



**Patienters upplevelser av skyddsisolering,
deras strategier och hur sjuksköterskan
kan stödja dessa patienter**

**Författare: Robin McEnzo
Handledare: Marita Eriksson**

**Enskilt arbete i omvårdnad 10 poäng, fördjupningsnivå 1
Sjuksköterskeprogrammet 120p SSK 00:V
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
April 2004**

Arbetets titel: Patienters upplevelser av skyddsisolering, deras strategier och hur sjuksköterskan kan stödja dessa patienter.
Patients experience of protective isolation, their strategies and how the nurse can support those patients.

Författare: Robin McEnzo

Handledare: Marita Eriksson

Institution: Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur, Högskolan i Trollhättan/Uddevalla

Arbetets art: Enskilt arbete i omvårdnad, fördjupningsnivå 1

Antal sidor: 20

Kurs: Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, SSK 00:V

Datum April 2004

Abstract

How do a patient experience a protective isolation, during that time he is Nursed, witch strategies does he have and how can nurse support him. The purpose with this composition is to illustrate how the nurses nursing actions can support and help an infection sensitive patient who is protective isolated. This composition are built on literature studies. I choiced literature based on scientific nurse. Results show that to be restricted to a room, that you can't leave, can give you a feeling to be jailed or punished. Patients described a lack of control. Some of the patients thought it was good to be alone. They had time to understand their situation. The room was important, they liked to watch TV, listening to music or read a book. Communication between nurse and patient was very important and trust between them, become better. Nurse had to listening carefully to patient's needs. As a question to research, is if it's a different to nurse this patients in their own home.

Keywords; experiences, isolation, leukaemia, protective isolation, neutropenia
Nyckelord; isolation, leukemi, neutropeni, skyddsisolering, upplevelser

Innehåll

Inledning	1
Bakgrund	1
Isolering	1
Skyddsisolering	2
Skyddsisolering vid neutropeni	3
Sjuksköterskans omvårdnadshandlingar	4
Syfte	5
Metod	5
Sökning	6
Urval	6
Analys	8
Resultat	9
Patientens upplevelse av skyddsisolering	9
Begränsning	9
Infektionsrädsla	10
Kontrollförlust	11
Strategier patienter använde sig utav	11
Förstå anledningen till skyddsisoleringen	11

Miljön	12
Stund att få samla kraft	12
Få kontroll	12
Meningsfull sysselsättning	13
Sjuksköterskans omvårdnadshandlingar till stöd för patienten	13
Emotionell vård	13
Kommunikation	14
Lyssna	15
Diskussion	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	15
Förslag till fortsatt forskning	17
Referenser	18

Inledning

Följande uppsats handlar om patienter, som löper en stor risk att skyddsisoleras. Genom min bästa väns far, som fick neutropeni till följd av leukemi och kom att skyddsisoleras för en period, väcktes mitt intresse för hur dessa patienter upplever sin situation. Förutom att patienter skyddsisoleras för att de är infektiöskänsliga, finns det andra patientgrupper som skyddsisoleras, till exempel de som fått Methicillinresistent *Staphylococcus aureus* (MRSA), då inte för att skyddas, utan att skydda andra från den smitta de bär. Att ställas inför ett besked, om att man lider av en dödlig sjukdom, innebär ofta en krisreaktion för individen. Individens livssituation förändras, liksom även de närståendes. Denna uppsats fokuserar på patienters upplevelser av skyddsisolering, deras strategier och hur sjuksköterskan kan stödja dem.

Bakgrund

Isolering

Isolering kan innebära att någon sätts på en öde ö. Inom kriminalvården betyder det att den som är intagen i fängelse hålls avskild från andra intagna. Den intagne flyttas till en särskild avdelning. Den intagne flyttas till en särskild avdelning. Inom psykiatrisk vård kan patienter avskiljas från andra patienter på samma avdelning. I andra delar av vården isoleras patienter för att inte bli smittade, eller tvärtom, att inte smitta andra. De patienter som avskiljs för att inte bli smittade, kan komma att skyddsisoleras. Beslut om isolering inom vården tas av ansvarig läkare. Detta kan ske under kortare som längre perioder. I de flesta fall när detta sker, upplever den isolerade en mängd känslor, allt från sorg till rädsla, men patienten kan också uppleva ensamheten som skön och avkopplande (Campbell, 1999).

Skyddsisolering

Skyddsisoleringen innebär för patienterna att de skyddas från exogen smitta, vilket betyder att de skyddas från direkt eller indirekt kontaktsmitta (Ericson & Ericson, 2002; Grundy, 2000). Läkare som har det medicinska ansvaret, bedömer huruvida skyddsisolering ska tillämpas eller inte (Handbok för hälso- och sjukvårdsarbete, 1996). För att ytterligare reducera möjligheterna för mikroorganismerna att spridas från en infekterad patient till en infektiöskänslig patient, kan det bli nödvändigt att isolera patienten. Isoleringsvård skall bara genomföras då ordination föreligger och skall dokumenteras i patientjournal och omvårdnadsjournal (Ericson & Ericson, 2002). Detta beslut skall omprövas varje dag (Handbok för hälso- och sjukvårdsarbete, 1996). Har patienten en smittsam sjukdom, sker isolering för att skydda vårdpersonal, besökare och övriga patienter. Om patienten är extra infektiöskänslig isoleras denne ifrån att smittas av omgivningen. Detta kallas skyddsisolering (Gammon, 1999; Grundy, 2000).

