>	

(Totalt antall ord:300)

## Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning og bakgrunn .....</b>	<b>1</b>
1.1 Presentasjon av problemstilling.....	1
1.2 Begrepsavklaring .....	2
<b>2. Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag.....</b>	<b>4</b>
2.1 Haviks kontrollmodell .....	4
2.2 Yrkesetiske retningslinjer .....	5
2.3 Sykepleierens lindrende funksjon.....	5
2.4 Pasientgruppen og aktuelle pasientfenomen .....	5
2.5 Juridisk rammeverk .....	6
<b>3. Metode for oppgaven .....</b>	<b>8</b>
3.1 Matrise for søkehistorikk .....	8
3.2 Fremgangsmåte for å finne forskningslitteratur.....	9
3.3 Kildekritikk av forskningslitteraturen.....	10
3.4 Fremgangsmåte, utvalg og kildekritikk av annen litteratur .....	11
3.5 Kritisk vurdering av søkeprosessen .....	12
3.6 Etske vurderinger .....	12
<b>4. Presentasjon av forskningsresultater .....</b>	<b>14</b>
4.1 Syntese av hovedfunnene.....	14
4.2 Artikkelmatrise .....	15
<b>5. Diskusjon.....</b>	<b>17</b>
5.1 Kritisk vurdering av valgte forskningsartikler .....	17
5.2 Holistiske intervensjoner .....	19
5.3 Informasjon .....	21
5.4 Kartlegge pasientens strategier for mestring.....	23
5.5 Sosiale relasjoner.....	25
<b>6. Oppsummering .....</b>	<b>28</b>
<b>7. Referanseliste .....</b>	<b>30</b>
<b>Vedlegg 1: Prosedyre OUS E-Håndbok, Rolandsson, A. (2020).....</b>	<b>35</b>

# **1. Innledning og bakgrunn**

I 2019 ble det registrert 34 979 nye tilfeller av kreft i Norge. Av disse var 2427 non-Hodgkin lymfom og ulike varianter av leukemi. Disse, sammen med Hodgkin lymfom og myelomatose er eksempler på kreftdiagnoser hvor det kan være aktuelt å gjennomføre allogen stamcelletransplantasjon. Dette er en ressurskrevende behandling som i snitt koster ca. en million norske kroner per behandling (Gedde-Dahl, 2014, s. 292, 302; Larsen, 2020, s. 3). Mellom november 1985 og oktober 2012 gjennomgikk 734 voksne pasienter denne behandlingen på Rikshospitalet i Oslo, mens det i 2017 ble gjennomført 17 155 allogene stamcelletransplantasjoner totalt i Europa (Husøy et al., 2014, s. 1569; Passweg, 2018, s. 1575).

Allogen stamcelletransplantasjon er en behandlingsform som i mange tilfeller er livreddende. Pasienter som gjennomgår denne behandlingen opplever å stå under langvarig stress, særlig som følge av den påfølgende isolasjonsperioden (Sørensen, 2015, s. 812; Vik, 2017, s. 665). Forskning viser at det var stressende å jobbe på sykehus, spesielt for sykepleiere som jobbet med kritisk syke pasienter, allogen stamcelletransplantasjon og isolering på beskyttende isolat. Dette kan komme av at sykepleieren tilbringer mye tid med pasienten under behandlingsforløpet, hvor pasientens opplevelse av stress smitter over på sykepleieren. Når arbeidshverdagen var preget av stress og effektivisering av arbeidsoppgaver, resulterte dette i at sykepleierne opplevde å stå under høyt press, som igjen påvirket kapasiteten og muligheten til å gi emosjonell støtte til pasientene (Grulke et al., 2009, s. 361, 365). Inspirasjon for valg av tema i denne oppgaven er forankret i egen klinisk erfaring med pasienter som blir behandlet på beskyttende isolat, og ønsket om å belyse betydningen av ivaretagelsen av psykososiale behov.

## **1.1 Presentasjon av problemstilling**

Sykepleier står ovenfor et bredt spekter av utfordringer i møte med pasienter som gjennomgår allogen stamcelletransplantasjon og innleggelse på beskyttende isolat. Oppgaven vil belyse hvordan sykepleieren kan ivareta pasientens psykososiale behov i en kontekst som er preget av isolering og alvorlig sykdom.

Fokuset rettes utelukkende mot utfordringer som kan knyttes til psykososiale behov, selv om det er kjent at somatiske og psykososiale faktorer henger nøye sammen. Derfor er det viktig å presisere at somatisk sykdom utvilsomt virker inn på pasientens psykososiale behov og på den måten kan nevnes i korthet som mulig årsak til deres utfordringer (Stubberud, 2015, s. 16). Problemstillingen avgrenses til å omfatte ikke-medikamentelle tiltak, da egen klinisk erfaring tilsier at disse tiltakene ofte blir overskygget av medikamentelle tiltak rettet mot pasientens somatiske symptomer.

Konteksten er satt til beskyttende isolat på indremedisinsk avdeling i spesialisthelsetjenesten. Selve isolatet blir videre beskrevet i begrepsavklaringen. Hensikten med isoleringen er å unngå at pasienten eksponeres for patogener. Dette medfører at det er stort fokus på at isolatet holdes så rent som mulig, samt at det er svært viktig med god håndhygiene for besøkende. Isolasjonspraksisen fører til at pasienten tilbringer mye tid alene (Rolandsson, 2020). Oppgaven setter søkelys på pasienter som får allogen stamcelletransplantasjon, ettersom disse isoleres etter gjennomgått behandling (Nakken, 2017, s. 398). Videre rettes fokuset mot voksne pasienter mellom 18 og 65 år, uavhengig av kjønn. Barn under 18 år er ikke inkludert da de i stor grad behandles på egne barneavdelinger frem til fylte 18 år, og regnes som et eget fagfelt (Kreftlex, 2021). Pasienter over 65 år utelukkes da det på generelt grunnlag ikke foreligger tilstrekkelig faglig og etisk dekning for å gjennomføre allogen stamcelletransplantasjon og isolasjonsregime med kurativt behandlingsmål for denne pasientgruppen (Gedde-Dahl, 2014, s. 295).

Ut ifra de overstående avgrensningene er det for denne oppgaven formulert følgende problemstilling: *«Hvilke tiltak kan sykepleier iverksette for å ivareta pasientens psykososiale behov på beskyttende isolat?»*

## **1.2 Begrepsavklaring**

Stubberud (2015) beskriver psykososiale behov med utgangspunkt i menneskets psyke og forklarer hvordan symptomer på sykdom og skade ikke utelukkende kan forklares gjennom kjemiske og biologiske prosesser. Behovene defineres gjennom et relasjonelt perspektiv, som individets behov for fellesskap, anerkjennelse og følelsesmessig støtte, eller gjennom et emosjonelt perspektiv, som individets relasjon til seg selv og sine omgivelser, sykdomsopplevelse, sinnsstemninger og reaksjoner. Psykososiale behov er noe alle

mennesker har, og er grunnleggende for hvordan individet opplever og erfarer tilværelsen (Stubberud, 2015, s. 15-17).

Holistiske intervensjoner er tiltak som tar utgangspunkt i holistisk tenkning. Holisme er et begrep som går ut på å se helheten av noe, ikke bare deler. For sykepleier vil holistisk tenkning bety å se pasienten som en helhet, ikke bare som sykdom, problem eller egenskaper alene. Holistiske intervensjoner vil derfor være tiltak som ivaretar hele mennesket, med sine fysiske, psykiske, åndelige og sosiale behov (Kim, 2016, s. 150).

I prosedyren “Beskyttende isolering av allogen stamcelletransplantert pasient” beskrives beskyttende isolat som et enerom med tilhørende sluse, eget bad med toalett, dusj og dekontaminator. Rommet skal være kontrollert med overtrykksventilasjon og HEPA-filter som fanger opp 99,97% av alle partikler. Isolasjonsperioden starter fra dag +5 etter transplantasjonen, og oppheves som regel når pasientens hvite blodceller har referanseverdi over  $0,2^9 \times 10^9/L$ , tre dager etter hverandre (Rolandsson, 2020).

Allogen stamcelletransplantasjon defineres som en behandlingsform hvor syke hematopoetiske stamceller, altså blodcelleproduserende celler, erstattes med friske celler fra en vevstypeidentisk donor. Pasientene gjennomgår benmargsutryddende forbehandling: kondisjonering, som består av høye doser cellegift: cytostatika. Behandlingen medfører immunsvikt, også kalt neutropeni (Gedde-Dahl, 2014, s. 291; Tjønnfjord, 2017, s. 649).

## **2. Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag**

I dette kapittelet vil det teoretiske kunnskapsgrunnlaget for oppgaven legges frem og knyttes opp mot problemstillingen. Oppgavens rammeverk omfatter aktuell teoretisk modell, yrkesetiske retningslinjer, sykepleiefunksjon, aktuelle pasientfenomen og relevant lovverk.

### **2.1 Haviks kontrollmodell**

Psykologen Odd E. Havik publiserte i 1989 artikkelen “En generell modell for psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom” (Haviks kontrollmodell) hvor han presenterer sin teori for mestring og tilpasning til somatisk sykdom. Sentralt i teorien står menneskets opplevelse av personlig kontroll i rollen som pasient. Modellen tar sikte på å engasjere pasienten til å tilpasse seg sin behandlingssituasjon samt øke etterlevelse av behandlings- og rehabiliteringstiltak. Haviks kontrollmodell anses som relevant for oppgaven, da hensikten er å løfte frem faktorer som påvirker psykososiale behov under somatisk sykdom, og se hvordan disse henger sammen. Å fremme pasientens mestring og kontroll over egen situasjon vil i henhold til modellen føre til økt ivaretagelse av psykososiale behov. Forfatteren selv beskriver at modellen har til hensikt å redusere forekomst av emosjonelle reaksjoner, som kan vanskeliggjøre gjennomføring av behandling gjennom å forebygge at normale psykologiske reaksjoner ved sykdom utvikles til varige psykiske problemer (Havik, 1989, s. 162-163).

Pasientens opplevelse, forståelse og vurdering av egen sykdom er utgangspunkt for modellen. I modellen beskrives tre aspekter ved kontrollbegrepet: kognitiv, instrumentell og emosjonell kontroll. Kognitiv kontroll innebærer at pasienten opplever forutsigbarhet. Instrumentell kontroll innebærer at pasienten har mulighet og evne til selv å forebygge eller fjerne negative hendelser. Det fremmer følelse av kompetanse istedenfor hjelpeløshet om pasienten klarer å løse problemer på egenhånd når de oppstår. Emosjonell kontroll innebærer at pasienten opplever følelse av nærhet og tilhørighet, og følgelig unngår opplevelse av separasjon eller tap. Det sosiale nettverket rundt pasienten kan ha særlig positiv effekt ved akutt og kritisk sykdom, blant annet ved at pårørende, venner og øvrig sosialt nettverk bidrar til å fremme pasientens emosjonelle kontroll (Havik, 1989, s. 165-167).

## **2.2 Yrkesetiske retningslinjer**

Den moderne sykepleien omfatter ulike funksjonsområder for den praktiske yrkesutøvelsen. Temaet ble først beskrevet av Virginia Henderson i «The Basic Principles of Nursing Care» fra 1955, og har senere blitt videreutviklet av Norsk Sykepleierforbund i deres yrkesetiske retningslinjer fra 2019. Disse yrkesetiske retningslinjene er aktuelle for alle sykepleiere, som gjør etiske valg og vurderinger daglig, både bevisst og ubevisst. Som profesjonell yrkesutøver er det viktig å være bevisst på disse vurderingene, særlig i denne konteksten, da pasienter som innlegges på beskyttende isolat er svært sårbare under isolasjonen. De skal behandles med respekt og føle at deres integritet blir ivaretatt på lik linje med andre pasientgrupper. Norsk Sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer (2019) skal danne grunnlag for barmhjertighet, omsorg og respekt i utøvelsen av sykepleie. Det står skrevet i retningslinjene i punkt 1.3 at «sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig», samt i punkt 2.2 at «sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten», og i punkt 2.10 at «sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse» (Mathisen, 2016, s. 125-126; Norsk Sykepleierforbund, 2019).

## **2.3 Sykepleierens lindrende funksjon**

Sykepleierens lindrende funksjon er et av mange funksjonsområder som er definert i anerkjent sykepleieteori. Funksjonen gir sykepleieren den kompetansen som trengs i møte med alvorlig syke pasienter. Sentralt i funksjonsteorien står pasientens fysiske, psykiske og sosiale belastninger, samt sykepleierens søken etter å begrense disse belastningene. Lindrende funksjon omtales særlig i litteratur om kreftsykepleie og sykepleie til lidende og døende. Den er likevel relevant for denne oppgaven da det åpner for en praktisk og ikke-medikamentell sykepleiefaglig tilnærming som tar sikte på å gjøre den alvorlig og kritisk syke pasienten i stand til å mestre de lidelsene en står ovenfor under behandlingen og isolasjonen (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22).

