



MALMÖ HÖGSKOLA
FAKULTETEN FÖR
HÄLSA OCH SAMHÄLLE

SJUKSKÖTERSANS UPPLEVELSER AV ISOLERINGSVÅRD

EN INTERVJUSTUDIE

ALEXANDRA JONSSON
EVELINA SUNDHALL

Examensarbete i omvårdnad
61-90 hp
Sjuksköterskeprogrammet
Januari 2017

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö

SJUKSKÖTERSANS UPPLEVELSER AV ISOLERINGSVÅRD EN INTERVJUSTUDIE

ALEXANDRA JONSSON
EVELINA SUNDHALL

Jonsson, A & Sundhall, E. Sjuksköterskans upplevelser av isoleringsvård. En intervjustudie. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Fakulteten för Hälsa och samhälle, Institutionen för vårdvetenskap, 2017.

Bakgrund: Isoleringsvård är något alla sjuksköterskor kan stöta på oavsett verksam avdelning. Vårdpersonalen är skyldig enligt lag att tillgodose isolerade patienters behov av vård och stöd men forskning tyder på att det finns brister gällande detta. Tidigare forskning har visat att isolerade patienter upplever sin vård som svårhanterlig. Det finns få studier om sjuksköterskans upplevelser av att vårda isolerade patienter. De som finns har visat på ett problemkomplex även för sjuksköterskan. *Syfte:* Att belysa sjuksköterskans upplevelser av att vårda isolerade patienter inom infektionsvården. *Metod:* Studien har en kvalitativ ansats och baseras på nio semistrukturerade intervjuer med sjuksköterskor verksamma på infektionsavdelning. Dataanalysen genomfördes med stöd av Burnards (1991) innehållsanalys. *Resultat:* Sjuksköterskornas upplevelser sammanfattas under fyra kategorier: Upplevelser av isoleringsvård på infektionsavdelning, upplevelser av isoleringsrutiner, upplevelser av isolerade patienters vårdtid, upplevelser av det egna arbetssättet. *Konklusion:* Resultatet visade att sjuksköterskorna upplevde vården av isolerade patienter på infektionsavdelning som en naturlig del i arbetet. Strategisk planering och prioritering av arbetet tillsammans med kunskap om isoleringsvård och smittvägar ansågs vara av stor vikt för sjuksköterskan. Ständig fortbildning och kunskapsutveckling för personalen är av yttersta vikt för att öka patientsäkerheten.

Nyckelord: Infektionsvård, Isolering, Sjuksköterska, Smittspridningskontroll, Upplevelse.

NURSES EXPERIENCES OF ISOLATION CARE

AN INTERVIEW STUDY

ALEXANDRA JONSSON
EVELINA SUNDHALL

Jonsson, A & Sundhall, E. Nurses experiences of isolation care. An interview study. *Degree project in nursing 15 credit points*. Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of Care Science 2017.

Background: Isolation care is something all nurses can come across, regardless the department. Health personnel are obligated to meet isolated patients needs of care and support but earlier studies shows an difficulty regarding this. Previous research has shown that isolated patients is experiencing their care as problematic. The limited amount of studies which treat the nurses experience on isolation care shows difficulties also from their perspective. *Aim:* To illustrate nurses experience on caring for isolated patients within the infection care *Method:* The study had a qualitative approach and was based on nine semistructured interviews with nurses working at the infection ward. Collected data was analyzed based on Burnard (1991) content analysis. *Result:* The nurses experiences could be summarised into four categories: Experiences of isolation care on the infection ward, experiences of isolation routines, experiences of isolated patients hospital stay and experiences regarding the way of working. *Conclusion:* The result showed that the nurses experienced the caring of isolated patients on the infection ward as a natural part of their work. Strategic planning and prioritizeing of work, together with knowledge on isolation care and routes of transmission was considered to be of great importance for the nurse. A continuous development of knowledge is important to increase patient safety.