Längden av skyddsisoleringen varierar beroende på varje patients individuella hälsotillstånd. Enligt Zerbe, Parkerson och Spitzer (1994) är patienter som genomgår benmärgstransplantation skyddsisolerade 30-40 dagar. Skyddsisolering kan ske på olika sätt. Zerbe m.fl. (1994) beskriver två olika typer av skyddsisolering. Den ena sker på enkelrum, med sluss och filtrerad lufttillförsel. De som går in i rummet måste använda hårskydd, munskydd, skyddsrock, handskar och skoskydd. Det andra sättet sker på enkelrum, med egen toalett. De som går in här, använder skyddsrock och handskar. Enligt Handbok för hälsa och- sjukvård (1996) placeras patienten på rummet med egen toalett eller på isoleringsrum med balanserad ventilation. Så lite personal som möjligt är inblandade i vården av en infektiöskänslig patient. Strikt barriärvård anmodas de som besöker rummet, vilket omfattar handdesinfektion, handskar, skyddskläder och möjligen också munskydd och hårskydd.

Enligt Almås (1998) innebär skyddsisolering att patienten isoleras på ett enkelrum och om det är möjligt, att bara en sjuksköterska bär ansvaret för patienten. Besök måste begränsas till de allra närmaste och bara en eller två åt gången. Alla

besökare, även personal måste vara infektionsfria. Barn får därför sällan tillträde till dessa avdelningar, då de ofta är bärare av virus och bakterier. I Socialstyrelsens allmänna råd avseende omvårdnad inom hälso- och sjukvård (SOSFS 1993:17) anges att omvårdnad kan vara allmän eller specifik. All sjukvårdspersonal utför allmän omvårdnad, oberoende av sjukdom och behandling. Specifik omvårdnad, bygger på kunskap, om just den specifika sjukdom patienten har och den behandling som ges. Specifik omvårdnad kräver speciell kompetens, kompetens som sjuksköterskan har.

Enligt Garthon och Lundh (1997), innebär detta att sjuksköterskan bör minimera patientens kontakt med eventuella yttre smittkällor, förhindra hud- och slemhinneskador, minska risken för smittspridning, mäta patientens temperatur regelbundet. Patienten och de närstående bör undervisas i hygien, smittkällor och symtom på infektioner.

Skyddsisolering vid neutropeni

Enligt Nationalencyklopedin (2000), ses neutropeni, brist på vita blodkroppar vid cytostatikabehandling av till exempel leukemi, (a.a). Behandlingen avser att försöka minska produktionen av cancerceller i benmärgen, för att på så sätt låta den normala celltillväxten komma igång (Hedner & Agardh, 1993; Almås, 1998). Cytostatikabehandlingen går ut på att selektivt försöka påverka de maligna cellerna maximalt, och samtidigt som minsta möjliga effekt ska påverka de friska cellerna (Ericsson & Ericsson, 2002; Grundy, 2000). Fortsatt underhållsdos ges när blodbildningen är normal, för att förhindra ett återfall. Då cytostatika behandlingen dödar sjuka som friska celler, blir behandlingen aldrig helt besvärsfri för patienten (Ringborg, Henriksson & Friberg, 1998).

Denna grava brist på vita blodkroppar som uppstår, är ett livshotande tillstånd och utgör ett betydande kliniskt problem (Garthon & Lundh, 1997). Den vanligaste sjukdomsorsaken hos patienter som behandlas med cytostatika är en infektion (Smith, 1991; Grundy, 2000). Ju längre patienten är neutropen, desto större är

riskerna att patienten drabbas av en infektion. För att undvika detta tillstånd, kan patienten ges läkemedel som stimulerar benmärgens produktion och frisättning av vita blodkroppar (Ericsson & Ericsson, 2002). Även antibiotika används för att förebygga och behandla infektioner (Almås, 1998). Det är viktigt för patienter med neutropeni att känna igen tecken på infektion och att meddela sjuksköterskan om detta. Det bästa tecknet på infektion är feber, andra tecken och symtom är inte lika framträdande (Rostad, 1991). Om patienten får feber, skall patienten övervakas noga och läkare kontaktas (Almås, 1998).

Sjuksköterskans omvårdnadshandlingar

Sjuksköterskan bör inrikta sin omvårdnad på att hjälpa patienten att kunna behålla kontrollen, över situationen. Patienter som skyddsisoleras har ett stort omvårdnadsbehov (Garthon & Lundh, 1997). Collins, Upright och Aleksich, (1989) menar att utöver sjuksköterskans information, anser det värdefullt för patienten att få tala med andra patienter som genomgått samma sorts behandling (a.a). Eftersom cytostatikabehandlingens biverkningar är kända, planerar sjuksköterskan omvårdnadsåtgärder i syfte att förhindra och förebygga (Garthon & Lund, 1997).