## **2.4 Pasientgruppen og aktuelle pasientfenomen**

Pasientene som gjennomgår allogen stamcelletransplantasjon og isoleres på beskyttende isolat opplever ofte at behandlingen starter raskt etter diagnosetidspunkt. De får svært varierende mulighet til å forberede seg på det faktum at de er alvorlig syke og skal møte helt nye



utfordringer. I forbindelse med informasjon om utredning, diagnostisering, behandlingsmål, prognose og gjennomføring av behandlingsforløp kan pasienten oppleve sterke psykiske og emosjonelle stressreaksjoner. Disse reaksjonene kan være konsentrasjonsvansker, sinne, håpløshet og negative tankemønstre, for eksempel at pasienten ikke har tro på progresjon. Det er uvisst hvor lenge pasienten må ligge på beskyttende isolat, og mange kjenner i den forbindelse på redsel og bekymring over situasjonen. Behandlingen er tøff og kan medføre alvorlige og mulig dødelige komplikasjoner, som uansett utfall vil medføre lidelse for den syke (Reitan, 2017, s. 87; Vik, 2017, s. 665-666).

Lidelse er et faresignal om at noe er eller oppleves galt, og berører individets innerste følelse av rettferdighet og sammenheng. Årsak til lidelsen vil for denne pasientgruppen være forankret i de somatiske symptomene behandlingen medfører, samt den psykiske belastningen som følge av bekymring for dødelige komplikasjoner. Det er summen av fysiske og mentale belastninger som utgjør pasientens opplevelse av lidelse. Lidelsesbegrepet er relevant for sykepleieren i forhold til pasientens behov for følelsesmessig støtte og anerkjennelse i forbindelse med reaksjoner på sykdom og behandling (Stubberud, 2015, s. 15-17; Sæteren, 2017, s. 294).

For at sykepleieren skal kunne være behjelpelig med å finne en mening med lidelsen og tilværelsen er det viktig at både sykepleier og pasient er bevisst på pasientens egne ressurser. De sterke sidene må trekkes frem og benyttes for å mestre problemer og utfordringer. I et helserelatert perspektiv blir pasientens ressurser avgrenset til deres indre og ytre ressurser. De indre ressursene inkluderer motivasjon og troen på egne krefter, evner og anlegg. Håp utgjør også en del av pasientens indre ressurser da alvorlig og livstruende sykdom anses som en krisesituasjon. Ytre ressurser omfatter faktorer som familie, øvrig sosialt nettverk, utdanning, arbeid og økonomi (Reitan, 2017, s. 89-90).

## **2.5 Juridisk rammeverk**

Lovverket er tydelig på hvilke rammer sykepleiere må forholde seg til, og hvilket ansvar de har i behandlingssituasjonen. Helsepersonell, herunder sykepleieren, skal utføre arbeidet i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Kravene stilles ut fra forventninger til sykepleierens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og den aktuelle situasjonen (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Pasienten har på sin side rettigheter overfor helse- og

omsorgstjenesten, blant annet rett på informasjon om egen situasjon og behandling, og retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Lovverket skal sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-1b). Spesialisthelsetjenesteloven slår fast at helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til lovverket skal være forsvarlige. Tjenestene skal være tilrettelagt slik at det utøvende personellet, sykepleieren, skal være i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Hensikten med denne formuleringen er at pasienten gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 2-2).

### 3. Metode for oppgaven

#### 3.1 Matrise for søkehistorikk

Nr.	Søkedato	Søkeord og kombinasjoner	Database	Antall treff før begrensninger	Antall treff etter begrensninger	Full referanse og tittel
1	09.11.20	Haematopoietic stem cell transplantation  AND  Support, psychosocial  AND  Patient Isolation	Cinahl	3 treff	2 treff  Brukte begrensninger: "Peer reviewed"	Biagioli, V., Piredda, M., Alvaro, R., & De Marinis, M.G. (2016a). The experiences of protective isolation in patients undergoing bone marrow or haematopoietic stem cell transplantation: systematic review and metanalysis. <i>European Journal of Cancer Care</i> , 26(5):1-13, e12461. <a href="https://doi.org/10.1111/ecc.12461">https://doi.org/10.1111/ecc.12461</a>  "The experiences of protective isolation in patients undergoing bone marrow or haematopoietic stem cell transplantation: systematic review and metanalysis"
2	12.11.20	Haematopoietic stem cell transplantation  AND  Psychosocial (key word)  AND  Patient Isolation	Cinahl	12 treff	10 treff  Brukte begrensninger: "Peer reviewed"	Biagioli, V., Piredda, M., Mauroni, M.R., Alvaro, R., & De Marinis, M.G. (2016b). The lived experience of patients in protective isolation during their hospital stay for allogeneic haematopoietic stem cell transplantation. <i>European Journal of Oncology Nursing</i> , 24:79-86. <a href="https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.09.001">https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.09.001</a>  "The lived experience of patients in protective isolation during their hospital stay for allogeneic haematopoietic stem cell transplantation"
3	08.03.21	Haematopoietic stem cell transplantation  AND  Psychosocial (key word)  AND  Nurse (key word)	Cinahl	34 treff	29 treff  Brukte begrensninger: "Peer reviewed" "Engelsk språk" "Tidsbegrensning 2010-2021"	Coolbrandt, A. & Grypdonck, M.H.F., (2010). Keeping courage during stem cell transplantation: A qualitative research. <i>European Journal of Oncology Nursing</i> , 14(3):218-223. <a href="https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.01.001">https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.01.001</a>  "Keeping courage during stem cell transplantation: A qualitative research."
4	08.03.21	Protective isolation hospitalized experience psychosocial	PubMed	17 treff	15 treff  Brukte begrensninger: "Siste 10 år"	Vottero, B. & Rittenmeyer, L. (2012). The hospitalized patients' experience of being in protective/source isolation: A systematic review of qualitative evidence. <i>JBI Library of Systematic Reviews</i> , 10(16):935-976. <a href="https://doi.org/10.11124/01938924-201210160-00001">https://doi.org/10.11124/01938924-201210160-00001</a>  "The hospitalized patients' experience of being in protective/source isolation: A systematic review of qualitative evidence"

### 3.2 Fremgangsmåte for å finne forskningslitteratur

Litteratursøkene ga varierende resultater. Innledningsvis i litteraturgjennomgangen ble artiklenes tittel vurdert. Dersom tittelen virket aktuell, ble abstraktet og konklusjonsdelen skimlest. Dette ga et raskt overblikk over hvilke områder artikkelen fremhever, og om det var av relevans for denne oppgaven (Thidemann, 2017, s. 33). Flere artikler ble ekskludert fra videre gjennomgang fordi de ikke tilfredstilte de avgrensningene som ble gjort under presentasjon av problemstilling. For å få best mulig innsikt i hvordan pasienten selv opplevde tiden på isolatet og hvordan perioden påvirket deres psykososiale behov, er det ifølge Thidemann (2017) hensiktsmessig å velge artikler med kvalitativ forskningsmetode. Artikkel nummer to og tre anvender begge kvalitativ metode, og benytter intervju som fremgangsmåte. Intervjuene tar i bruk åpne, ustrukturerte spørsmål, i tillegg til semi-strukturerte spørsmål. Begge variasjonene er effektive metoder for å tydeliggjøre pasientens opplevelse (Thidemann, 2017, s. 78).

Dersom abstraktet og konklusjonen fremsto egnet ble artikkelen som helhet skimlest og videre vurdert på struktur. Det var ønskelig med IMRAD-struktur, et anerkjent kjennetegn på en vitenskapelig artikkel. Det innebærer at den har innledning, metode, resultat og diskusjonsdel, og gjør de ulike delene av en artikkel tydelige og anvendelige (Thidemann, 2017, s. 31, 68). Artiklene som så langt sto i stil med de kvalitetsmessige kriterier som er nevnt ovenfor, ble avslutningsvis grundig lest og kritisk vurdert før de til slutt eventuelt ble inkludert i oppgaven.

Det medisinske fagområdet oppgaven omfattes av kalles hematologi og/eller transfusjonsmedisin; et spesialisert fagområde i medisinen. I litteratursøkene var det derfor nødvendig å anvende søkeordene “haematopoietic stem cell transplantation” for å identifisere relevante forskningsartikler. Oppgavens problemstilling la det videre grunnlaget for valg av de resterende søkeordene, samtidig som søkeordet “nurse” ble benyttet for å rette fokuset mot sykepleiefaglige artikler. Som vist i tabellen under punkt 3.1 ble det anvendt ulike begrensninger i søkene. Søk nummer tre bruker ytterligere avgrensninger enn de to første søkene, i den hensikt å oppnå en reduksjon i søkeresultatet. Det ble konkludert at de to første søkene var tilstrekkelig begrenset, slik at det var unødvendig med ytterligere avgrensninger for å kunne gjennomføre en god litteraturgjennomgang. Til slutt må det nevnes at «peer reviewed» ikke ble benyttet i det siste søket da søkedatabasen PubMed ikke har en slik avgrensning. Som substitutt for dette ble tidsbegrensning anvendt.

### 3.3 Kildekritikk av forskningslitteraturen

Styrker og svakheter ved forskningsartiklene ble vurdert fortløpende i utvalgsprosessen. Først og fremst ble det utforsket om artikkelen hadde en klart formulert problemstilling, samt om den hadde et velegnet design for å svare på den problemstillingen. At artiklene inneholdt informasjon av relevans for denne oppgaven var følgelig et krav for at artikkelen skulle bli inkludert. Årstall for publisering var en annen faktor som ble vurdert i prosessen. Det var ikke ønskelig med artikler eldre enn ti år, da forskningsfunn fra nyere tid er mer aktuelt. Videre ble de gjeldende tidsskriftene undersøkt med tanke på fagfelleevaluering og godkjenning i Norsk senter for forskningsdata (NSD, 2021). De tre spørsmålene “Kan du stole på resultatene?”, “Hva er resultatene?” og “Kan resultatene brukes i min praksis (les; oppgave)?” hentet fra helsebibliotekets nettsider, er blitt besvart for alle de fire artiklene og presenteres under punkt 5.1 (Helsebiblioteket, 2016).

Artikkel en og fire er begge metasynteser og inkluderer kvalitative studier som undersøker pasienters opplevelse av isolasjon. En styrke ved metasynteser er at de beskriver funn fra flere artikler som alle har en viss relevans for problemstillingen. I begge metasyntesene er det brukt søk i kjente databaser, med søkeord som forfatterne av oppgaven selv har benyttet og anser som aktuelle. Artikkelforfatterne inkluderer et begrenset antall artikler i sine respektive studier, til tross for et stort treffresultat i sine søk. Dette kan tyde på at det er gjort flere kvalitetsmessige vurderinger i utvalgsprosessen. Det må samtidig nevnes at store treffresultat kan være et svakhetstegn relatert til om det er foretatt gjennomtenkte og kritiske vurderinger og avgrensninger i forbindelse med søk. Første artikkel har en tydelig svakhet i utvalgsprosessen ved at den inkluderer studier som ikke utelukkende setter søkelys på pasientens opplevelse av isolasjon, men henter ut de data som ble ansett som relevante. Dette kan igjen medføre at funn tas ut av kontekst, særlig er dette en risiko med kvalitativ forskning, som kan gi et subjektivt bilde av opplevelser og erfaringer (Thidemann, 2017, s. 99). Videre har også artikkel fire en svakhet ved at den har inkludert eldre studier fra 1971 og frem til 2010. Det anerkjennes derimot at funnene i disse eldre artiklene i stor grad samsvarer med funn i nyere forskning. Med bakgrunn i denne informasjonen vurderes derfor artiklene som kvalitets-sikrede og relevante for å belyse denne oppgavens problemstilling.

Artikkel to og tre presenterer begge en utfordring ved at studiene er gjort i, og henter informasjon fra, andre land enn Norge. Ulik implementering av prosedyrer på indremedisinske avdelinger kan gjøre det vanskelig å generalisere funnene. Studien i artikkel

nummer to er gjennomført i Italia, mens studien i artikkel nummer tre er gjennomført i Belgia. Selv om det kan argumenteres for at mange land i Europa har nokså likt helsevesen, forekommer det betydelige forskjeller mellom de ulike landene. Kulturforskjeller, forskjeller i helsevesenet, forskjeller i kontekst og ulik implementering av tiltak mellom Italia, Belgia og Norge kan utfordre overføringsverdien. Resultatene som kommer frem i studiet anses likevel som relevante for oppgaven, men vil bli gjengitt med forsiktighet og ikke anses som en fasit for hvordan pasientene opplever behandlingen og den beskyttende isoleringen i Norge. Forskerne i artikkel nummer tre argumenterer for at overførbarhet er til stede ettersom studiet tar for seg basale psykologiske prosesser som forekommer hos alle mennesker, og artikkelen anses som relevant også for denne oppgaven.