Keywords: Contamination control, Experience, Infection care, Isolation, Nurse.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	4
BAKGRUND	4
Isoleringsvård	4
Isoleringsrum	4
Definition neutropeni	5
Tvångsisolering	5
Patienters upplevelser av isoleringsvård	5
Sjuksköterskan och isoleringsvård	6
PROBLEMATISERING	7
SYFTE	7
METOD	7
Urval	7
Datainsamling	8
Dataanalys	9
Etiskt övervägande	10
RESULTAT	10
Upplevelser av isoleringsvård på infektionsavdelning	11
Upplevelser av isoleringsrutiner	12
Upplevelser av isolerade patienters vårdtid	14
Upplevelser av det egna arbetssättet	15
DISKUSSION	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	20
KONKLUSION	23
FÖRSLAG PÅ FORTSATT KUNSKAPSUTVECKLING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE	24
REFERENSER	25
BILAGA	28

INLEDNING

Som sjuksköterska är sannolikheten stor att stöta på isolerade patienter oavsett verksam avdelning. För oss som sjuksköterskestudenter har vård av isolerade patienter varit ständigt återkommande både på infektionsavdelning och andra vårdavdelningar. Upplevelsen har varit att kontakten med patienterna försvåras på grund av isoleringen. Detta dels på grund av all skyddsutrustning som ska användas (munskydd, handskar, rock) och dels på grund av att besöken hos patienten upplevs bli färre. Det är inte lika lätt att spontant gå in till patienten på samma sätt som hos icke isolerade patienter. En annan uppfattning av isoleringsvård är att det är en stor påfrestning för patienterna både psykiskt och fysiskt samt att kunskap saknas om vad sjuksköterskan kan göra för att minska detta. Då omvårdnad är sjuksköterskans profession vill vi med denna studie undersöka om det finns några specifika omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskan kan använda i vården av isolerade patienter samt vad sjuksköterskor har för upplevelser av att vårda dessa patienter.

BAKGRUND

Infektioner är en av de vanligaste orsakerna till dödsfall i världen (Örtqvist, 2004). I Sverige finns ett smittskydd vars uppgift är att minska spridningen av smittsamma sjukdomar (Smittskyddslagen 2004:168 1 kap. 1§). Det framgår av 1 kap. 6§ Smittskyddslagen att alla som arbetar inom smittskyddet ska tillgodose behov hos den som bär på infektion likväl som den som inte är smittbärare. Detta innebär att den som bär på smitta ska få den vård och stöd den behöver samtidigt som personalen försäkras sig om att smittspridningen minimeras (a a).

Isoleringsvård

Enligt 2 kap. 4-5§ Smittskyddslagen ska ansvarig läkare som misstänker eller konstaterar fall av anmälningspliktig eller allmänfarlig sjukdom omedelbart anmäla detta till landstingets smittskyddsläkare. All verksam vårdpersonal ska vara uppmärksamma på smittsamma sjukdomar och omedelbart vidta de åtgärder som krävs ur smittskyddssynpunkt (a a). Isoleringsvård bör särskilt övervägas då patienten bär på någon kronisk hudsjukdom, har diarré med vankomycinresistenta enterokocker (VRE) eller sår som kan innehålla meticillinresistenta *Staphylococcus aureus* (MRSA) eller VRE (Socialstyrelsen, 2006). Målet med isoleringsvård är att hindra vidare smittspridning mellan patienter samt mellan patienter och vårdgivare, vilket har både humanitära och ekonomiska vinster. Vid vård av immunsupprimerade patienter används isoleringsvård som en skyddsåtgärd för dem själva (a a).

Isoleringsrum

Riktlinjer för hur isoleringsvård ska ske utarbetas på alla sjukhus i Sverige utifrån Socialstyrelsens och arbetsmiljöverkets vägledning (Socialstyrelsen, 2006; Arbetsmiljöverket, 2016). Isoleringsvård ser olika ut beroende på vilken smitta det handlar om, patienten kan vårdas på enkelrum, enkelrum med sluss, i kohortvård och skyddsisolering (Socialstyrelsen, 2006). Patienter som bär på organismer som smittar via kontakt eller droppsmitta bör vårdas på enkelrum, däremot behöver det inte vara enkelrum med sluss. Enkelrum med ventilerad sluss ska användas när det handlar om patienter som bär på en luftburen smitta (a a). Det har visat sig att

riskerna för *Staphylococcus aureus* att spridas från rum till rum minskar med 25 000 gånger ifall patienten vårdas på ett enkelrum med ventilerad sluss jämfört med vanligt enkelrum (Socialstyrelsen 2006). Med kohortvård menas att grupper av patienter vårdas åtskilda och av olika vårdpersonal. Kohortvård används oftast vid smittor som lätt sprider sig från person till person som exempelvis calicivirus och genom att vårda på detta sätt kan spridning av dessa bakterier och virus minska. Med skyddsisolering menas att patienten vårdas på enkelrum med egen toalett. Alla som går in till patienten, närstående som vårdpersonal ska använda ren rock, handskar och munskydd samt följa de sedvanliga hygienrutinerna såsom desinfektion av händer. Neutropena patienter som vårdas på sjukhus ska skyddsisoleras och detta för att minska risken för att de ska bli smittade av andra mikroorganismer som finns i sjukhusmiljön (a a).