Patientens munhåla bör undersökas, liksom även läpparna och ge undervisning i god munhygien, som senare kan förhindra sår i munnen. Sjuksköterskan kan hjälpa till att rengöra munhålan för hjälpa patienten. I socialstyrelsens allmänna råd, (SOSFS 1993:17), beskrivs hur omvårdnadspersonal kan hjälpa patienten att utföra dagliga sysslor som denne inte klarar. Om patienten ändå får sår i munhålan, är det viktigt att ge mild och kanske också passerad kost. Patienten behöver dricka mycket och sjuksköterskan behöver hålla sig ajour med att patienten får den smärtlindring han/hon behöver. Om biverkningar uppstår så som illamående, kräkningar, diarré och sår i munnen, behöver sjuksköterskan följa patientens näringstillstånd.

Patienten kanske uttrycker en mängd känslor, som sjuksköterskan måste vara lyhörd för. Hon lyssnar och uppmuntrar alla, har en god kommunikation med alla som är involverade. Även om sjuksköterskan är van vid patienter som skyddsisoleras, måste hon/han se till varje patients unika situation (Grundy, 2000). Berterö (1996), identifierar kärnan i omvårdnaden av patienter som det mänskliga samspelet. De patienter som deltog i studien, (Berterö, 1996), menade att samspelet bestod av; konversation, information, respekt, säkerhet, deltagande och att sjuksköterskan brydde sig om dem. Sjuksköterskan kan på så sätt få en djupare förståelse för patientens livserfarenhet och behov. Det är enligt Bengtsson (1999), av yttersta vikt, att sjuksköterskan försöker förstå vad den sjuke upplever. Genom att lyssna på patienten och närstående, skaffar sig sjuksköterskan ytterligare erfarenhet.

Syfte

Syftet med arbetet är att belysa hur sjuksköterskan kan stödja en patient i sin upplevelse av att vara skyddsisolerad, liksom att visa på vilka strategier patienten kan använda sig utav.

Uppsatsen utgår från följande frågeställningar;

1. Vilka är patienternas upplevelser under skyddsisoleringen?
2. Vilka strategier har patienterna för att kunna hantera sin situation?
3. Hur kan sjuksköterskan stödja patienter i deras upplevelser av skyddsisoleringen?

Metod

Arbetet bygger på en litteraturstudie. Syftet med litteraturstudien var att sammanställa den vetenskapliga litteratur som fanns inom ett område. Enligt Mangne Holme och Krohn Solvang (1991), får en kvalitativ metod en större

bredd, och ökad förståelse för problemet. Å andra sidan skriver de att en kvantitativ metod gör det lättare att generalisera över en större grupp individer. Ejvegård (2003), beskriver hur fakta samlas in och sorteras, det kan ske på flera olika sätt till exempel genom litteraturstudier, det kan verka enkelt, men alla de fakta som samlas in måste katalogiseras. Genom litteraturstudie tolkas andras texter, varför Patel & Davidsson (1987), menar att man kan få ut mer genom verbal information så som vid intervjuer, genom att registrera kroppsspråk, gester och ansiktsuttryck.

Sökning

Litteratursökning kan huvudsakligen ske genom följande sökmetoder: datorbaserad sökning, manuell sökning och konsultation (Backman, 1998). Bibliotek som använts för litteratursökning var biblioteket vid Borås Vårdhögskola. Artiklarna har sökts via databaserna Cinahl och KIB Hälso- och Sjukvård. Sökord som använts var; isolation, protective isolation, reverse isolation, leukemia, experiences, chemoterapi, bone marrow transplantation, neutropenia, patient isolation psychosocial factors och lived experiences. Litteratur har även sökts manuellt, via den lokala sökkatalogen. Från artiklarnas referenslista har också litteratur sökts.

Urval

Granskning gjordes av artiklar i förhållandet till syftet i studien. Artiklarna bygger på både patienter som skyddsisoleras på grund av att de är infektionskänsliga och på patienter som skyddsisoleras på grund av att de bär på en smittosam sjukdom, till exempel MRSA. Urvalet bestämdes till att endast använda vårdvetenskapliga artiklar, då den är granskad och bedömd, vilket förväntas ge hög tillförlitlighet. Enligt Mangne Holme & Krohn Solvang (1991), väljs artiklar utifrån syftet. Artiklar som valdes ut var begränsade till vuxna, som skyddsisoleras. Ytterligare begränsningar i urvalet gjordes till patienter med leukemi, neutropeni och MRSA, patientgrupper som isolerades av två olika syften, dels för att inte smitta, liksom inte att bli smittade. De patientgrupper som

intervjuats vårdades både på infektionskliniker och inom allmän sjukvård. För att få aktuell litteratur, söktes artiklar från 1990 och framåt, några artiklar var från 1980. Språket begränsades till svenska, norska och engelska. Från början var 100 av intresse för uppsatsen. Efter att ha läst igenom dessa reducerades ytterligare 45 bort och efter att ha läst de återstående ett flertal gånger sorterades ytterligare bort. Resultat kom att baseras på 11 artiklar, se Tabell 1, plus en lärobok i Omvårdnads-Psykologi.

Tabell 1. Sammanställning av artiklar.