### **3.4 Fremgangsmåte, utvalg og kildekritikk av annen litteratur**

Det ble benyttet ulike fremgangsmåter for å finne annen relevant litteratur, herunder pensumbøker, andre fagbøker, nettsider, artikler og lovverk. Tidligere pensumlister og skolebibliotekets nettside, Oria, ble anvendt for å finne relevant fag og forskningslitteratur. Klinisk erfaring fra kollegaer og tidligere bacheloroppgaver ble brukt som inspirasjonskilde. Sykepleiefaglige samleverk er benyttet for å knytte fagkunnskap til problemstillingen i den hensikt å aktualisere og bygge opp under forskningsfunn. Likevel er det nødvendig å stille seg kritisk til kunnskapen i disse verkene, da forfatterne kan ha gjort fortolkninger av originalmaterialet. På bakgrunn av dette er både den originale artikkelen hvor Havik (1989) presenterer sin kontrollmodell, og gjengivelsen av Stubberud (2015) anvendt. Haviks kontrollmodell ble først oppdaget i gjennomgang av faglitteraturen, og ble samtidig anvendt i flere tidligere bacheloroppgaver som omhandler lignende tematikk. Haviks fulle originalartikkel "En generell modell for psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom" fra 1989 ble hentet frem gjennom perlesøk i søkemotoren Google.

Det har også vært nødvendig å stille seg kritisk til fagspesialisert litteratur, da den vektlegger medisinsk kunnskap, istedenfor pasientens psykososiale behov og hvordan den skal ivaretas. Dette anerkjenner boken *Blodsykdommer* ved å beskrive at boken er myntet på både leger og sykepleiere og dermed ikke er skrevet utelukkende for sykepleiefaget. Slik fagspesialisert litteratur er likevel anvendt for å finne pålitelig kunnskap om allogen stamcelletransplantasjon og beskyttende isolering. Nettsider og inkluderte fagartikler ble identifisert ved å anvende perlesøk i søkemotorene Google, Google Scholar og Oria, og har ikke fått en like grundig

og kritisk vurdering som de fire inkluderte forskningsartiklene. Samtidig bør det være liten tvil om at eksempelvis fagartikler publisert i tidsskriftet Sykepleien må kunne anerkjennes som relevant faglitteratur. Informasjonen fra nettsidene og de supplerende fagartiklene er inkludert i den hensikt å belyse problemstillingens aktualitet.

### **3.5 Kritisk vurdering av søkeprosessen**

En svakhet ved søkeprosessen er at det ikke er gjennomført et systematisk søk. Alle resultater er ikke gjort rede for, og kun relevant og eksisterende teori er valgt ut og inkludert i tråd med Dallands (2017) beskrivelse av den litterære oppgaven (Dalland, 2017, s. 207). En annen svakhet er at noen av søkeordene som er benyttet i Cinahl er såkalte “key words”. “Key words” er søkeord som ikke finnes i databasen og dermed kan sammenlignes med fritekst. De ble derimot anvendt i denne oppgaven da ingen av databasens egne ord ga relevante treff. Det er tradisjonelt sett ikke ønskelig å bruke “key words” da resultatene kan bli store og uspesifikke. I dette tilfellet ble søkeresultatene derimot tilstrekkelig avgrenset, og det var mulig å hente ut relevante artikler.

Det kan anses som en svakhet at det ble brukt flere og ulike begrensninger på noen av søkene, da dette kan føre til at relevante artikler ekskluderes. Resultatet ble derimot at det ble mer gjennomførbart å vurdere artiklene i søkeresultatet, og det var mulig å identifisere relevante forskningsartikler. Det ble ikke benyttet årstall eller språk som avgrensning på de to første søkene, da de i seg selv var nokså avgrenset, og årstall ble individuelt vurdert under utvalget av forskningsartiklene. I søkeprosessen ble det anvendt flere anerkjente databaser som Cinahl, SweMed og PubMed. I tillegg ble det benyttet søkemotorer som Google Scholar og Oria for å finne inspirasjon til flere søkeord og kombinasjoner. Litteratursøkene ble utført over en lengre periode, da erfaring tilsier at resultatene kan variere mellom ulike databaser og etter søkedato.

### **3.6 Ethiske vurderinger**

Det har vært nødvendig å stille seg kritisk til artiklenes funn da alle hovedartiklene er skrevet på engelsk, og dermed måtte oversettes før bruk i oppgaven. Noen av artikkelforfatternes poeng kan falle bort som følge av oversettelsen, og funn er derfor gjengitt med forsiktighet. Når forfatterne av oppgaven har brukt egen klinisk erfaring for å belyse problemstillingen, skjer dette med diskresjon, og konfidensialiteten til avdeling, institusjon, pasienter og ansatte

ivaretas. Der egne kliniske erfaringer er benyttet for å belyse elementer i oppgaven er dette gjort på en respektfull måte.

Når det endelige utvalget av hovedartikler var klart, ble det utforsket om artiklene hadde fått etisk godkjenning for gjennomføring av forsøk og studie. Artikkel to og tre hadde begge fått dette, samt at artikkel en og fire begge brukte The JBI Critical Appraisal tool i vurderingen av sine inkluderte artikler. Dette verktøyet stiller blant annet spørsmål ved om de inkluderte forskningsartiklene har fått etisk godkjenning (Joanna Briggs Institute, 2017). Videre har verkene som er anvendt i oppgaven blitt gjengitt på en måte som ikke krenker originalforfatteren, og vil under ingen omstendigheter oppgis som å være vårt eget (Dalland, 2017, s. 164). Lovisenberg Diakonale Høgskoles definerte retningslinjer for bacheloroppgaven er anvendt. Som en del av disse retningslinjene benyttes referansestilen APA 7th (Lovisenberg Diakonale Høgskole, 2020).



## 4. Presentasjon av forskningsresultater

### 4.1 Syntese av hovedfunnene

Artiklene legger frem ulike sider ved pasientens opplevelse av å være innlagt på beskyttende isolat i forbindelse med allogen stamcelletransplantasjon. For mange pasienter var selve isoleringen en årsak til lidelse og forsterket risikoen for psykiske reaksjoner. Videre var det var nødvendig for pasientene å tilpasse seg isolasjonspraksisen, noe mange gjorde ved å relatere til seg selv. Det innebærer, i henhold til artikkelen, å regulere egne tanker og følelser mot truende opplevelser. Pasientene satte pris på støtten de fikk fra pårørende og sykepleiere, da de ellers kunne oppleve ensomhet under isolasjonen. For mange pasienter ble sykepleieren som en venn (Biagioli et al., 2016a, s. 1-2, 4, 8-9). Likevel følte mange at kontakten med andre mennesker, da være pårørende, sykepleier eller andre, ble oppstykket og usammenhengende, noe som gikk ut over deres psykososiale behov. Sykepleierne fokuserte mer på pleieoppgavene enn å implementere holistiske intervensjoner, og var ikke forberedt på å takle de psykologiske behovene til isolasjonspasientene. Inne på isolatet følte pasientene at de var i et kunstig miljø, avkoblet fra deres normale liv, noe som truet følelsen av selvbestemmelse og frihet (Vottero & Rittenmeyer, 2012, s. 966).

Lidelse, som en fysisk og psykososial konsekvens av behandling, krevde en positiv og bevisst holdning for å holde ut. Pasientene opplevde at de var isolerte for å oppnå en forvandling, både i relasjonen med seg selv og til andre. Kontakt med pårørende, sykepleiere og god informasjon bidro til å fremme håp og motivasjon under forvandlingen. Likevel erkjente pasientene at motivasjonen kunne bryte dersom de opplevde negative utfall (Biagioli et al., 2016b, s. 82-83). Flere av pasientene taklet isolasjonen ved å holde på håpet om en god historie og troen på en lykkelig slutt. Det var derimot ikke alltid at strategiene pasientene brukte for å holde på motivasjonen fungerte, særlig i perioder hvor de var fysiske og mentalt utslitte. Sykepleieren hadde en viktig rolle under isolasjonen, særlig i de tyngre periodene, hvor sykepleieren måtte ta over og holde på motet for pasienten (Coolbrant & Grypdonck, 2010, s. 221).

## 4.2 Artikkelmatrise

Nr	Forfatter og årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design på studiet	Funn
1	Biagioli, V., Piredda, M., Alvaro, R. & De Marinis, M.G. (2016a).	"The experiences of protective isolation in patients undergoing bone marrow or haematopoietic stem cell transplantation: systematic review and metanalysis"	European Journal of Cancer Care	Utforske opplevelser og psykologiske konsekvenser av beskyttende isolasjon hos pasienter med maligne hematologiske sykdommer som gjennomgår benmargs- eller hematopoietisk stamcelletransplantasjon.	Systematisk søk på flere databaser etter kvalitative studier som utforsker pasienter som gjennomgår benmargs- eller hematopoietisk stamcelletransplantasjon sine opplevelser med beskyttende isolasjon. Det ble blant annet benyttet Cochrane Library, MedLine, Cinahl, Embase, PsycINFO, osv. Søkeordene var relevante for oppgaven, herunder «isolasjon», «hematologisk» «beskyttende».	Metasynthesen resulterte i tre hovedfunn: 1) Isolasjon er en kilde til lidelse, 2) isolasjon kan føre til at pasienten relaterer med seg selv, og 3) personen stenger ikke døren til verden på utsiden. Artikkelen setter lys på pasientens lidelse av å være isolert, og muligheten til å overkomme denne lidelsen takket være relasjoner pasienten har med seg selv og med den eksterne verden. Helsepersonell burde revurdere praksisen sin for å hindre unødvendig lidelse for pasientene, blant annet ved å hjelpe pasienten å mestre situasjonen i isolasjon.
2	Biagioli, V., Piredda, M., Mauroni, M.R., Alvaro, R. & De Marinis, M.G. (2016b).	"The lived experience of patients in protective isolation during their hospital stay for allogeneic haematopoietic stem cell transplantation"	European Journal of Oncology Nursing	Utforske opplevelsen av beskyttende isolat hos voksne som behandles med allogen stamcelletransplantasjon.	Kvalitativ studie som tar for seg pasienters opplevelser. Studiet ville innhente erfarings-basert kunnskap rundt fenomenet å være isolert. Pasientene ble intervjuet, og stilt åpne og ustrukturerte spørsmål, som "Hvordan følte du deg under isolasjonen?" eller "Hva betydde det for deg å være isolert?".	Pasientene følte de gjennomgikk behandlingen for å oppnå en forvandling. De mest åpenbare temaene var: 1) Isolatet var et spesielt sted for forvandling, 2) opplevelsen av legemlig forvandling, og 3) lys og skygge fra innsiden og utsiden. Pasientene opplevde en forvandling av dem selv, av relasjonen til andre, og av miljøet rundt dem. Fordi mange pasienter så på opplevelsen med allogen stamcelletransplantasjon og beskyttende isolasjon som en transformasjonsprosess, burde helsepersonell monitorere de psykososiale implikasjonene av isolasjonspraksisen.
3	Coolbrant, A. & Grypdonck, M.H.F. (2010).	"Keeping courage during stem cell transplantation: A qualitative research."	European Journal of Oncology Nursing	Utforske hvordan pasienter som gjennomgår stamcelletransplantasjon opplever behandlingen, mer spesifikt hvordan de holder motet oppe og hva som skjer når de mister motet.	Startet med litteratursøk i PubMed og Cinahl for å utforske allerede publisert forskning. Studiet i seg selv brukte tre metoder for å samle inn data: observasjon av deltakerne, intervju med pasientene og intervju med sykepleiere. Intervjuene var semi-strukturerte.	Pasientene holder på motet under stamcelletransplantasjonen ved å skrive en positiv historie. For å holde ut og gi mening til lidelsen av behandlingen, gjør pasientene sitt beste for å tro på en lykkelig slutt. For å holde på håpet teller pasientene velsignelser, de beskytter den positive historien mot negativ informasjon og truende signaler gjennom rasjonalisering, og de gjør alt i sin makt for å øke sjansene for en lykkelig slutt. Den positive historien er sårbar under apasifasen, når pasientene

						mister både fysisk og mental styrke. Pasienter føler sykepleiere og leger hjelper de å holde på motet, og sykepleiere bærer pasientene gjennom de vanskeligste og mest fortvilede øyeblikkene.
4	Vottero, B. & Rittenmeyer, L. (2012).	“The hospitalized patients’ experience of being in protective/source isolation: A systematic review of qualitative evidence”	JBIC Library of Systematic Reviews	Utforske den beste tilgjengelige forskningen gjort på innlagte pasienters erfaring med beskyttende/smitte isolat.	Systematisk søk på flere databaser, blant annet BioMed Central, Cinahl, Embase, Medline, PsycINFO, PubMed, Scopus, osv. I tillegg til noen databaser for upubliserte eller ikke-kommersielle studier. Artikkelen brukte søkeord som “isolasjon”, “barriere isolasjon”, “beskyttende isolasjon”, “sykehus”, “pasient”, “mening”, “opplevelse”. Studiet begrenset seg ikke til en spesifikk metode i de inkluderte artiklene.	Resultatene av metasyntesen ble kategorisert inn i to kategorier: 1) Isolasjonsopplevelsen fører til oppstykket menneskelig kontakt og sykepleiere må utøve pleie som begrenser de negative effektene av dette, og 2) sykepleiere må ta i betraktning at det er flere faktorer som påvirker pasientens evne til å tilpasse seg det kunstige miljøet i isolatet. Isolasjonsopplevelsen fører til tap av selvbestemmelse, noe som resulterer i at de er fanget i et restriktivt miljø hvor de har lite kontroll. For å moderere de psykososiale effektene av isolasjon, må pasientene få lov til selv å ta valg, og pleien til disse pasientene må ta utgangspunkt i de unike behovene til den isolerte pasienten.