Definition neutropeni

Neutrofila granulocyter är en typ av vita blodkroppar som tillhör kroppens immunförsvar (Socialstyrelsen, 2015). De har i uppgift att ta sig från blodbanan till smittkällan för att fagocytera antigener såsom bakterier. Neutrofila granulocyter bildas i benmärgen, då produktionen av olika anledningar försämras utvecklas en brist och patienten blir då neutropen. Neutropena patienter har en ökad risk att ådra sig bakterie- eller svampinfektioner (a a). Det finns olika grader av neutropeni där lätt neutropeni kan ses vid virusinfektioner samt vid brist på vitamin B12 och/eller folsyra, detta ökar dock inte risken för infektioner (Palmlblad, 2016). Vid medelsvår neutropeni finns en ökad risk för infektioner och detta kan exempelvis ses vid cytostatikabehandling, alkoholmissbruk och hematologiska maligniteter. Infektionsrisken blir påtaglig vid svår neutropeni som orsakas av ovanliga medfödda sjukdomar (a a).

Tvångsisolering

Enligt 5 kap. 1§ Smittskyddslagen kan ett beslut om isolering tas om det finns en påtaglig risk att en patient med en allmänfarlig sjukdom smittar andra. Antingen genom att det tydligt framkommer att patienten inte frivilligt vidtar de åtgärder som krävs för att minska risken för smittspridning eller vid misstanke om att patienten inte följer förhållningsregler (a a). Efter ansökan från smittskyddsläkaren beslutar förvaltningsrätten om isolering enligt 5 kap. 2§ Smittskyddslagen. Läkaren ska beskriva patientens situation, vilka åtgärder som erbjudits och vidtagits samt hur patientens behov av vård och stöd ska tillgodoses (a a).

Patienters upplevelser av isoleringsvård

Isoleringsvård är något som har visat sig vara en stor påfrestning för patienters psykiska välmående (Abad m fl, 2010). Dessa patienter kände mer stress och ångest än andra inläggande patienter och riskerade att utveckla depressionsliknande symtom (Abad m fl, 2010; Gammon, 1998; Tarzi m fl, 2001). I en intervjustudie av Knowles (1993) framkom det att isoleringsvård också kan leda till psykiska konsekvenser såsom känsla av ensamhet, ilska, tristess, stigmatisering och känsla av bortglömdhet samt övergivenhet. Det framkom också att isolerade patienter kände mindre kontroll över sin situation än andra inläggande patienter (a a). Känsla av minskad kontroll har även rapporterats i ett kvasi-experiment där isolerade patienter och icke isolerade patienter jämfördes (Gammon, 1998). Vidare kom det fram i studien att dessa patienters självkänsla var betydligt lägre (a a). Isoleringen bidrog till sociala restriktioner i form av utesluten kontakt med andra patienter, färre besök från

anhöriga samt mindre kontakt med vårdpersonalen (Knowles, 1993; Madeo, 2001; Oldman, 1998). Detta har visat sig kunna leda till känsla av social isolering (a a). Enligt Skyman m fl, (2010) saknade patienterna spontana besök från sjuksköterskorna. De upplevde att de endast kom in när en medicinsk- eller omvårdnadsåtgärd skulle utföras (a a). Den sociala isoleringen har visat sig kunna förvärras om patienten känner rädsla för att smitta andra i sin omgivning (Criddle & Potter, 2006). Att vara isolerad kan få patienter att känna sig orena och de kan se isoleringsskylten på dörren som en symbol på detta (Madeo, 2001). Även all skyddsutrustning som används av vårdpersonal vid patientkontakt har visat sig kunna bidra till en ökad känsla av orenhet hos patienterna (a a). Trots de hygienriktlinjer som finns kan vårdpersonalen variera användandet av skyddsutrustning vilket kan skapa förvirring och stress för den isolerade patienten (Criddle & Potter, 2006; Knowles, 1993). Viss skyddsutrustning döljer en stor del av vårdpersonalens ansikte vilket patienterna kan uppleva som påfrestande (Knowles, 1993; Mayho, 1999). Mayho (1999) beskriver att han inte såg ett leende under hela sin vårdtid.