Författare/år	Syfte	Metod	Sammanfattning
Campell, T. 1999.	Hur patienter upplevde att få omvårdnad under den tid de skyddsisolerades	Kvalitativ	Patienterna beskrev hur de upplevde sin situation. Berättade vilka strategier de använde sig utav, för att kunna stärka sig själva.
Carlsson, M. 1990.	Att få en förståelse för hur patienternas upplevelser av att skyddsisoleras.	Kvalitativ	Carlsson beskriver olika metoder patienterna använder sig utav och hur omvårdnadspersonal kunde underlätta deras upplevelser av begränsning.
Collins, C. Upright, C. Aleksich, J. 1989.	Hur uppfattar patienterna det som händer.	Kvalitativ	Collins, m.fl. beskriver vad patienterna gjorde och kunde göra för att få tiden att gå. Hur viktigt det var med stöd från familjen.
Davies, H. Rees, J. 2000.	Hur skyddsisolering påverkar patienter psykiskt.	Kvalitativ	Sjuksköterskans roll i sin stödjande funktion, till patienten, lyssna av och förstå patientens känslomässiga läge och utsatthet.
Gammon, J. 1999.	Psykiska effekter av skyddsisolering	Kvalitativ	De psykologiska biverkningarna beskrivs utifrån patientens perspektiv.
Gaskill, D. Henderson, A. Fraser, M. 1997.	Förstå patientens upplevelse varje dag under isoleringen.	Kvantitativ	Vikten av att patienten blir sedd, både av omvårdnadspersonal och av de närmaste. Hur patienter med hjälp av logiskt tänkande försökte få kontroll över situationen.
Grundy, M. 2000.	Hur patientens reaktion på diagnosen kan påverka resultatet på behandlingen.	Kvalitativ	Att förneka diagnosen kan fördröja behandlingen. Känslor patienten reagerar med kan vara sådant som, sorg, rädsla, ensamhet, ilska, brist på kontroll.

Lesko, L. Kern, J. Hawkins, D. 1984.	Att förstå hur isolering kan ha olika psykologiska aspekter på patienten.	Kvalitativ	Under isoleringen upplevde patienter en känsla av vanmakt och nedstämdhet. Före isoleringen kunde en del patienter uppleva fruktan, onda aningar och farhågor. Somliga patienter klarade av sin situation bra, genom att ha total kontroll över allt som hände runt dem.
Niven, N & Robinson, J. 1997.	Att förstå olika psykologiska sjukdomar.	Kvantitativ	Beskriver olika psykiatriska sjukdomar och upplevelser.
Persson, L. Hallberg, I. Ohlsson, O. 1995.	Att belysa hur patienter med akut leukemi upplever sin behandling och omvårdnad under den aktiva behandlingsfasen.	Kvalitativ	Patienterna uttryckte sig om att de inte fick ge upp. Vikten av att fortsätta kampen. De belyste också vikten av att ha nära anhöriga runt omkring sig.
Persson, L. 1998.	Att belysa från ett omvårdnads perspektiv hur vardagliga problem upplevdes av patienten.	Kvalitativ	Somliga patienter upplevde isoleringen som positivt, eftersom de tidigare under behandlingen upplevt att de aldrig fick vara ifred. De kunde känna sig trygga.
Ward, D. 2000.	Att minska psykologiska effekter under isoleringen.	Kvalitativ	Ge anhöriga information, eftersom de som inte fått det, ibland inte vågat att besöka anhöriga som skyddsisoleras. Praktiska handlingar som gör det enklare för dessa patienter till exempel att få en TV på rummet, eller en radio.

Analys

Genom att läsa artiklarna flera gånger, och granskat vad som är relevant för uppsatsen, vilket är en tidskrävande process, (Mangne Holme & Krohn Solvang 1991), har artiklarna kunnat analyserats, vilket har resulterat i rubriker och underrubriker som ligger till grund för olika strategier för patienter och också för sjuksköterskans förhållningssätt. Med frågeställningarna som grund när artiklarna lästes, kunde jag hitta svar och sortera in dem i ovannämnda rubriker. Rubrikerna i resultatet motsvarar de kategorier som framkom vid analysen av artiklarna.

Resultat

Patientens upplevelse av skyddsisolering

I vilket skick är den patient som sjuksköterskan kan räkna med att möta?
En orolig patient som inte är säker på vad som väntar, eller en patient som känner sig trygg med omhändertagandet. Någon som känner sig ensam och har tappat kontrollen, eller som i lugn och ro vill ladda för att komma över sjukdomen. Vill patienten ha mycket stöd av sjuksköterskan och anhöriga, eller tycker patienten om stillheten, växlar humöret från djup nedstämdhet till glädje, hopp och där emellan förtvivlan. Detta visste inte sjuksköterskan förrän hon träffat patienten. Sjuksköterskan skulle därför skaffa sig den information om patienten hon kunde komma att behöva (Grundy, 2000). Den psykologiska inverkan på patienter som isoleras är tydlig. Att hålla en patient isolerad är oftast psykiskt påfrestande för denne. Inskränkningarna i de sociala kontakterna är oftast de svåraste. Patienter som isolerats har känt sig undvikta av personal, vara i brist på mänsklig kontakt och befinna sig utan kontroll och valmöjligheter. Dessa känslor kan resultera i psykologiskt traumatiska situationer för patienten (Davies & Rees, 2000). Många patienter har uppvisat oro och depression som en konsekvens av isoleringen. Davies och Rees beskriver hur isolerade patienter ger uttryck åt att känna sig smutsiga och ignorerade. Vanliga känslor hos dessa är rädsla, ilska och samarbetsovilja. Allt detta bidrar till ytterligare oro hos patienten. Davies och Rees visar på att en del patienter upp visar regress i sitt uppförande, detta kan visa sig genom att de ställer till uppståndelse över ingenting. Enligt Gammon (1999), kan en del isolerade patienter tycka att det var skönt att under en begränsad period få vara ifred, då det innan isoleringen varit ett massivt pådrag av släktingar och vänner på besök.