## 5. Diskusjon

Først vil de tre spørsmålene hentet fra Helsebibliotekets nettside besvares for de tre inkluderte forskningsartiklene (Helsebiblioteket, 2016). Deretter vil diskusjonen ta utgangspunkt i hovedfunn hentet fra forskningsartiklene, teoretisk grunnlag presentert i punkt 2., aktuell pensumlitteratur og egen klinisk erfaring med pasientgruppen. Forskningsartiklene trekker frem ulike strategier og metoder pasientene anvendte i løpet av isolasjonsperioden, og beskriver videre sykepleierens rolle knyttet opp mot pasientens tilværelse.

### 5.1 Kritisk vurdering av valgte forskningsartikler

Artikler	Metode	Spørsmål		
		Kan du stole på resultatene?	Hva forteller resultatene?	Kan resultatene brukes i min oppgave?
Biagioli, V., Piredda, M., Alvaro, R. & De Marinis, M.G. (2016a).	Kvalitativ Metasynthese	Ja, resultatene er til å stole på. Artikkelen gjør godt rede for søket sitt og setter resultatene fra artiklene opp mot hverandre i diskusjonsdelen. Metasynthesen har gjort et systematisk søk i flere ulike, anerkjente databaser, herunder Cochrane, JBI Library, Medline, Cinahl, Scopus, Embase, PsycINFO og PsycARTICLES. At det er søkt i flere databaser øker troverdigheten, da dette kan tyde på at forfatterne av artikkelen har gjort grundige søk etter relevant litteratur. Artikler som ikke var skrevet på engelsk og som det ikke fantes i fulltekst ble ikke tatt med. Det kan være en svakhet, da relevante funn kan ha blitt utelukket. Det er benyttet relevante søkeord, som isolasjon, ensomhet, hematologisk, beskyttende, hematopoietisk stamcelle-transplantasjon, benmargs-transplantasjon, bakterie-fri, rene rom, romrestriksjoner, og infeksjon. En svakhet er at forskerne har inkludert studier som ikke alene fokuserer på pasientopplevelsen, og trakk ut de relevante funnene, noe som kan ha medført at artiklene er tatt ut av kontekst.	Studiet trekker frem at isolasjon er støttet av anbefalinger med dårlige bevis, og at de fleste infeksjoner hos neutropene pasienter er endogene. Pasienter i isolasjon føler seg ensomme, fengslet og maktesløse. Isolasjonen fører til at pasientene må relatere med seg selv, ved å regulere egne tanker og følelser, for å tilpasse seg isolasjonen, noe som antyder en søken etter mening. Artikkelen trekker frem ulike metoder pasientene har brukt for å mestre isolasjonen, og trekker frem relasjoner til andre som en viktig mestringsstrategi. Sykepleiere var en viktig støtte, og metoder for å hjelpe pasienten å mestre isolasjonen og minske følelsen av isolasjon blir trukket frem.	Ja, resultatene kan brukes i oppgaven. Den tar for seg positive og negative sider ved isolasjonen. Strategier hos neutropene pasienter, pasientens opplevelse av isolasjonen på godt og vondt, og hvordan sykepleier konkret kan hjelpe og støtte under isolasjonen ble diskutert
Biagioli, V., Piredda, M., Mauroni, M.R., Alvaro, R. & De Marinis, M.G. (2016b).	Kvalitativ Individuelle intervjuer: ustrukturerte	Ja, formålet med studien er klart formulert, metoden er hensiktsmessig for å svare på problemstillingen, det er blitt gjort etiske vurderinger, metoden for dataanalyse er gjort rede for og studien har tatt rede for forhold som kan påvirke studien. Det er en negativ faktor at det ikke er gjort rede for hvilke pasienter som ble valgt ut og hvorfor.	Resultatene forteller om flere psykologiske konsekvenser for pasienter som oppstod under isolasjonen. Pasientene følte de var isolerte for å gjennomgå en forvandling, og at isolatet var stedet for forvandlingen. Noen opplevde isolatet som en trygghet, andre opplevde det som en barriere eller en felle. De opplevde en forvandling i relasjoner til andre og en kroppslig forvandling, hvor de ble oppmerksomme på kroppen sin, forvandlinger og årsaker til kroppslige problemer. De opplevde at de mistet kontroll over kropp og sinn. Pårørende og helsepersonell ble trukket	Ja, studien passer til problemstillingen. Den trekker frem ulike måter pasienten mestret situasjonen på, hvordan pasientene oppfattet og opplevde isolasjonen, og hvilken rolle helsepersonell og pårørende hadde i denne opplevelsen.

			frem som en viktig støtte, og ble sett på som et lys fra utsiden, likevel var pasientene redd for negative utfall, som ble opplevd som et mørke. Pasientene så på det som nødvendig å være isolert, og det følte utrygt å skulle være hjemme under isolasjonen.	
Coolbrant, A. & Grypdonck, M.H.F. (2010).	Kvalitativ Observasjon  Individuelle intervjuer: semi-strukturerte	Ja, resultatene er til å stole på. Forfatterne av artikkel gjorde et litteratursøk i forkant av studiet sitt for å lese annen forskning skrevet på det samme området, og gjort vurderinger ut ifra dette, blant annet at de fysiske effektene var lite til stede i pasientuttalelsene, selv om forskerne visste at den fysiske påvirkningen av behandlingen er stor. Forfatterne av artikkelen har også diskutert begrensninger i egen studie, at overførbareheten kan være vanskelig grunnet forskjeller i prosedyrer og kontekst. Metode er godt gjort rede for, og spørsmålene som ble brukt i intervjuene er inkludert i artikkelen. Studiet har en omfattende resultatdel, dog en kort diskusjonsdel, men det oppleves at artikkelen drøfter tilstrekkelig rundt tematikken i de andre delene likevel.	Artikkelen starter med å gjenfortelle funnene i tidligere studier. Håp og mening er konsepter som er mye utforsket. Andre viktige konsepter er følelsen av å tape kontroll og støtte fra familie og venner. I dette studiet kommer det frem at for å holde på motet gjennom behandlingen bruker pasientene en mestringsstrategi som går ut på «the writing of a positive story». Det ble brukt flere ulike strategier for å oppnå dette. 1) Dyrke troen på en lykkelig slutt, for eksempel ved å telle velsignelser en har eller sammenligne seg selv med andre som har det dårligere. 2) Beskytte den positive historien mot negativ informasjon eller fysiske symptomer, ved å si at symptomer er forventet og at det kan behandles. 3) Realisere den lykkelige slutten, ved å forberede seg til behandling, følge med på symptomer og handle dersom nødvendig, etterfølge regler og kontrollere egne tanker. Det var ikke alltid strategiene fungerte, for eksempel når pasientene var så utmattede at de ikke hadde den fysiske kraften eller mentale styrken til å holde på motet. Sykepleierne støttet den positive historien til pasientene enten bevisst eller ubevisst, ved å gjøre behandlingsforløpet forutsigbart gjennom å informere, gi positive tilbakemeldinger, eller vise forståelse i de tyngste periodene.	Resultatene er svært aktuelle for oppgaven, da den belyser en problematikk pasientene føler på. Selv om pasientene har flere strategier for å holde på motet er det ikke alltid at dette er nok. Den fysiske belastningen behandlingen fører til gjør det vanskelig for pasientene å holde på motet og bruke strategiene sine. Dette er kunnskap som er svært nyttig for sykepleier å ha. Dersom sykepleier kan bli bevisst på metodene de støtter pasientenes strategi på kan dette gjøre det enklere for pasienten å holde på motet, samt at man er bevisst å ikke presse pasienten for hardt i de periodene pasienten rett og slett ikke er sterk nok, men at man heller da kan ta over for pasienten og holde på motet for pasienten.
Vottero, B. & Rittenmeyer, L. (2012).	Kvalitativ Metasynthese	Ja, resultatene er til å stole på. Artikkelen har søkt i flere anerkjente databaser, herunder blant annet BioMed, Cinahl, Elsevier, Science Direct, Embase, Medline, PsycINFO, PubMed. Studiet har brukt relevante søkeord, som isolasjon, barrierenisolasjon, beskyttende isolasjon, sykehus, pasient, mening, oppfatning og opplevelse. En svakhet er at de også har søkt etter upubliserte studier og studier som er publisert i ikke-kommersielle former, hvor det er usikkert om disse artiklene er fagfellevurdert. Studiet gjør opp for dette ved å vurdere funnens kredibilitet og kategorisert funnene etter om de er troverdige og om de kan støttes av annen litteratur. Funn som ikke kan støttes av annen litteratur er ikke tatt med i studiet. Forfatterne av artikkelen har lest gjennom abstraktet til samtlige relevante artikler i søkeprosessen, noe som øker kredibiliteten.	Studiet laget to synteses av funnene sine, for å kategorisere dem, etter at de hadde presentert funnene uten kategori. De to syntesene som kom igjen i flere studier var 1) oppstykket menneskelig kontakt og 2) å tilpasse seg et kunstig miljø. Studiet skriver om at sykepleiere mangler kunnskap om hvordan de skal møte pasientens psykososiale behov, og at disse behovene er like viktige som de fysiske. Det er behov for mer kunnskap for å unngå å gjøre intervensjoner som ikke er tilpasset den enkelte pasienten, da dette gjør at pasienten føler seg avkoblet fra personalet. Studiet skriver også at pasientene føler at deres autonomi blir begrenset i isolasjonen, og at hvordan de mestrer situasjonen påvirkes av både eksterne og interne faktorer. Artikkelen trekker frem familie og andre som viktig støtte, og avslutter artikkelen med forslag til implikasjoner til praksis, for eksempel kompetanseutvikling, informere pasienten, lage en plan med pasienten osv.	Ja, resultatene er svært aktuelle for oppgaven. Den samler funn fra flere relevante artikler, og samler disse i kategorier, slik at det er enklere å se hvilke temaer som går igjen hos pasientene. Det er positivt å se hva som fungerer for pasientene, og se eksempler på implikasjoner til praksis som kan være relevante i den gitte konteksten.

## 5.2 Holistiske intervensjoner

Diagnosene som gir indikasjon for å gjennomføre allogen stamcelletransplantasjon er alvorlige, og pasientene trenger betydelig støtte i møte med sin sykdom og endrede livssituasjon. Særlig var støtten viktig for nettopp denne pasientgruppen ettersom de legges inn på beskyttende isolat i løpet av behandlingsforløpet (Biagioli et al., 2016a, s. 2). Videre viser funn at pasientene følte de befant seg i et kunstig, anormalt og begrenset miljø, hvor de selv hadde svært liten kontroll. De kjente på følelse av begrensning, tap av selvbestemmelse og lidelse i perioden etter stamcelletransplantasjonen (Vottero & Rittenmeyer, 2012, s. 966). Disse følelsesmessige utfordringene settes i tydelig sammenheng med hvordan kognitiv kontroll kan sikres eller trues, slik det beskrives i Haviks kontrollmodell. Modellen forklarer også hvordan uforutsigbarhet og flertydighet kan bidra til frykt, usikkerhet og i ytterste konsekvens en alvorlig og gjennomgående uvirkelighetsfølelse (Havik, 1989, s. 164-165). Egen klinisk erfaring støtter oppfatningen om at noen pasienter som gjennomgår allogen stamcelletransplantasjon og legges på beskyttende isolat kan oppleve slik uvirkelighetsfølelse og distansering fra tilværelsen.

Forskning viser at sykepleiere som arbeidet med stamcelletransplanterte pasienter ofte ikke var forberedt på å ivareta pasientenes psykososiale behov når de var innlagt på beskyttende isolat (Vottero & Rittenmeyer, 2012, s. 966). Når sykepleier ikke er forberedt på å ivareta pasientens psykososiale behov, vil det være nærliggende å tro at risikoen for unødvendig lidelse øker. Samtidig er det bred faglig enighet om at sykepleietiltak i tråd med lindrende sykepleiefunksjon kan forebygge lidelse hos pasienter i kurative behandlingsforløp, som ved allogen stamcelletransplantasjon. Spesifikke tiltak kan omfatte et godt og helhetlig stell, å skape et trygt og godt miljø for pasienten, og å delta i samtaler som både kan være dagligdagse og lystbetonte, men også vanskelige samtaler med dårlig nytt (Reitan, 2017, s. 42-43).