Sjuksköterskan och isoleringsvård

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763 (HSL) 2a§ ska sjukvård bedrivas med god hygienisk standard samt tillgodose patientens behov av säkerhet och trygghet.

Kärnkompetenser

Enligt Svensk sjuksköterskeförening [SSF] (2010) är sjuksköterskans yttersta ansvar omvårdnad av patienten. Omvårdnaden ska alltid sträva efter att patienten ska vara så självständig och oberoende som möjligt samt uppleva hälsa. Sjuksköterskans förhållningssätt till patienten ska genomsyras av delaktighet, trygghet och respekt. Att bevara patientens värdighet, integritet och autonomi är viktigt då patienten är i beroendeställning. En av sjuksköterskans sex kärnkompetenser är personcentrerad vård vilket innebär att varje patient ska ses som en individ med egna behov, värderingar och förväntningar. Det är sjuksköterskans ansvar att skapa en bra vårdrelation och göra patienten delaktig i vården. Patienter och närstående ska mötas med empati och sjuksköterskan ska ta tillvara på patientens kunskaper och erfarenheter av sin hälsa. Genom att identifiera och stödja varje patients individuella styrkor och behov kan vården ske personcentrerat (a a).

Sjuksköterskans upplevelser av isoleringsvård

Det har framkommit att sjuksköterskor som vårdar isolerade patienter kan känna ett ansvar både gentemot patienten de vårdar samt för smittspridning vidare till andra patienter, vårdpersonal, sig själv och sina anhöriga (Seibert m fl, 2014). Hygienrutinerna som tillämpas vid varje besök upplevs som tidskrävande och utrustningen som varm vilket bidrar till att sjuksköterskan inte går in till patienten lika frekvent. I stressade situationer och under hög arbetsbelastning när sjuksköterskan ska göra en snabb åtgärd finns en benägenhet att strunta i skyddsutrustningen. Hygienrutinerna kan hota patientsäkerheten i en situation där det finns risk att patienten på något sätt kan komma till skada och sjuksköterskan vill vara på plats snabbt. Det har framkommit att sjuksköterskor vill ha mer utbildning om innebörden av olika smittor och dess hygienrutiner. Den ökade kunskapen kan sedan genom bra kommunikation föras vidare till patientens närstående så att även de kan minska smittspridningen. Kommunikation och utbildning är viktigt för att få kunskap om hur länge infektionen är smittsam då sjuksköterskor ibland upplever svårigheter att avgöra detta (a a). Vissa

sjuksköterskor har uttryckt att en isolerad patient kan ge oönskade extra steg när det gäller administrativt arbete, planering av enskilt rum samt uppdelning av patienter (Seibert m fl, 2014). Uppdelning av patienter ska helst ske så att en sjuksköterska som vårdar en infekterad patient inte är med i vården av immunsupprimerade patienter. Sjuksköterskors erfarenheter av hygienrutiner vid isoleringsvård är olika, vissa ser inte hygienrutinerna som något hinder utan mer som en del i standardvården medan andra ser det som mer krävande och föredrar att vara två inne vid patienten där en kan vara "ren" och assistera. Detta kan leda till att de skjuter upp besöken och väljer att ta dessa patienter sist (a a). Isolerade patienter med depressiva symtom har visat sig kunna få sjuksköterskan att känna sig otillräcklig vilket kan leda till att hen undviker att gå in till patienten (Abad m fl, 2010). I studien gjord av Seibert m fl (2014) beskriver sjuksköterskor att en barriär skapas så fort de får kännedom om infektionen. Närbkontakt, tröst och hudkontakt försvåras på grund av rädsla för att bli smittad och att smitta andra samt på grund av skyddsutrustningen. Detta leder till att kontakten och relationen med patienten inte blir densamma som den hade varit om patienten inte hade varit infekterad. Att kunna ge samma vård till dessa patienter ses som en utmaning då det krävs mer tid (a a).

PROBLEMATISERING

Vårdpersonalen är skyldig enligt lag att tillgodose isolerade patienters behov av vård och stöd men forskning tyder på att det finns brister vad gäller detta. Många patienter upplever isoleringsvård som påfrestande och ångestfyllt. För att öka välbefinnandet hos dessa patienter behöver sjuksköterskan reflektera över det egna förhållningssättet. Många studier har tagit upp patienters upplevelse av att vara isolerad men det har visat sig finnas en kunskapslucka då få studier belyser sjuksköterskors upplevelser av att vårda dessa patienter. De studier som påträffats visar att det finns en problematik även för sjuksköterskor, därför behövs ökad kunskap för att få bredare förståelse av fenomenet så att eventuella brister kan identifieras.