Begränsning

Klaustrofobiska känslor kunde uppstå, enligt Gaskill, Henderson och Fraser (1997). Att vara begränsad till ett rum som man inte får lämna, kunde kännas som

en bestraffning, det kanske till och med kan jämföras med ett fängelsestraff för patienten. Enligt Collins m.fl. (1989), jämfördes skyddsisoleringen med att vara instängd i en garderob. Gaskill m.fl. (1997) skrev att patienterna upplevde sig inlåsta och klaustrofobiska känslor kom upp. Patientens skyddsisolering var frivillig, men på grund av att patienten med ett lågt värde av vita blodkroppar, var extra infektionskänslig, var det egentligen inget frivilligt val. Känslor av ensamhet och övergivenhet kunde överväldiga patienten, liksom bristen på kroppskontakt av anhöriga/närstående (Lesko, Kern, & Hawkins, 1984).

Enligt Persson, Hallberg och Ohlsson, (1995) varierade patienternas uppfattning om rummet de var isolerade i. Miljön ansågs ofta opraktisk, vilket kunde leda till att ensamheten ökade. Den fysiska miljön var viktig så om det fanns en väggklocka på andra sidan rummet som patienten lätt kunde se, om TV:n var lätt att kunna se ifrån sängen, så underlättade detta för patienten. Gaskill m.fl. (1997) menar att bristen på stimulans ett stort problem, Enligt Collins m.fl. (1989), var det många patienter som upplevde droppställningar som mer begränsande än själv rummet. De patienter som hade ett stort rum, menade att det var mycket viktigt, eftersom de hade många anhöriga som besökte dem.

Infektionsrädsla

Trots skyddsisoleringen kunde rädslan för bakterier vara stor hos patienter som var medvetna om faran med en infektion. Denna rädsla kunde vara större än obehaget över att vara instängd (Campbell, 1999). Campbell (1999), menade också att vissa patienter var så rädda för att få en infektion, att de bad familj och anhöriga att inte komma och besöka dem under den tid de var skyddsisolerade. En patient lät inte sin man kyssa henne under isoleringstiden på grund av rädsla för att smittas av en infektion. Persson m.fl. (1995) beskrev hur en del patienter var rädda att anhöriga eller omvårdnadspersonal inte stängde dörren ordentligt efter sig, så de kände sig tvingade att känna efter själva om dörren var riktigt stängd eller inte. Campbell, (1999) beskrev att några patienter upplevde det som att städningen av deras rum var otillräcklig.

Kontrollförlust

Patienten upplevde sig utsatt för påfrestningar och stress, vilket i sin tur ledde till att han kände att han inte hade kontroll över situationen (Lesko, m.fl 1984). Att inte ha makt över sin situation gav enligt Collins m.fl. (1989) patienten en känsla av illabefinnande. De kände det som om de tappat orken att engagera sig i sig själva, sjukdomen och behandlingen. Patienten kände sig beroende av vårdpersonal (Lesko, m.fl. 1984). Persson, (1998) skrev att en del av patienterna upplevde isoleringen som ett stort existentiellt problem som påverkade deras sinnesstämning och tillfrisknande negativt. Enligt Persson m.fl. (1995), kände patienterna sig nedstämda, de tyckte att de fullföljt alla regler som hörde ihop med behandlingen länge nog och ville inte längre medverka.

Strategier patienter använde sig utav

Förstå anledningen till skyddsisoleringen

Att förstå anledningen till skyddsisoleringen gav en del patienter en känsla av trygghet. Persson (1998) skriver att patienter kände sig trygga när de visste att de var under vård som förhindrade svåra infektioner. Då sjuksköterskan redan tidigare gett patienten information, kunde det öka patientens känsla av säkerhet och det underlättade för patienten att följa alla åtgärder som gavs för att förhindra infektion (Grundy, 2000). En viktig faktor i sammanhanget var att patienterna fick fortlöpande information om vad som hände dem. Anledningen till skyddsisoleringen, var beroende på att de vita blodkropparna sjunkit i antal, (neutropeni). Därför valde en del patienter att ha noggrann koll på sina blodvärden. Hur värdet låg påverkade deras sinnesstämning (Carlsson, 1990). Andra valde att inte vilja veta, för att slippa oroas i onödan, de tyckte att de fick för mycket information. Gaskill m.fl. (1997) menade att många patienter tyckte att de aldrig fick vara ifred för personalen, medans andra, enligt Carlsson (1990), tyckte att tiden gick fortare om de hade personalen hos sig ofta.