Coolbrant & Grypdonck (2010) belyser at pasienter som gjennomgår denne behandlingen i perioder kan være så fysisk og mentalt utslitte, at de ikke klarer å holde på håpet om bedring. I den sammenheng kan det være hensiktsmessig å diskutere om sykepleieren kan bidra til at pasientene finner mening med isolasjonen og lidelsen, for å ivareta deres psykososiale behov (Coolbrant & Grypdonck, 2010, s. 222). Pasienter som har tro på seg selv og finner en mening med sine lidelser, opplever angivelig at hele livstilværelsen får mening til tross for alvorlig sykdom og lidelse. Dette viser at sykepleier bør sørge for aktiv støtte rettet mot pasientens tro

på seg selv, når det blir tydelig at motivasjon og håp svekkes. Denne typen støtte kan være med å endre pasientens fokus på lidelse og sykdom, og mobilisere pågangsmotet deres (Stubberud, 2015, s. 96).

Det er nyttig for ivaretagelsen av pasientens psykososiale behov at sykepleier tar i bruk tiltak som ikke bare handler om blodprøvetaking, avlesninger og lignende. Forskningslitteratur trekker frem holistiske intervensjoner som en helt sentral del av møtet med pasienten på beskyttende isolat. Implementering av holistiske intervensjoner bidrar til å ivareta pasientens psykososiale behov, samt at det bidrar til en reduksjon av lidelse. Holistiske intervensjoner kan blant annet innebære å lytte til pasienten, sette seg ned med dem, etterspørre hvilke preferanser de har, forsøke å forstå dem og deres situasjon, samt ta deres opplevelser på alvor (Vottero & Rittenmeyer, 2012, s. 966). Fagartikkelen av Almerud et al. (2008) belyser hvordan biomedisinske prioriteringer, som blodprøvetaking, administrasjon av medikamenter og bildediagnostikk, kan utfordre helhetlige sykepleietiltak og sykepleiers mulighet til å utøve dem. De biomedisinske tiltakene utføres ofte med bruk av avanserte teknologiske hjelpemidler i den hensikt å overvåke og sikre vital organfunksjon hos potensielt kritisk syke pasienter (Almerud et al., 2008, s. 59). Vottero & Rittenmeyer (2012) trekker frem at pasienten følte seg avkoblet fra sykepleieren når de utførte pleieoppgaver, særlig når de ikke var rettet mot deres psykososiale behov (Vottero & Rittenmeyer, 2012, s. 966). Med bakgrunn i disse historiene er det rimelig å anta at dersom sykepleietiltakene på beskyttende isolat utelukkende rettes mot somatiske plager, vil de psykososiale behovene bli neglisjert. Det er følgelig nærliggende å tro at når sykepleieren har kunnskap om, og prioriterer holistiske intervensjoner, kan sykepleieren bidra til å redusere risikoen for unødvendig lidelse (Eriksen, 2016, s. 897).

Sykepleiere i studiet til Vottero & Rittenmeyer (2012) opplevde ofte tidspress i sin yrkesutøvelse, særlig når minst én av pasientene var innlagt på beskyttende isolat (Vottero & Rittenmeyer, 2012, s. 966). Tidsnød og økonomiske hensyn er faktorer som kan utfordre utøvelsen av holistiske intervensjoner. Samtidig er forskningen tydelig på at pasienter som gjennomgår allogen stamcelletransplantasjon og innleggelse på beskyttende isolat krever nettopp; tid og ressurser. Det er aktuelt å diskutere om dette fører til en nedprioritering av den helhetlige sykepleien, som i ytterste konsekvens kan være lovstridig.

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) er klar på at sykepleietjenesten skal være tilrettelagt på en slik måte at sykepleieren er i stand til å overholde sine plikter i henhold til helsepersonelloven

(1999), herunder kravet til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, § 4; Specialisthelsetjenesteloven, 1999, § 2-2). Dette støttes dessuten av punkt 1.3, 2.1 og 2.3 i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, som beskriver at sykepleiepraksisen skal være etisk forsvarlig gjennom å fremme helse, forebygge sykdom og ivareta pasientens behov for helhetlig sykepleie (Norsk Sykepleieforbund, 2019).

### **5.3 Informasjon**

Coolbrant & Grypdonck (2010) viser i sin forskning at sykepleierne hadde en viktig rolle for pasientene som ble innlagt på beskyttende isolat. Sykepleieren hjalp pasienten å komme seg gjennom behandlingen, blant annet ved å gjøre behandlingsforløpet forutsigbart. Pasientene opplevde at sykepleieren hadde mye kompetanse, og kunne derfor forsikre pasientene om at de er var i gode hender og kunne føle seg trygge (Coolbrant & Grypdonck, 2010, s. 222). Sykepleieren er dessuten den parten i relasjonen mellom pasient og sykepleier som innehar mest fagkunnskap om situasjonen pasienten befinner seg i. Derfor er det hensiktsmessig å diskutere om sykepleieren er bevisst sine lovpålagte plikter knyttet til at pasienten har rett på informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Samtidig er det interessant å merke seg at Coolbrandt & Grypdonck (2010) i sin forskning oppdaget at flere sykepleiere synes det var utfordrende å uttale seg om pasientenes opplevelser, da de ikke hadde førstehåndsinformasjon om hvordan det var å være pasient (Coolbrant & Grypdonck, 2010, s. 219). Dette kan tyde mot at sykepleiere ikke alltid vet hvilken informasjon som er viktig for pasientene, og at kommunikasjon og overføring av informasjon derfor er et viktig sykepleietiltak for å ivareta psykososiale behov.

Forskningen til Biagioli et al. (2016b) viste at informasjon ga pasienten motivasjon, og reduserte de negative følelsene knyttet til isolasjonen (Biagioli et al., 2016b, s. 83). I sammenfatningen av Haviks kontrollmodell skriver Stubberud (2015) at pasienter, på grunn av utmattelse og stress, lett kan glemme informasjon som blir gitt. Viktig informasjon må derfor gjentas flere ganger, samtidig som sykepleieren bør forsikre seg om at pasienten forstår innholdet i informasjonen, eksempelvis ved å la dem gjenta informasjonen tilbake (Stubberud, 2015, s. 77-78). Blant annet var det nødvendig for pasienten at poenget med isolasjonen ble gjentatt flere ganger gjennom forløpet, noe som gjorde det lettere for pasienten å akseptere opplevelsen, samt at det bidro til å motivere pasienten til å holde ut isolasjonstiden (Biagioli et al., 2016b, s. 83). I forkant av møter eller legevisitter bør sykepleier motivere pasienten til å



skrive ned spørsmål, da slike møter kan inneholde mye informasjon og lett bli overveldende. Sykepleier kan så minne om disse spørsmålene mot slutten av seansen, for å sikre at pasienten får svar på det de selv har behov for informasjon om. Videre bør informasjonen kategoriseres samtidig som språket holdes enkelt, for å møte pasienten på det kunnskapsnivået de har (Stubberud, 2015, s. 77-78). Egen klinisk erfaring tilsier dessuten at mange som behandles med allogen stamcelletransplantasjon og innleggelse på beskyttende isolat blir svært kompetente på behandlingen de får og situasjonen de befinner seg i. Det kan diskuteres om denne kompetansen også omfatter pasientens psykososiale behov, eller kun omfatter prosedyrer og kunnskap om medisiner og undersøkelser. En forutsetning for at denne kompetansehevingen og utviklingen skal finne sted er at sykepleieren involverer og informerer pasienten godt, ikke bare før isolasjonen, men også underveis i forløpet (Vottero & Rittenmeyer, 2012, s. 967).

Noen pasienter ønsket ifølge Coolbrant & Grypdonck (2010) realistisk informasjon, samtidig som noen fryktet å miste håp og motivasjon om bedring om de visste for mye (Coolbrant & Grypdonck, 2010, s. 219). Dette støttes av egen klinisk erfaring, som tilsier at noen pasienter i denne situasjonen lett kan bli skremt av for mye informasjon. Særlig kan de kjenne på frykt og redsel om de får informasjon som omhandler lidelse, smerte og tap. På en annen side kan informasjonsformidling i seg selv fremme pasientens kognitive kontroll ved at situasjonen oppleves forutsigbar og entydig. Havik (1989) trekker frem at bruk av standardisert pasientinformasjon kan gi en positiv effekt, eksempelvis at pasienten føler økt tillit til sykepleieren (Havik, 1989, s. 164, 169). Det er anbefalt at sykepleieren tidlig iverksetter forebyggende tiltak for å forhindre tap av kognitiv kontroll, da det er utfordrende å bygge opp denne typen kontroll om den først er tapt (Havik, 1989, s. 173-174). Å anvende formidling av pasientinformasjon er et slikt forebyggende tiltak, og bør derfor være en naturlig del av ivaretagelsen av psykososiale behov til pasienter som gjennomgår allogen stamcelletransplantasjon og innleggelse på beskyttende isolat.

Forskning viser at pasienter følte kommunikasjonen med sykepleieren var mangelfull i sammenheng med informasjon om diagnose og hvor lenge de måtte isoleres (Vottero & Rittenmeyer, 2012, s. 956). For å unngå dette er det nødvendig at informasjonen som gis er relevant og dekkende for den aktuelle situasjonen. Pasientinformasjonen bør i dette tilfellet inneholde orientering om behandlingen pasienten skal gjennomgå, forventede undersøkelser, utstyr som anvendes og medisiner de kan forvente å få ordinert, herunder bivirkninger og

komplikasjoner. Videre er det relevant å informere pasienten om rutiner på avdelingen, eksempelvis når det gjennomføres legevisitter, rutiner og restriksjoner rundt isolasjonspraksisen, og hvordan besøk av pårørende kan gjennomføres (Oslo Universitetssykehus, 2020).

Artikkelen til Vottero & Rittenmeyer (2012) peker på at informasjon forberedte pasientene på hva de kunne forvente under isolasjonen (Vottero & Rittenmeyer, 2012, s. 959). Derfor er det viktig at de forberedes på de negative komplikasjonene som kan oppstå som et resultat av isolasjonen, også de psykososiale påkjenningene. Angst og depresjon er eksempler på påkjenninger det ikke alltid er like enkelt for sykepleier eller pasient å legge merke til. Dette er vanskelig å oppdage fordi mange pasienter innledningsvis i forløpet til angst og depresjon viser forholdsvis vanlige symptomer, som hos mange kan forekomme uten at det ligger en psykososial påkjenning til grunne. Tomhet, sinne, fortvilelse og energitap er eksempler på slike symptomer (Stubberud, 2015, s. 69-71). Ved å formidle denne typen informasjon til pasienten blir både sykepleier og pasient bevisst hvilke symptomer det er relevant å se etter. Dessuten vil pasienten med denne typen tiltak gjøres til aktiv deltaker i egen behandlingssituasjon, som i seg selv kan fremme deres kognitive og instrumentelle kontroll og bidra til at psykososiale behov blir ivaretatt (Stubberud, 2015, s. 76, 85).

#### **5.4 Kartlegge pasientens strategier for mestring**

Noen pasienter taklet sin situasjon ved å se på behandlingen og isolasjonen som en forvandleringsprosess, ikke bare kroppslig, men også i relasjonen med seg selv og andre (Biagioli et al., 2016b, s. 81). Forskning viser at pasientene brukte flere individuelle måter å mestre og tilpasse seg situasjonen på, og det vil være relevant for sykepleier å innhente informasjon om hvordan den enkelte mestrer å bli innlagt på beskyttende isolat (Vottero & Rittenmeyer, 2012, s. 966). Å relatere til seg selv ved å regulere sine følelser og holdninger mot truende opplevelser er en kjent strategi for mestring mange pasienter som innlegges på beskyttende isolat anvender (Biagioli et al., 2016a, s. 4). Enkelte pasienter har erfaring med å stå i utfordrende og stressende situasjoner fra tidligere, mens andre trenger tettere oppfølging. Derfor er det viktig at sykepleieren anerkjenner den erfaringen den enkelte pasienten har, og er bevisst på at også erfarne pasienter kan møte nye utfordringer.

Når pasientens strategier for mestring var anerkjent og respektert av sykepleieren, oppstod en positiv holdning til isolasjonen (Vottero & Rittenmeyer, 2012, s. 939). Biagioli et al. (2016b) viser at det krevdes en bevisst, positiv innstilling fra pasientene for å finne styrken til å holde ut lidelsen de opplevde (Biagioli et al., 2016b, s. 83). Det kan diskuteres om det finnes sykepleietiltak som kan hjelpe pasienten til en slik innstilling, og om det i det hele tatt er hensiktsmessig at sykepleieren blander seg i en slik personlig prosess. På en annen side er det nærliggende å tro at når sykepleieren indirekte stimulerer pasientens indre ressurser i tråd med Haviks kontrollmodell, vil det bidra til å motivere pasienten til å ha tro på seg selv (Reitan, 2017, s. 90). Sykepleier kan støtte pasienten ved å gjøre de bevisst på ulike måter å mestre situasjonen på. Eksempler er å anvende prestetjenesten, sette av tid til familie, eller at noen tar seg tid til å eksempelvis spille kort sammen med pasienten. Sykepleier bør videre sikre at strategiene som anvendes og har effekt for den enkelte pasient, dokumenteres i deres individuelle behandlingsplan. På denne måten sikrer sykepleier kontinuitet, samt at behandlingsplanen i seg selv er et verktøy som skal sikre at tiltak iverksettes og blir fulgt opp på lik linje med biomedisinske intervensjoner (Vottero & Rittenmeyer, 2012, s. 967-968).