SYFTE

Syftet var att belysa sjuksköterskans upplevelser av att vårda isolerade patienter inom infektionsvården.

METOD

Studien bestod av en kvalitativ design med enskilda individuella semistrukturerade intervjuer. En induktiv ansats har använts, vilket innebar att författarna analyserade materialet så förutsättningslöst som möjligt utifrån informanternas berättelser (Polit & Beck, 2014).

Urval

Inklusionskriterierna bestod initialt av sjuksköterskor med tillsvidare-anställning inom infektionsvården och minst ett års erfarenhet av att vårda isolerade patienter.

Verksamhetschefen för en infektionsklinik i södra Sverige kontaktades via e-post och erhöll studiens projektplan. Efter inhämtat tillstånd kontaktades enhetscheferna på respektive infektionsavdelningar för hjälp med vidare kontakt med sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna på avdelningarna erhöll skriftlig (Bilaga 1) och muntlig information och bekvämlighetsurval användes för att inkludera informanterna. Detta innebar att informanterna själva anmälde sitt intresse till angiven mailadress för att delta i studien. Då det var svårt att inkludera tillräckligt många sjuksköterskor togs inklusionskriteriet på ett års erfarenhet bort vilket resulterade i att en informant med erfarenhet mindre än ett år deltog i studien. Det slutliga urvalet bestod av nio sjuksköterskor som var verksamma på två infektionsavdelningar. Av de medverkade var sju kvinnor och två män, medelåldern var 33 år där den yngsta var 24 år och den äldsta var 50 år. Antal verksamma år på infektionsavdelning skiljde sig från sex månader till 19 år med ett snitt på sex år.

Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes som enskilda individuella intervjuer med stöd av en intervjuguide som var uppbyggd på öppna frågor (Bilaga 2). Intervjuguiden utformades med influenser från Trost (2010) samt Kvale & Brinkmann (2014). Den inledande fråga löd som följer: *Vad har du haft för tidigare upplevelser av att vårda isolerade patienter?* Den gav en övergripande bild av informantens upplevelser om de viktigaste aspekterna inom området. Efter den inledande frågan fortsatte intervjun med sex uppföljningsfrågor samt en avslutande fråga (Bilaga 2). Kompletterande till detta användes sonderande och specificerande frågor för att utveckla informantens svar. Två pilotintervjuer med sjuksköterskor från avdelningarna genomfördes för att testa intervjufrågornas benägenhet att svara på studiens syfte. Innehållet i pilotintervjuerna blev rikt och kunde svara på syftet och fick därför ingå i datamaterialet. Pilotstudierna bidrog till mindre ändringar och omformuleringar i intervjuguiden. Bland annat valdes att fortsättningsvis avsluta intervjuerna med att fråga informanterna om de hade något att tillägga som inte berörts. Det uppstod även en diskussion kring att inte vara rädda för tystnaden och att inte bekräfta informanterna allt för mycket med ord utan mer använda sig av nickande och mm:ande.

Intervjuerna delades jämnt upp mellan studieförfattarna och varade mellan 13-36 minuter med en medianlängd på 20 minuter. Intervjuerna ägde rum avskilt på avdelningen i anslutning till sjuksköterskans arbetspass. I anslutning till intervjun gavs en kort muntlig beskrivning av studiens syfte samt förtydligande av begrepp, därefter fick informanterna fylla i en samtyckesblankett för godkännande av deltagande. Information gavs om att denna studie valt att fokusera på isolerade patienter som bär på någon smitta och inte patienter som är skyddsisolerade. Under intervjuerna låg studieförfattarnas fokus på att lyssna samt ställa följdfrågor och efteråt skrevs stödanteckningar som var till hjälp under dataanalysen. Intervjuerna spelades in med hjälp av dator. I direkt anslutning till datainsamlingen gjordes en ordagrann transkribering av datan. Aidentifiering genomfördes genom att namn ersattes med kodnycklar. Intervjuernas omfattning i transkriberat material var 34 sidor totalt med typsnitt Times New Roman, typsnittsstorlek tolv med enkelt radavstånd. Medianen var 3,5 sidor. ”Drosset” var obefintligt då informanterna i stora drag höll sig till ämnet och frågorna besvarade syftet.