Miljön

Enligt Campbell (1999), kunde en del patienter känna sig mindre instängda om de hade fönster med utsikt, vad utsikten bestod av spelade ingen roll. Enligt Gaskill m.fl. (1997) så hade utsikten en viss betydelse. Om patienten kunde stå vid fönstret och se människor röra sig, eller en pågående cricketmatch. Även att se bilar komma och åka gjorde att patienterna kände sig mindre uttråkade. Instängdheten var mycket påfrestande för patienten. Campbell (1999) skriver vidare att om patienten hade ett fönster ut mot korridoren, och kunde se personal och sina och andras anhöriga, kände de sig mer delaktiga med den verkliga världen utanför rummet.

Stund att få samla kraft

Somliga patienter kunde enligt Persson (1998) tycka att det var skönt att få vara ifred. En lugn stund som de kunde lägga sin energi på att samla krafter att ta itu med sitt/sina problem. Enligt Persson m.fl. (1995) tyckte en del att det var skönt att inte behöva försöka vara trevliga och glada inför andra. Persson (1998) menade att somliga patienter efterfrågade ensamheten ibland, då de upplevde att de aldrig fick vara ifred. Att ha en lugn stund med persiennerna neddragna, telefonen avstängd och en stör ej skylt på dörren var något som uppskattades mycket av vissa patienter. Campell (1999) påtalar också detta att patienter kunde lägga energi på sig själva, när de fick vara ifred, de slapp att försöka vara trevliga och glada. Å andra sidan menar Lesko m.fl. (1984) att patienterna mer kände sig utlämnade åt personal och anhöriga, isoleringen skapade ett beroende och osjälvständighet. Vilde patienten ha hjälp med något utanför rummet, oavsett hur banalt de kunde te sig var patienten tvungen att be om hjälp.

Få kontroll

Den strategi som var vanligast, för att orka vidare, var att ta kontroll över sin

situation, uttryck som till exempel, jag får inte ge upp, jag måste fortsätta kämpa, det beror på mig hur utgången blir, gjorde att många patienter klarade av sin situation (Persson m.fl. 1995; Gaskill m.fl. 1997). En del patienter såg själva skyddsisoleringen som ett hinder att ta sig förbi, på vägen till att bli friska (Campbell, 1999). Enligt Carlsson (1990), kunde dagliga rutiner få patienter att de kände sig mer delaktiga i sin situation. Det kunde vara att sköta de vardagliga rutinerna själva, såsom att klä på sig, sköta sin hygien, eller att föra dagbok, ständigt återkommande rutiner som gjorde att patienterna kände att de hade kontroll över en del saker.

Meningsfull sysselsättning

Att få tiden att gå kunde för en del patienter vara ett problem. Somliga löste detta genom att läsa lyssna på musik (Carlsson, 1990). Enligt Campbell (1999) tog en del patienter med sig saker från hemmet, som till exempel TV-apparater, radioapparater och telefon för att nå omvärlden. Collins m.fl. (1989) menade att det väsentligaste för patienten var att få tiden att gå, vilket var lätt när de kände sig trötta och kunde sova bort tiden, men när de kände sig pigga var det svårt att hitta något som kändes meningsfullt. Carlsson (1990) kunde se att några patienter gjorde upp scheman för aktiviteter.

Sist men inte minst var det viktigt för patienten med stöd från närstående (Carlsson, 1990). Dels för att patientens behov av personal minskade, dessutom betydde de anhörigas stöd och närvaro en länk ut till omvärlden. Det var också enligt Collins m.fl. (1989) de anhöriga som var en länk till andra patienter på sjukhuset, som de kunde få stöd av. De kunde få höra hur medpatienterna mådde och också känna att de fick stöd av dem.

Sjuksköterskans omvårdnadshandlingar till stöd för patienten

Emotionell vård

Med sina omvårdnadshandlingar kunde sjuksköterskan minska de negativa känslor

som en patient som skyddsisoleras skulle kunna uppleva (Davies & Rees, 2000). Sjuksköterskan kunde ge patienten en god emotionell vård, liksom hon/han behövde vara uppmärksam på patientens psykologiska behov. För att kunna göra detta, behövde sjuksköterskan bejaka känslomässiga behov, och känna igen emotionella reaktioner, till exempel en depression. Enligt Persson m.fl. (1995) tyckte patienterna att de fick för lite information. Sjuksköterskor hade ofta praktiskt kunnighet, men var otillräckliga på att upptäcka och ta hand om psykologiska behov hos patienten. Sjuksköterskan behövde därför ha kunskap om sådana reaktioner och inte känna sig osäker inför sådana reaktioner (Davies & Rees, 2000).

Kommunikation

Kommunikation mellan sjuksköterska och patient var betydelsefull för att lindra negativa upplevelser av skyddsisoleringen (Ward, 2000). Om den psykologiska omvårdnaden var god, ökade tilliten mellan patient och sjuksköterska.