Coolbrant & Grypdonck (2010) påpeker at pasientene hadde et uttrykt håp om en lykkelig slutt. Det var ikke slik at de nødvendigvis trodde forløpet skulle bli enkelt, men beholdt altså et håp om at det skulle gå dem godt til slutt, på tross av betydelig lidelse underveis (Coolbrant & Grypdonck, 2010, s. 220). De så på kompetansen til lege og sykepleier nærmest som en garanti for helbredelse, og følte seg motiverte når sykepleiere støttet dem. Til tross for dette kunne noen kjenne at motivasjonen sank når de opplevde negative utfall eller komplikasjoner (Biagioli et al., 2016b, s. 83; Coolbrant & Grypdonck, 2010, s. 222).

Forskningsfunn anbefaler at sykepleier bidrar til at pasienten fokuserer på fordelene med å være innlagt på beskyttende isolat, noe som kan være med på å holde troen på en lykkelig slutt. Fordelene med slik isolering er ifølge Biagioli et al. (2016a) at pasienten får ekstra tid til selvrefleksjon, muligheter for å være kreativ, samt at de kan oppleve en lettelse fra bekymringer rundt endret utseende som følger med behandlingen (Biagioli et al., 2016a, s. 6). Forskningen viser stor enighet om at fokus på fordelene med beskyttende isolering og håp om en lykkelig slutt er bra for pasienten. Det er likevel viktig å påpeke at sykepleier ikke kan, og ikke skal gi løfte om bedring. Balansegangen mellom motivasjon og uhensiktsmessige lovnader kan bidra til usikkerhet for pasienten. Slik usikkerhet kan føre til at de opplever å tape instrumentell kontroll, som ifølge Haviks kontrollmodell er pasientens mulighet til selv å

forebygge eller fjerne negative hendelser, og øke sannsynligheten for positive hendelser (Havik, 1989, s. 165).

Pasientens selvbestemmelse er et sentralt tema i diskusjonen om ivaretagelse av kontroll, da forskning viser at pasienter følte selvbestemmelsen ble begrenset under isolasjonen (Vottero & Rittenmeyer, 2012, s. 966). Selvbestemmelse ivaretas ved at pasienten inkluderes i avgjørelser som skal tas, også relativt små og enkle avgjørelser som tidspunkt for morgenstell og medvirkning til måltider. Sykepleieren etterlever punkt 2.4 og 2.6 av de yrkesetiske retningslinjer ved å ivareta den enkeltes integritet og selvbestemmelse, ved å bidra til at pasienten har innflytelse over helsehjelpen og pleien som gis (Norsk sykepleieforbund, 2019). Det emosjonelle perspektivet av de psykososiale behovene omfatter behovet for å oppleve kontroll over eget liv. Sykepleierens ivaretagelse av pasientens selvbestemmelse, både i avgjørelser, så vel som deres innvirkning på det fysiske miljøet, øker deres instrumentelle kontroll. Enkelte pasienter ønsker å ha med personlige eiendeler inn på isolatet, da dette fører til at de opplever miljøet som trygt og hjemlig. Bilder av ting, dyr eller personer bidrar til å gjøre miljøet på isolatet mindre fremmed, og bedrer opplevelsen av isolasjonen som helhet. Ut ifra dette kan det antas at pasientens psykososiale behov blir ivaretatt dersom pasienten inkluderes i avgjørelser og dermed føler innflytelse over sin tilværelse (Stubberud, 2015, s. 16, 76, 91).

## **5.5 Sosiale relasjoner**

Vottero & Rittenmeyer (2012) avdekker at angst, depresjon, hallusinasjon, frykt, frustrasjon, sinne og ensomhet er eksempler på alvorlige reaksjoner sykepleier kan observere hos pasienter som isoleres over tid (Vottero & Rittenmeyer, 2012, s. 938). Ensomhet er en fremtredende negativ faktor som preger pasientens opplevelse av å være innlagt på beskyttende isolat. Følelsen av ensomhet ble angivelig forsterket når pasienten ikke følte seg forstått, ikke ble tatt på alvor eller helt enkelt følte seg isolert fra omverdenen. Biagioli et al. (2016a) beskriver i sin studie hvordan ensomme pasienter selv reduserer viktigheten av sosial kontakt for å redusere følelsen av ensomhet, som en forsvarsmekanisme. Det argumenteres derfor for at sykepleieren er en sentral bidragsyter i å ivareta deres sosiale relasjoner, til tross for at noen angivelig anser det som mindre viktig. For å understreke viktigheten av sosiale relasjoner hos pasienter som gjennomgår allogen stamcelletransplantasjon og innleggelse på beskyttende isolat viser forskning at de pasientene

som hadde daglig kontakt med familien, også opplevde mindre problemer knyttet til ensomhet (Biagioli et al., 2016a, s. 7, 9; Rygh et al., 2016, s. 80).

Pårørende og sykepleier bidro ifølge Biagioli et al. (2016b) til håp, mot, støtte og avslapning for pasienten (Biagioli et al., 2016b, s. 83). Det relasjonelle perspektivet av de psykososiale behovene omhandler behovet for fellesskap, sosial kontakt, anerkjennelse og følelsesmessig støtte. Haviks kontrollmodell belyser hvordan pårørende, venner og øvrige sosiale relasjoner kan virke som en del av pasientens ytre ressurser, og tydeliggjør sammenhenger mellom relasjonene og deres betydning for pasientens psykososiale behov. De kan også bidra til følelse av nærhet og tilhørighet, og på den måten ivareta pasientens psykososiale behov (Reitan, 2017, s. 90; Stubberud, 2015, s. 16, 36). Til tross for dette tilsier egen klinisk erfaring at disse pasientene ikke alltid makter å ivareta disse relasjonene på egenhånd, og det er fare for at de psykososiale behovene ikke blir dekket.

Biagioli et al. (2016b) skriver at når pasientens psykososiale behov økte, ble sykepleierens bidrag avgjørende for å ivareta deres relasjoner og behov (Biagioli et al., 2016b, s. 84). Sykepleieren bidrar til å ivareta pasientens sosiale relasjoner gjennom å kartlegge pårørende og øvrige sosiale relasjoner tidlig i behandlingsforløpet. Det legges vekt på deres selvbestemmelse, da det er pasienten selv som avgjør hvem som er betydningsfulle for seg selv. Sykepleierens bidrag skal bestå i å sikre dokumentasjon og i den sammenheng informere og motivere pasientene til å se viktigheten av sosiale relasjoner og kartlegging av disse. Informasjonen om de sosiale relasjonene må nedtegnes i pasientens behandlingsplan og vil på den måten sikre at personalet har tilgang på dette (Grov, 2017, s. 257-258).

Pasienthistorier fra Vottero & Rittenmeyer (2012) belyser hvordan pasientene opplevde den menneskelige kontakten som oppstykket under isolasjonen. Besøkene var ofte kortvarige, uavhengig av om det var besøk av pårørende eller sykepleieren som gjorde oppgaver inne på rommet. Til tross for dette opplevde pasientene selv de korteste besøk som en distraksjon fra hvordan de ellers følte seg, og at det brøt med den ellers monotone isolasjonshverdagen (Vottero & Rittenmeyer, 2012, s. 952). Dersom det ikke var mulig med besøk, ble det verdsatt at sykepleierne var til stede. For noen ble sykepleieren som en god venn, en sammensvoren som ivaretok deres behov og viste forståelse for deres utfordringer (Biagioli et al., 2016a, s. 8). På bakgrunn av disse forskningsfunnene er det liten tvil om at relasjonsbyggingen mellom pasient og sykepleier er særdeles viktig.

På en side anbefales det at sykepleier tar seg tid til pasienten på beskyttende isolat, viser engasjement for å kommunisere med dem, setter seg ned med dem i trygge rammer, og viser interesse for deres liv og livshistorie (Heyn, 2016, s. 363). På en annen side viser forskningen at pasientene hadde vanskeligheter med å skape en relasjon til sykepleieren, grunnet tiden det tok å komme inn på rommet og det personlige beskyttelsesutstyret som var nødvendig under den beskyttende isoleringen (Vottero & Rittenmeyer, 2012, s. 966). Noen pasienter kan til tross for en god relasjon ha behov for å skape avstand til helseproblemene sine gjennom å forholde seg passivt til sykepleieren. Sykepleieren må respektere og anerkjenne dette, og være bevisst sin profesjonelle rolle i relasjonen, som de yrkesetiske retningslinjer poengterer i punkt 2.4 (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Samtidig er det viktig å observere og avdekke om dette kan skyldes at pasienten ikke får nødvendig støtte og assistanse når de har behov for det, at sykepleieren ikke viser tilstrekkelig engasjement for pasienten, eller at de føler seg lite informert om sin behandling og innleggelse (Grov, 2016, s. 45).

## 6. Oppsummering

Sykepleieren er ofte ikke forberedt på å ivareta psykososiale behov for pasienter i behandlingsforløp med allogen stamcelletransplantasjon og beskyttende isolasjon. Pasienten har på sin side behov for å møte en sykepleier som tør å involvere seg i pasientarbeid over tid (Vottero & Rittenmeyer, 2012, s. 966). Problemstillingen stiller spørsmål om hvilke tiltak sykepleieren kan iverksette for å ivareta psykososiale behov for pasienten som isoleres på beskyttende isolat. Forskningen trekker frem holistiske intervensjoner, informasjon, kartlegging av pasientens strategier for mestring og sosiale relasjoner som viktige fokusområder i denne konteksten (Biagioli et al., 2016a, s. 9; Coolbrant & Grypdonck, 2010, s. 219; Vottero & Rittenmeyer, 2012, s. 966).

Tiltak knyttet til lindrende sykepleiefunksjon gir sykepleieren gode forutsetninger for å kunne ivareta pasientens psykososiale behov, gjennom å skåne dem for unødvendige plager som ensomhet og lidelse (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22). Tiltakene som diskuteres og trekkes frem i oppgaven er kvalitetssikret i tråd med juridiske føringer, yrkesetiske retningslinjer, anerkjent faglitteratur og relevant forskningslitteratur. Helt konkret kommer det frem at sykepleieren må bruke tid med pasienten, anerkjenne pasientens opplevelse av sin situasjon, sikre at pasienten er informert, bidra til at pasienten opplever forutsigbarhet i hverdagen og sikre at pasientens individuelle strategier for mestring er kartlagt og oppdatert i behandlingsplan (Coolbrant & Grypdonck, 2010, s. 222; Vottero & Rittenmeyer, 2012, s. 966). Videre kan sykepleieren ivareta pasientens psykososiale behov ved å kartlegge og opprettholde pasientens sosiale relasjoner, hjelpe pasienten til å fokusere på fordelene med beskyttende isolering, samt tørre å involvere seg selv i pasientens liv. Forskning viser nemlig at sykepleierens nærvær bidrar til å bryte monotonien i isolasjonen og førte til at pasienten opplevde håp, mot, støtte og avslapning (Biagioli et al., 2016a, s. 6; Biagioli et al., 2016b, s. 83; Grov, 2017, s. 257-258).

Tiltakene bidrar på hver sin måte til at pasientens indre og ytre ressurser blir stimulert, samtidig som de bidrar til å øke pasientens opplevelse av å ha kognitiv, instrumentell og emosjonell kontroll i rollen som pasient. Dette vil ifølge Haviks kontrollmodell føre til at pasienten opplever mestring og tilpasning til sin somatiske sykdom, som i sin tur bidrar til at pasientens psykososiale behov blir ivaretatt (Havik, 1989, s. 163-164; Reitan, 2017, s. 89-90). Samtidig problematiserer oppgaven at tidspress, mangel på ressurser og utilstrekkelig

kommunikasjon mellom pasient og sykepleier er betydelige faktorer som kan medføre at tiltakene neglisjeres eller nedprioriteres, og kan følgelig bidra til unødvendig økt lidelse for pasienten (Eriksen, 2016, s. 897; Vottero & Rittenmeyer, 2012, s. 956).