Dataanalys

Det empiriskt erhållna materialet analyserades med stöd av Burnards (1991) innehållsanalys. Denna metod lämpar sig för semistrukturerade intervjuer som spelas in och transkriberas i sin helhet. Innehållsanalysen består av 14 steg (Burnard, 1991). Steg sex, åtta och elva uteslöts i föreliggande studies analys.

1. Efter varje intervju görs noteringar gällande de ämnen som berörts.
2. Transkriberingen läses igenom upprepade gånger för att få en fördjupning i texten. Övergripande kategorier identifieras.
3. Transkriberingarna kondenseras och irrelevant text tas bort. Öppen kodning där kategorier som täcker textens viktiga delar skrivs ner.
4. Gruppering av flera likartade kategorier bildar kategorier.
5. Likartade underkategorier och kategorier slås samman.
6. Två för studien oberoende granskare gör egna kategoriseringslistor som sedan jämförts med den ursprungliga. Den ursprungliga listan kan sedan justeras, detta görs för att öka validiteten och skydda mot bias.
7. Hela materialet läses igenom igen med underkategorierna och kategoriseringslistan för att kontrollera att alla aspekter av intervjuerna har täckts in.
8. Varje transkribering färgkodas efter kategoriseringarna.
9. Varje kodad sektion klipps isär och samlas under kategorierna.
10. De urklippta delarna delas in under rätt huvudkategori och tillhörande underkategori.
11. Validiteten testas genom att en informant ifrågasätter kategoriseringen och eventuella justeringar görs.
12. Sektionerna läggs ihop för resultatskrivning. Transkriberingarna och ljudinspelningarna från intervjun finns till hands.
13. Utformning av en kommentar som sammanlänkar de olika sektionerna under varje underrubrik. Citat väljs ut och resultat skrivs till en sammanhängande text.
14. Beslut tas om resultatet ska kopplas till relevant litteratur.

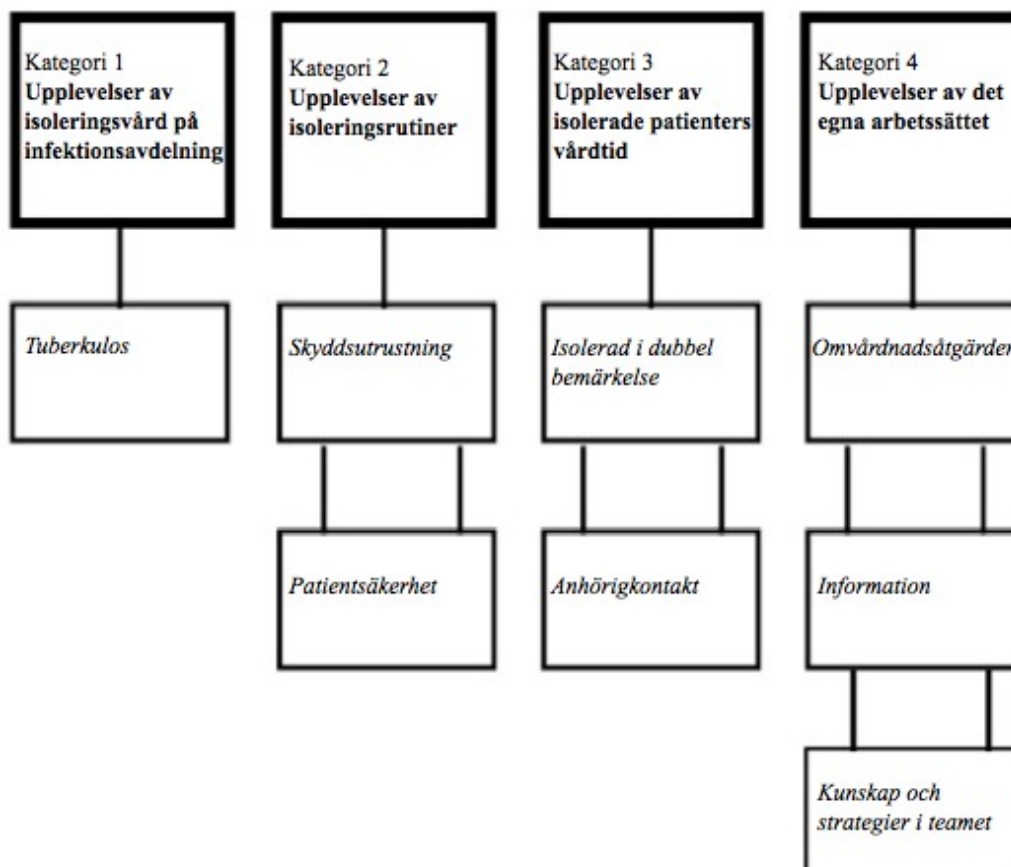
Båda studieförfattarna var delaktiga i analysprocessen. Samtliga transkriberingar och inspelningar bearbetades separat för att få en djupare förståelse. Diskussion och justeringar kring materialet, tolkningar samt meningsuppbyggnader genomfördes tills konsensus uppnåddes. Det transkriberade materialet lästes igenom tillsammans med noteringarna från intervjuerna och irrelevant text togs bort. Övergripande kategorier började identifieras och skrivas ner. Det som var relevant för syftet delades in i sektioner och tilldelades en färg för varje informant, detta gjordes först enskilt för att sedan jämföras och justeras tillsammans. Det färgade materialet skrevs sedan ut i pappersformat och de olika sektionerna klipptes isär. Varje sektion lästes igenom och grupperades efter dess huvudsakliga innebörd. Varje grupp granskades var för sig och delades in i mindre grupper som bildade underkategorier. Liknande underkategorier lades samman och bildade kategorier. När varje sektion hade kategoriserats och liknande kategorier slagits samman återfanns fyra kategorier med åtta underkategorier. Gemensam genomgång av insamlat material mot kategoriseringslistan genomfördes. Sektionerna i underkategorierna numrerades i den ordningsföljd som önskades skrivas i resultatet. Citat valdes ut och resultatet skrevs till en sammanhängande text. Både manifest analys (Burnard, 1991) och latent analys (Downe-Wamboldt, 1992) utfördes.