Sjuksköterskan skulle ha lika god kommunikation med anhöriga såväl som patienten, liksom att ge fortlöpande information. Samtalen skulle syfta till att lindra oro och att stötta patienten, i dennes unika situation. När sjuksköterskan lyssnade på patienten eller närstående skulle hon/han vara fullt närvarande, inte bara fysiskt, utan också mentalt närvarande, vara här och nu med patienten/anhöriga (Carlsson, 1990). Enligt Gaskill m.fl. (1997), önskade flera patienter att de själva kunde få söka efter information istället för att få den serverad, det gjorde att de fick tiden att gå på ett för dem meningsfullt sätt.

I samtalet var det inte bara att ge information, utan också ta emot information från patienten. När en patient skyddsisoleras var det svårt med den begränsning som uppstod. Det kunde då vara till stor hjälp för patienten om sjuksköterskan byggt upp en nära och trygg relation med patienten (Davies & Rees, 2000). Brist på information till anhöriga, kunde göra att de inte vågade besöka patienten, då de trodde att de kan medföra smitta. Det var därför av stor vikt att sjuksköterskan hade informerat och med hjälp av frågor, sett till att de anhöriga förstätt information om hygien och skyddsklädsel, så att patienten inte behöver isoleras mer än nödvändigt. Enligt Gaskill m.fl. (1997), tyckte en del patienter att de blev

överösta med information.

Lyssna

Ward (2000) påpekade vikten av att sjuksköterskan kontrollerade att det hon/han sagt till patienten hade förståtts. Att lyssna på patienten och göra det lättare för denne att förstå och kunna granska problem och orostillstånd, var av stor vikt, för att sjuksköterskan skulle kunna ge god omvårdnad (Niven & Robinson, 1997). Enligt Ward (2000), var en av sjuksköterskans viktigaste uppgifter att lyssna. Vara känslomässigt närvarande och vara en aktiv lyssnare vilket ledde till att patienten fick en bättre och specifik omvårdnad av sjuksköterskan.

Diskussion

Metoddiskussion

Resultatet hade kunnat få en del olika karaktärer, beroende på vilken metod som används. Vilken skillnad hade det kunnat bli om jag valt att intervjua patienter som skyddsisolerats? Där man får möjlighet att studera kroppsspråk och ansiktsuttryck, (Patel, 1987). Artiklar som valts har belyst ämnet från två håll, patienter som skyddsisoleras för att de är infektionskänsliga och patienter som skyddsisoleras för att inte smitta andra. Har det påverkat resultatet? Kanske det blivit annat om jag bara valt den grupp som var infektionskänslig. Sett ur ett annat perspektiv, till exempel om man hade fokuserat på kriminal vård, skulle resultatet säkert sett mycket annorlunda ut.

Resultatdiskussion

Litteraturen visar att patienterna hade en mängd olika upplevelser, allt från att det upplevdes som ett fängelsestraff, stor rädsla för smitta till kontrollförlust. Är det den första naturliga känslan, innan patienterna fått tillräckligt med information, att uppleva det så här? De patienter som beskrev den här typen av känslor, har ändå

varit skyddsisolerade en tid. Känslor som stress, ensamhet och bestraffning, som nämns i resultatet, kommer att minska om sjuksköterskan är stödjande, och inte ställer orealistiska krav på patienten. Kontrollförlust nämndes också. Hur kan man ge dem hjälp till självhjälp, få tillbaka kontrollen över sina liv? Empowerment, (Gibson, H. 1991) är ett begrepp som blivit vanligt i omvårdnad. Det inbegriper en process som innebär att upptäcka, understödja och öka människors möjligheter att möta sina egna behov, lösa sina problem själva och mobilisera nödvändiga resurser för att kunna ta kontroll över det egna livet.

En del patienter hade strategier de använde sig utav, kanske hade sjuksköterskan gett dem hjälp till självhjälp, eftersom den strategi som var vanligast, var just den att få kontroll över sitt liv. Detta med att förstå anledningen till skyddsisoleringen, få en begriplighet, är något som Antonowsky, A (1991) utvecklar, känsla för meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet gör det lättare för patienten att uthärda/klara av sin situation. Det behövde inte vara en negativ upplevelse, somliga patienter upplevde isoleringen som en stund då de kunde få hämta kraft i lugn och ro.

Sjuksköterskan kunde vara till ett gott stöd för patienterna. Det har fokuserats mycket på kommunikation och att lyssna. Det som jag upplever vara a och o i omvårdnad med patienter som skyddsisoleras, är dialogen mellan sjuksköterska patient. Patienten kan då känna förtroende och trygghet inför sjuksköterskan och känna av att sjuksköterskan kan känna in hur patienten mår. Sjuksköterskan behöver känna av att det räcker med att ge information för stunden och att kunna fråga patienten om det är något han/hon funderar över. Det viktiga är naturligtvis vad patienten upplever/känner, att sjuksköterskan och övrig personal tar hänsyn till det.

Varje patient är unik och det finns många helt olika reaktioner på att skyddsisoleras. Ingen reaktion är rätt eller fel, sjuksköterskan kan inte avgöra eller förutse vilken reaktion den aktuella patienten kommer att få, därför måste sjuksköterskan vara beredd på en mängd olika reaktioner. För att skyddsisoleringen ska bli så optimal som möjligt, för patienten och dennes anhöriga, måste all inblandad personal vara noga införstådd med

hur detta kan upplevas. Jag är också övertygad att det krävs regelbunden handledning för vårdpersonalen, så att de på bästa sätt ska kunna bemöta patient och de anhöriga.