## 7. Referanseliste

- Almerud, S., Alapack, R.J., Fridlund, B. & Ekebergh, M. (2008). Beleaguered by technology: care in technologically intense environments. *Nursing Philosophy* 9(1):55-61. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2007.00332.x>
- Biagioli, V., Piredda, M., Alvaro, R., & De Marinis, M.G. (2016a). The experiences of protective isolation in patients undergoing bone marrow or haematopoietic stem cell transplantation: systematic review and metasynthesis. *European Journal of Cancer Care*, 26(5):1-13, e12461. <https://doi.org/10.1111/ecc.12461>
- Biagioli, V., Piredda, M., Mauroni, M.R., Alvaro, R., & De Marinis, M.G. (2016b). The lived experience of patients in protective isolation during their hospital stay for allogeneic haematopoietic stem cell transplantation. *European Journal of Oncology Nursing*, 24:79-86. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.09.001>
- Coolbrandt, A. & Grypdonck, M.H.F., (2010). Keeping courage during stem cell transplantation: A qualitative research. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(3):218-223. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.01.001>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Eriksen, S. (2016). Menneskets psykososiale behov. I E.K. Grov & I.M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 887-907). Cappelen Damm Akademisk.
- Gedde-Dahl, T. (2014). Terapeutisk bruk av hematopoietiske stamceller ved blodsykdommer. I F. Wisløff, T. Gedde-Dahl, G.E. Tjønnfjord & H. Holte (Red.), *Blodsykdommer* (7.utg., s. 289-303). Gyldendal Akademisk.
- Grov, E.K. (2017). Pårørende. I A.M. Reitan & T.K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient-Utfordring-Handling* (4. utg., s. 251-266). Cappelen Damm Akademisk.

- Grov, E.K. (2016). Å bli pasient og hjelpetrengende. I E.K. Grov & I.M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 37-54). Cappelen Damm Akademisk.
- Grulke, N., Larbig, W., Kächele, H., & Bailer, H. (2009). Distress in patients undergoing allogeneic haematopoietic stem cell transplantation is correlated with distress in nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, 13(5):361-367.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2009.04.010>
- Havik, O.D. (1989). En generell modell for psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom. *Nordisk Psykologi*, 1989, 41(3):161-176. [https://www.researchgate.net/publication/271932711\\_En\\_generell\\_modell\\_for\\_psykologiske\\_reaksjoner\\_ved\\_somatisk\\_sykdom/link/54d9e0000cf25013d043480d/download](https://www.researchgate.net/publication/271932711_En_generell_modell_for_psykologiske_reaksjoner_ved_somatisk_sykdom/link/54d9e0000cf25013d043480d/download)
- Helsebiblioteket. (2016, 03. juni). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket.no.  
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Heyn, L. (2016). Kommunikasjon – menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått. I E.K. Grov & I.M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 363-398). Cappelen Damm Akademisk.
- Husøy, M.A.R., Brinch, L., Tjønnfjord, G.E., Gedde-Dahl, T., Heldal, D., Holme, P.A., Dybedal, I., Kolstad, A., Akkök, C.A., Rollag, H., Gaustad, P., Bergan, S., Egeland, T., Josefsen, D., Kvalheim, G., & Fløisand, Y. (2014). *Allogen stamcelletransplantasjon hos voksne 1985-2012*. Tidsskriftet Den Norske Legeforening 134:1569-75. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.1415>
- Joanna Briggs Institute. (2017). *The Joanna Briggs Institute Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews: Checklist for Qualitative Research*. Joanna Briggs

Institute. [https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI\\_Critical\\_Appraisal-Checklist\\_for\\_Qualitative\\_Research2017\\_0.pdf](https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Qualitative_Research2017_0.pdf)

Kim, H.S. (2016). Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn – det kunnskapsfilosofiske grunnlaget. I E.K. Grov & I.M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 142-155). Cappelen Damm Akademisk.

Kreftlex. (2021). *Stamcelletransplantasjon hos barn*. Institutt for kreftgenetikk og informatikk. Hentet 09. mars 2021 fra <https://www.kreftlex.no/Barn-akutt-leukemi/ProsedyreFolder/BEHANDLING/Cellegift/Stamcelletransplantasjon?lg=ks&CancerType=Barn%20Akutt%20leukemi&containsFaq=False>

Larsen, I. K. (2020, 22. oktober). *Cancer in Norway 2019*. Krefregisteret. <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Rapporter/Cancer-in-Norway/cancer-in-norway-2019/>

Lovisenberg Diakonale Høgskole. (2020, 17. januar). *Oppgaveskriving*. Hentet 18. mars 2021 fra <https://ldh.no/bibliotek/oppgaveskriving>

Nakken, E.S. (2017). Kjemoterapi. I A.M. Reitan & T.K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient-Utfordring-Handling* (4. utg., s. 385-399). Cappelen Damm Akademisk.

Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Nsf.no. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

NSD. (2021). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Norsk senter for forskningsdata. Hentet 22. mars 2021 fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Oslo Universitetssykehus. (2020, mars). *Til deg som skal stamcelletransplanteres: Informasjonsbrosjyre for voksne pasienter og deres pårørende*. E-håndboken OUS. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/5815>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Passweg, J.R., Baldomero, H., Basak, G.W., Chabannon, C., Corbacioglu, S., Duarte, R., Kuball, J., Lankester, A., Montoto, S., Peffault de Latour, R., Snowden, J.A., Styczynski, J., Yakoub-Agha, I., Arat, M., Mohty, M., & Kröger, N. (2019). *The EBMT activity survey report 2017: a focus on allogeneic HCT for nonmalignant indications and on the use of non-HCT cell therapies*. *Bone Marrow Transplantation* 54:1575-1585. <https://doi.org/10.1038/s41409-019-0465-9>

Reitan, A.M. (2017). Kreftsykepleie. I A.M. Reitan & T.K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient-Utfordring-Handling* (4. utg., s. 33-49). Cappelen Damm Akademisk.

Reitan, A.M. (2017). Psykologisk krise og mestringsmuligheter. I A.M. Reitan & T.K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient-Utfordring-Handling* (4. utg., s. 82-103). Cappelen Damm Akademisk.

Rolandsson, A. (2020). *Beskyttende isolering av allogen stamcelletransplantert pasient*. I G.E. Tjønnfjord (Red.), eHåndboken OUS-HF. Hentet 21.11.20 fra <https://ehandboken.ous-hf.no/document/4731/fields/23>

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

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Stubberud, D.-G. (2015). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 13-41). Gyldendal Akademisk.

- Stubberud, D.-G. (2015). Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 66-113). Gyldendal Akademisk.
- Sæteren, B. (2017). Åndelig og eksistensiell omsorg. I A.M. Reitan & T.K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient-Utfordring-Handling* (4. utg., s. 288-302). Cappelen Damm Akademisk.
- Sørensen, U. (2016). Hygiene og smittevern. I E.K. Grov & I.M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 776-818). Cappelen Damm Akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Tjønnfjord, G.E. (2017). Leukemier og myelomatose. I A.M. Reitan & T.K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient-Utfordring-Handling* (4. utg., s. 646-664). Cappelen Damm Akademisk.
- Vik, H.B. (2017). Sykepleieutfordringer ved kreft i bloddannende organer og lymfatisk vev. I A.M. Reitan & T.K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient-Utfordring-Handling* (4. utg., s. 665-676). Cappelen Damm Akademisk.
- Vottero, B. & Rittenmeyer, L. (2012). The hospitalied patients' experience of being in protective/source isolation: A systematic review of qualitative evidence. *JBIM Library of Systematic Reviews*, 10(16):935-976.  
<https://doi.org/10.11124/01938924-201210160-00001>

# Vedlegg 1: Prosedyre OUS E-Håndbok, Rolandsson, A. (2020).



## Prosedyre

### Beskyttende isolering av allogen stamcelletransplantert pasient Kreftklinikken (KRE)/Avd. blodsykdommer

Dokument-ID: 4731

Versjon: 11

Status: Godkjent

Dokumentansvarlig:

Anja Rolandsson  
04.05.2020

Utarbeidet av:  
Anja Rolandsson

Godkjent av: Godkjent fra:

Geir Erland Tjønnfjord

## 1. Endringer siden forrige versjon

- pasienter som skal isoleres på dag +5 kan ved plassmangel legges inn på klargjort isolat allerede fra innleggelsesdagen, men kan gå inn og ut av rommet/på tur frem til dag +5
- aplastisk anemi HLA-id familiegifter, Syklo/ATG skal også isoleres
- lagt til link [Covid-19 samledokument](#) og [Måling av væskebalanse, inkl. kontinuerlig infusjon av furosemid](#) og [Ernæring - allogen stamcelletransplanterte pasienter](#)

## 2. Hensikt og omfang

Redusere risiko for å påføre pasienter infeksjoner.

Prosedyren gjelder for pasienter som får disse kondisjoneringsregimene:

- FluBu16
- FluBu12
- Haplo Tiotepa/flu/bu3
- Eto/TBI
- TBI/Cy
- Myelofibrose <65 år Nord kons (FluBu12),
- Aplastisk anemi Flu/Cy/ATG/TBI
- Intensivert Hopkins
- Clo/Bu16
- NSB Flu/TBI/Cy
- PID Tiotepa/Flu/Tre
- Aplastisk anemi HLA-id familiegifter, Syklo/ATG

Disse kondisjoneringsregimene er i hovedsak myeloablative (benmargsutryddende-MAC). Pasienter med andre kondisjoneringsregimer isoleres ikke, med mindre lege bestemmer dette av særskilte grunner.

For beskrivelse av hele forløpet ved allogen stamcelletransplantasjon, se [retningslinjer for transplantasjon med hematopoietiske stamceller](#). Se også [Oppfølging av inneliggende pasient som gjennomgår allogen stamcelletransplantasjon](#).

## 3. Ansvar

Personell som omfattes av prosedyren er ansvarlige for å sette seg inn i og følge den.

#### 4. Fremgangsmåte

Utføres av	Oppgave
<b>Før isolatperioden</b>	
Lege og sykepleier	<ul style="list-style-type: none"><li>kontrollerer om pasienten har fått informasjon, gjentar om nødvendig informasjon om hensikten med beskyttende isolasjon jf. kapittel 6 i pasientinformasjonen <a href="#">"Til deg som skal stamcelletransplanteres"</a></li><li>kontrollerer at pasienten har tatt forholdsregler for å redusere risikoen for å bli smittet av Covid19 før transplantasjonen, se <a href="#">Covid-19 samledokument</a></li><li>informerer om:<ul style="list-style-type: none"><li>at barn i barnehage, som skal komme på besøk, må tas ut av barnehagen 14 dager før besøk på isolatet og barnet må også tas ut av barnehagen ca. 14 dager før pasienten reiser hjem frem til 3 måneder etter transplantasjon</li><li>kostrestriksjoner, dele ut informasjonsskriv, se <a href="#">Kostrestriksjoner etter allogen stamcelletransplantasjon</a></li></ul></li><li>følg opp at pasienten er henvist til fysioterapeut, se <a href="#">Oppfølging av inneliggende pasient som gjennomgår allogen stamcelletransplantasjon</a></li><li>pasienter som skal isoleres på dag +5 kan ved plassmangel legges inn på klargjort isolat allerede fra innleggelsesdagen, men kan gå inn og ut av rommet/på tur frem til dag +5</li></ul>
<b>Dag + 5</b>	
Sykepleier	<ul style="list-style-type: none"><li>kontrollerer at rommet som skal brukes til beskyttende isolering er klargjort jf. <a href="#">prosedyre for klargjøring</a></li><li>kontrollerer at nøkkelbryter utenfor slusa står i stilling 0 og at teksten "<b>POSITIVE</b>", som angir overtrykk for beskyttende isolat, er angitt. Nøkkelbryter kan stå i stilling 1 for ekstra sikkerhet i forhold til dører og trykkforhold. Hvis feilmelding, se vedlegg «brukerveiledning TSI». Ved normale overtrykksforhold lyser en grønn lampe lyser på panelet utenfor slusa.</li><li>informerer pasienten om hva som kan tas med inn på rommet;<ul style="list-style-type: none"><li>private eiendeler, også smykker (f.eks gifting) kan bringes inn til isolatet dersom de tåler å desinfiseres med 75 % sprit eller maskinvaskes</li><li>private klær kan benyttes i isolat dersom de er nyvasket eller nyinnkjøpt, undertøy må skiftes daglig, øvrig tøy så ofte som mulig og minimum ved synlig søl</li><li>nye bøker, ferske aviser og lydbøker</li><li>pasienten skal, om mulig, ikke ha kontakt med penger</li><li>pasienten skal kun ha med nye og uåpnede tuber av tannkrem og diverse kroppskremer</li></ul></li><li>ber pasient finne frem de eiendelene han/hun ønsker å ha med seg i god tid før overflytting, og er tilgjengelig om pasienten trenger hjelp til rengjøring av utstyr og/eller pakking</li><li>oppfordre pasienten til å la pårørende ta med hjem det som pasienten ikke kan ha på rommet og hvis dette ikke er mulig, så kan det låses inn på rom C3.2051</li><li>oppbevarer eiendeler som ikke skal inn på isolatet i låst skap på rom C3.2051, merket med navnelapp, og dokumenterer skapnummer i behandlingsplanen</li><li>ved bytting/overflytting til isolatrom;<ul style="list-style-type: none"><li>pasienten skal være nydusjet og ha rene klær, gå rett inn på beskyttende isolat</li><li>utfører håndhygiene før en går inn på isolatet</li><li>tar vekt på gammelt og nytt rom, slik at eventuelle forskjeller i målinger dokumenteres</li><li>bytter intravenøspumper dersom pasienten er tilkoblet; pumpene nullstilles og regnskap føres</li><li>summerer opp gamle lister for væskeregnskap og kostregistrering</li><li>bytter oppholdsmappe slik at romnummer blir riktig</li></ul></li><li>følger prosedyre <a href="#">Oppfølging av inneliggende pasient som gjennomgår allogen stamcelletransplantasjon</a></li></ul>