Etiskt övervägande

Enligt Malmö högskolas riktlinjer krävs etisk prövning om studien innefattar en utsatt grupp eller behandlar känslig information. Denna studie inkluderade endast sjuksköterskor och behövde därför inte genomgå en etisk prövning. Innan intervjuerna erhöll informanterna information om studiens upplägg och syfte både muntligt och skriftligt (Bilaga 1). De fick information om att materialet skulle behandlas konfidentiellt, att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sin medverkan. Skriftligt samtycke samlades in från samtliga informanter i direkt anslutning till intervjun. Intervjuerna delades upp mellan studieförfattarna för att få en så jämlig situation som möjligt. Insamlad material avidentifierades genom att namn som framkom under intervjun togs bort under transkriberingen och ersattes med kodnycklar som förvarades avskilt från det transkriberade materialet. Kodnycklarna bestod av nummer som inte överensstämde med intervjuernas kronologiska ordning. Materialet förvarades inlåst så ingen obehörig fick tillgång till det. Insamlad data användes endast till denna studies syfte. Inspelat och skriftligt material destruerades efter godkänd examination.

RESULTAT

Resultatet redovisas i fyra kategorier med en till tre underkategorier vardera (Figur 1). De intervjuade sjuksköterskorna kommer att benämnas som informanter 1-9. Det visade sig att informanterna hade många gemensamma upplevelser av att vårda isolerade patienter men det framkom även situationer där upplevelserna skiljde sig markant åt mellan de enskilda sjuksköterskorna.



Figur 1. Resultatkategorier.

Upplevelser av isoleringsvård på infektionsavdelning

Flera av sjuksköterskorna uttryckte att de upplevde infektionsvården som spännande och annorlunda där isolering sågs som en naturlig del i arbetet. Att vårda isolerade patienter är något som görs dagligen och därför ingenting de reflekterar över, det blir en del av vardagen. Erfarenhet och kunskap tillsammans med goda riktlinjer upplevdes medföra goda hygienrutiner. En sjuksköterska beskrev att de basala hygienrutinerna är goda då personalen är vana vid isoleringsrutiner och vet konsekvenserna som kan uppstå om de inte följs. Några informanter hade en uppfattning om att isoleringsrutinerna kunde upplevas som svårare om sjuksköterskan tidigare jobbat på en avdelning där isoleringsvård inte var lika vanligt. Flera informanter beskrev en trygghet i att arbeta på infektionsavdelning då det finns en medvetenhet om de smittorisker som kan förekomma.

”Det är väl klart att i början tänkte man väl lite såhär att – oj smittor och sådär, men jag kom rätt så snabbt över den tröskeln i och med att man tänkte att vi skyddar oss. Och lite tänket att jag jobbar ju på en infektionsklinik, om det är någonstans man skyddar sig för smittor så är det här” (Informant 3).