Förslag till fortsatt forskning

Det skulle vara av intresse att intervjua patienter som skyddsisoleras både före, under och efter skyddsisoleringen, för att få mer information om hur sjuksköterskan på bästa sätt, kan ge omvårdnad. Sedan undrar jag också om det vore möjligt att skyddsisolera en patient i hemmet och hur det skulle se ut, vilka möjligheter som finns, och vilka fördelar, nackdelar det skulle ha. Det vore också intressant att intervjua en sådan grupp, för att jämföra det med en patientgrupp som skyddsisoleras på sjukhus. Och att synliggöra skillnaden i sjuksköterskans omvårdnadsarbete, på sjukhus respektive i hemmet.

Referenser

- Antonovsky, A. 1991. *Hälsans mysterium*. Köping, Natur och Kultur
- Almås, H 1998. *Klinisk Sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Backman, J. 1998. *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Bengtsson, J. (red.). 1999. *Med livsvärlden som grund*. Lund: Studentlitteratur.
- Berterö, C. 1996. *Living with Leukaemia*. Linköping: University Medical Dissertations.
- Campbell, T. 1999. Feelings of oncology patients about being nursed in protective isolation as a consequence of cancer chemotherapy treatment. *Journal of Advanced Nursing*, 30(2), s. 439-447.
- Carlsson, M. 1990. *Patientupplevelser av skyddsisolering*. Uppsats på Beteendevetenskapliga utredarlinjen, pedagogik inom vård och behandling. Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet.
- Collins, C., Upright, C., & Aleksich, J. 1989. Reverse isolation: What patients perceive. *Oncology Nursing Forum*, 16(5), s. 675-679.
- Cullberg, J. 2000. *Dynamisk psykiatri*. Falkenberg: Falkenberg tryck WS Bookwell. Finland 2001.
- Davies, H. & Rees, J. 2000. Psychological effects of isolation nursing (1): mood disturbance. *Nursing Standard*, 14 (28), s. 35-38.
- Ejvegård, R. 2003. *Vetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.

Ericson, E. & Ericson, T. 2002. *Medicinska sjukdomar, Specifik omvårdnad, Medicinsk behandling, Patofysiologi*. Lund: Studentlitteratur.

Garthon, G. & Lundh, B. 1997. *Blodsjukdomar*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Gammon, J. 1999: The psychological consequences of source isolation: a review of The literature. *Journal of Clinical Nursing*, 8. s. 13-21.

Gaskill, D., Henderson, A. & Fraser, M. 1997. Exploring the every day world of the patient in isolation. *Oncology Nursing Forum*, 24(4), s. 695-700.

Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 354 – 361.

Grundy, M. (red.). 2000. *Nursing in Haematological Oncology*. London: Harcourt Publishers Limited.

Handbok för hälso- och sjukvårdsarbete. Lokala anvisningar, Södra Älvsborgs Sjukhus. 1996.

Hedner, P., & Agardh, C-D. 1993. *Invärtesmedicin*. Lund: Studentlitteratur.

Lesko, L., Kern, J. & Hawkins, D. 1984. Psychological Aspects of Patients in Germ-Free Isolation: A Review of Child, Adults, and Patients Management Literature. *Medical and Paediatric Oncology* 12, s. 43-49.

Magne, H & Krohn, S. 1991. *Forskningsmetodik- om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.

Nationalencyklopedin. 2000. NE Nationalencyklopedin AB

Niven, N. & Robinson, J. 1997. *Omvårdnadspsykologi*. Stockholm: Liber

Patel, R & Davidsson, S. 1987. *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur.

Persson, L., Hallberg, I., & Ohlsson, O. 1995. Acute leukaemia and malignant Lymphoma patients experiences of disease, treatment and nursing care during The active treatment phase: an explorative study. *European Journal of Cancer Care*, 4. s. 133-142.

Persson, L. 1998. *Daily life problems from a nursing perspective with acute Leukaemia or highly malignant lymphoma*. Lund University: Bulletin from The Centre of Caring Sciences.

Ringborg, U., Henriksson, R., & Friberg, S, 1998. *Onkologi*. Stockholm: Liber

Rostad, M. 1991. Current Strategies for Managing Myelosuppression in Patient With Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 18(2), s. 7-15.

SOSFS (1993: 17). *Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvård*.

Zerbe, M., Parkerson, S., Spitzer, T. 1994. Laminar air flow versus reverse Isolation: nurses assessments of moods, behaviours and activity levels In patients receiving bone marrow transplants. *Oncology Nursing Forum*, 21(3), s. 565-568.

Ward, D. 2000. Infection control: reducing the psychological effects of isolation. *British Journal of Nursing*, 9(3), s. 162-167.

Högskolan i Trollhättan / Uddevalla
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
Box 1236
462 28 Vänersborg
Tel 0521-26 40 00 Fax 0521-26 40 99
www.htu.se