<b>Isolatperioden</b>	
Helsepersonell	<p><b>Helsepersonell med smittsomme sykdommer som vannkopper med blemmer, mistanke om mage-tarminfeksjoner, Herpes simplex-sår (forkjølelssår) på lepper/fingre og tegn til luftveisinfeksjoner skal i prinsippet ikke ha ansvar for pasienter som er på beskyttende isolat.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• foretar <a href="#">håndhygiene</a> på vei inn og ut av rommet, før og etter direkte kontakt med pasienten, og etter håndtering av avfallstoffer eller lignende</li> <li>• benytter beskyttelsesfrakk ved nærkontakt som for eksempel undersøkelse av pasient, stell av sentralt venekateter (SVK) og stell i seng</li> <li>• bruker utstyr som er på pasientens rom til daglige undersøkelser/observasjoner, hvis mulig</li> <li>• unngår å ta med pasientens oppholdsmappe inn i isolatet</li> <li>• planlegger gjøremål i forkant for å begrense antall turer inn og ut av rommet</li> <li>• bruker gjennomstikkskapet når mye utstyr/gjenstander skal inn/ut av isolatet, for å unngå flere turer inn/ut av døra</li> <li>• opprettholder overtrykk i isolatet ved å holde minst en dør i slusen lukket til enhver tid, hvis mulig vente 30 sekunder før innerste dør åpnes (for å minske antallet partikler som tas med inn på isolatet)</li> </ul>
Sykepleier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• legger inn lister for væskeregnskap og kostregistrering ved behov, se <a href="#">Måling av væskebalanse, inkl. kontinuerlig infusjon av furosemid</a> og <a href="#">Ernæring - allogen stamcelletransplanterte pasienter</a></li> <li>• følger retningslinjer for <a href="#">ernæring</a> og <a href="#">kostrestriksjoner</a></li> <li>• informerer pasienten om ivaretagelse av personlig hygiene: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ dusj/kroppsvask og bytte tøy hver dag</li> <li>◦ observere hud med tanke på forandringer; sår, rifter, utslett o.l</li> <li>◦ ivareta hygiene ved toalettbesøk; <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ vaske forsiktig, men nøye med klut eller usteril kompress fuktet med vann eller mildt såpevann</li> <li>▪ kvinner skal tørke/vaske seg forfra og bakover, og bruke bind (ikke tamponger) ved vaginale blødninger</li> <li>▪ god håndhygiene etter toalettbesøk</li> </ul> </li> <li>◦ være nøye med håndhygiene generelt; før måltider og lignende</li> <li>◦ daglig munnstell og munnskyll jf. prosedyre for <a href="#">mukositt</a></li> <li>◦ anbefaler pasienten å gå med innesko/tøfler inne på rommet</li> </ul> </li> <li>• håndterer SVK og innstikksted etter gjeldende prosedyre; <a href="#">SVK-håndtering</a></li> <li>• informerer at pasienten helst ikke skal forlate isolatet, unntak er: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ dersom det skal utføres undersøkelser som ikke kan gjøres på rommet: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pasienten må bruke munnbind og fraktes i ny ren seng til undersøkelsen</li> <li>▪ informerer om at pasienten har nedsatt immunforsvar</li> <li>▪ bytter tilbake til opprinnelig seng i isolatet etter undersøkelsen</li> </ul> </li> <li>◦ turer ut i fri luft: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ tilrettelegges ved å ringe sikkerhetsavdelingen for å låse opp verandadør</li> <li>▪ pasienten må i tilfelle ikke ha pågående behandling/intravenøse infusjoner</li> <li>▪ pasienten bør ta av yttertøy med en gang han eller hun går inn på rommet igjen, yttertøy legges i pose</li> <li>▪ sko tas av ute og legges i pose</li> </ul> </li> <li>◦ overflytting til <a href="#">intermediærstue</a> eller annen avdeling, for eksempel <a href="#">intensivavdeling</a>: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ved behov vurderer om pasienten skal overflyttes til intermediær (se <a href="#">intermediærstue</a>) eller om pasient skal ha intermediær på isolatrom</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>



Sykepleier	<p><b>Pasientrom:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kontrollerer at akuttutstyr fungerer på hver vakt og at rommet har nødvendig utstyr, se <a href="#">Innleggelse av pasienter</a>, vedlegg utstyrliste pasientrom</li> <li>• bruker rent og urent gjennomstikkenskap i slusen</li> <li>• daglig sengesift og desinfisering av alle kontaktflater på isolatet med etanolbasert 75 % overflate desinfeksjonsprit; seng, madrass, arbeidsbord, nattbord, telefon, leselampe, døråpner, medisinsk teknisk utstyr og andre felles kontaktpunkter</li> <li>• tømmer søppel og urent gjennomstikkenskap ved avslutning av hver vakt</li> <li>• bytter beskyttelsesfrakker på starten av hver vakt</li> <li>• bytter medisinsk avfallsboks ved behov</li> <li>• ved alarm fra panelet på utsiden av slusa, kontrollerer at: <ul style="list-style-type: none"> <li>1. alarmen ikke gjelder brannalarm</li> <li>2. alle dører er lukket</li> <li>3. ingen har aktivert grønn nødåpneknapp eller prøver å komme ut <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ hvis fortsatt alarm og 1–3 er i orden, trykk på avstillingsknapp for alarm å gi beskjed til Teknisk avdeling, tlf. dagtid: 70406, kveld/natt/nødnummer: 70444 (de får ikke automatisk beskjed). Gir beskjed om hva som er feil og hvilket isolasjonsregime pasienten har</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
Lege og sykepleier	<p><b>Ved besøk på pasientrommet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kartlegger om besøkende har vært eksponert for potensielle smittsomme infeksjoner som vannkopper, mage-tarminfeksjoner, Herpes simplex sår (forkjølelssår) på lepper/fingre og luftveisinfeksjoner</li> <li>• informerer og veileder besøkende i <a href="#">håndhygiene</a></li> <li>• informerer besøkende om at: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ yttertøy og yttersko tas av utenfor slusa til isolatet</li> <li>◦ innesko eller skovertrekk må brukes (ikke gå i sokkelesten), eventuelt bruke skovertrekk utenpå yttersko for å hindre forurensing av rommet</li> <li>◦ ved nærkontakt med pasienten må bruke beskyttelsesfrakk, men trenger ikke ha på frakken hele tiden ved opphold på rommet</li> <li>◦ alle gjenstander må desinfiseres med etanolbasert 75 % overflatesprit før de tas inn på rommet, eller vaskes i maskin</li> <li>◦ aviser og bøker må være nye</li> <li>◦ blomster ikke er tillatt</li> <li>◦ de må benytte eget besøkstolett i avdelingen</li> </ul> </li> <li>• begrenser besøk til pasienten, helst ikke mer enn 2-3 personer om gangen</li> <li>• barn i barnehage må tas ut av barnehagen 14 dager før besøk på isolatet</li> <li>• pårørende skal som hovedregel ikke overnatte på pasientrommet når pasienten er på beskyttende isolat pga. hygienemessige og praktiske forhold</li> </ul>
Renholder	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sikrer rengjøring av isolatet daglig jf. prosedyre <a href="#">klargjøring og daglig renhold av beskyttende isolat</a></li> </ul>
Personell fra radiologisk avdeling/sykepleier	<p><b>Ved røntgenundersøkelse på rommet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• desinfiserer røntgenapparatet med 75 % overflate desinfeksjonssprit og bringer det inn og ut via hoveddøren til isolatet i forbindelse med undersøkelsen. Døren skal være åpen kortest mulig for å bevare overtrykket i isolatet.</li> </ul>
<b>Avvikling av beskyttende isolat</b>	
Lege	<ul style="list-style-type: none"> <li>• avgjør når beskyttende isolering kan avvikles, vanligvis når pasientens nøytrofile granulocytter er <math>&gt; 0,2 \times 10^9/L</math> eller høyere 3 dager etter hverandre</li> </ul>
Sykepleier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• avvikler beskyttende isolat jf. <a href="#">Beskyttende isolering, klargjøring og avvikling</a> • informerer om at pasienten de tre første månedene etter transplantasjonen: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ bør fortsette med rutiner for personlig hygiene</li> <li>◦ bør fortsette med munnbind inne på sykehuset, og når de er nødt til å oppholde seg nær</li> </ul> </li> </ul>

- mange andre mennesker, ute i frisk luft er munnbind unødvendig
- skal unngå store forsamlinger, personer med infeksjoner, nærkontakt med dyr og stell av blomster/planter
  - skal unngå direkte sollys
  - kostrestriksjoner, se [Kostrestriksjoner etter allogen stamcelletransplantasjon](#)
  - bør fortsette med forholdsregler for å redusere risikoen for å bli smittet av covid-19, se [Covid19 samledokument](#)
- 

## 5. Definisjoner

- **Beskyttende isolat:** Enerom med tilhørende sluse som har kontrollert overtrykksventilasjon, HEPA-filter og eget bad med WC, dusj og dekontaminator.
- **Hepa - filter (High efficiency particulate air (HEPA):** Filter som fanger opp 99,97 % av partikler med størrelse på 0,3 mikrometer i diameter (2).
- **Intermediærstue:** En to-sengsstue for pasienter som har behov for hyppig eller kontinuerlig overvåkning og et behandlingsnivå høyere enn det som er tilgjengelig på sengepost (kat 0), men lavere enn det som tilbys i en overvåknings- (kat 2) eller intensivenhet (kat 3). Det er omfanget av og kompleksiteten av overvåkning- og behandlingsbehovet som er avgjørende for innleggelse på intermediærstue.
- **Isolatperiode:** Pasienter som får kurprotokoll som er presisert i hensikt og omfang, skal fra dag + 5 etter allogen stamcelletransplantasjon isoleres på rom med overtrykksventilasjon (beskyttende isolering). Beskyttende isolasjon oppheves som hovedregel når pasientens nøytrofile granulocytter  $> 0,2 \times 10^9/L$  3 dager etter hverandre.

## 6. Avvik eller dissens

Avvik fra prosedyren som medfører eller kunne ha medført skade på pasient, meldes via sykehusets [avvikssystem](#). Medisinsk begrunnede endringer er ikke nødvendigvis avvik, men skal begrunnes i journalnotat av lege.











## 7. Referanser

1. Marcie Tomblyn, Tom Chiller, Hermann Einsele, Ronald Gress, Kent Sepkowitz, Jan Storek, John R. Wingard, Jo-Anne H. Young, Michael A. Boeckh (2009) [Guidelines for Preventing Infectious Complications among Hematopoietic Cell Transplantation Recipients: A Global Perspective](#) Biol Blood Marrow Transplant 15: 1143-1238 (2009) American Society for Blood and Marrow Transplantation
2. [Isoleringsveilederen : bruk av isolering av pasienter for å forebygge smittespredning i helseinstitusjoner \(2004\) hefte nr.:9 Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt](#)
3. [Prevention and treatment of cancer-related infections](#). NCCN Clinical Practise Guidelines in Oncology version 2 (2011)
4. Pratt R.J. Pellowe CM. Wilson J.A. Loveday H.P. Harper P.J. Jones S.R. et al. [epic2: National evidence-based guidelines for preventing healthcare-associated infections in NHS hospitals in England](#). J Hosp Infect 2007; 65:1-64.

## Vedlegg

- [Brukerveiledning TSI](#)

## Andre eHåndboksdokumenter

-  [Måling av væskebalanse, inkl. kontinuerlig infusjon av furosemid](#)
-  [Beskyttende isolering, klargjøring og avvikling](#)
-  [Retningslinjer ved allogen transplantasjon med hematopoietiske stamceller hos voksne](#)
-  [Til deg som skal stamcelletransplanteres - pasientinformasjon](#)
-  [Kostrestriksjoner etter allogen stamcelletransplantasjon](#)
-  [Ernæring - allogen stamcelletransplanterte pasienter](#)
-  [Oppfølging av inneliggende pasient som gjennomgår allogen stamcelletransplantasjon](#)
-  [Håndhygiene](#)
-  [Innleggelse til allogen stamcelletransplantasjon](#)
-  [Klargjøring og daglig renhold av beskyttende isolat](#)
- [Kliniske retningslinjer for mat og drikke til allogen stamcelletransplanterte pasienter](#)
- [Mukositt - vurdering, tiltak og munnstell](#)