Några sjuksköterskor tog upp att upplevelsen av isoleringsvård kan vara annorlunda på andra avdelningar där det inte alltid från början finns en medvetenhet att patienten behöver isoleras utan det kan uppmärksammas senare under vårdtiden. Till infektionsavdelningen kommer patienterna när de har eller när det finns en misstanke om någon smitta, vilket leder till en uppmärksamhet hos personalen om hur smittvägar kan brytas. Detta upplevdes gynnsamt dels ur ett samhällsperspektiv men också ur ett patientsäkerhetsperspektiv då smittan inte sprids till samhället eller till andra patienter via vårdpersonalen. En sjuksköterska beskrev att kunskap kring bakteriologi och fysiologi är viktigt då det kan vara en pedagogisk utmaning att förklara för patienterna varför de måste vara isolerade. Då det är en stor variation av patienter finns det många olika sorters isoleringsnivåer vilket kräver bred kunskap hos personalen. Det patienterna har gemensamt är att de har en infektion men orsaken till sjukhusvistelsen kan variera.

”Kommer en patient in med en handskada som blivit infekterad och patienten får antibiotika och kanske utvecklar en njurskada på grund av detta så måste vi även behandla njurarna då vi inte kan flytta patienten då hen måste vara isolerad” (Informant 9).

Variationen av patienter beskrevs som en stor utmaning då sjuksköterskan måste ha kunskap om många olika behandlingar och sjukdomstillstånd. Det kan uppkomma många frågor från patienter och anhöriga som kan vara svåra för sjuksköterskan att besvara vilket några sjuksköterskor upplevde som utmanande. En informant lyfte fram att fördelen med det breda klientelet är att det inte finns någon standardformulering. Ingen kan förutsäga hur länge patienten ska stanna och vad som kommer att hända på vägen.

Flera sjuksköterskor belyste skillnaden i att vårda isolerade patienter jämfört med patienter som ligger tillsammans med tre andra på en fyrasal. Den stora bristen med fyrasal beskrevs som den ökade smittrisen mellan patienterna samtidigt som

uppsynen av patienterna upplevdes bli bättre. Att upptäcka försämring hos den isolerade patienten och utföra snabba insatser blir en utmaning då överblicken av samtliga patienter försvåras då många vårdas på enkelrum. Flertal sjuksköterskor uttryckte att detta kan leda till brister i patientsäkerheten och att sjuksköterskans kontakt med patienten kan försämrats. En fördel med enkelrum som en informant hade observerat var att sekretessen förbättras. Både samtal, medicinska- och omvårdnadsåtgärder kunde utföras ostört vilket då både gynnade patienten och vårdpersonalen.

Tuberkulos

Alla informanter nämnde isolering av patienter med tuberkulos som en speciellt krävande vård. Det framkom att det finns rädsla och okunskap bland allmänheten kring tuberkulos då många tror att sjukdomen är utrotad, vilket kan leda till stigmatisering. Informanterna uttryckte att förekomsten i Sverige kan ha tilltagit relaterat till den ökade invandringen. Många sjuksköterskor beskrev isoleringen av patienter med tuberkulos som en av de hårdaste och mest krävande för både patienten och vårdpersonalen. Vården innebär två veckors strikt isolering där patienten inte får lov att gå utomhus och röra sig fritt. Då patienterna oftast är pigga upplevde sjuksköterskorna isoleringen som psykiskt påfrestande för patienten.

”...det slutade fysiskt med att han blev våldsamt och förstörde ganska mycket, förstörde ett helt rum för att han blev så frustrerad av att inte få lov att gå härifrån... det var en rätt påfrestande situation, dels för honom givetvis men även för personal” (Informant 1).

Några sjuksköterskor beskrev svårigheter för patienterna att acceptera sin isolering. Detta kan uttryckas på olika sätt, vissa reagerar med aggressivitet och våldsamhet medan andra patienter kan bli introverta och deprimerade. Att vårda någon med utåtagerande beteende upplevdes kunna påverka sjuksköterskornas arbete genom att många känner rädsla över att gå in till dessa patienter. Flera informanter lyfte även det sociala samspelet som en svårighet i vården av patienter med tuberkulos då både anhöriga och personal använder sig av full skyddsutrustning med munskydd inne på rummet. Att patienten inte kan se sjuksköterskans hela ansikte upplevdes försvåra relationen. En sjuksköterska beskrev vikten av att stötta dessa patienter och glädjen när patienten tillslut blir avisolerad.

Upplevelser av isoleringsrutiner

Att isoleringsrutiner kan komplicera arbetet var något som flera sjuksköterskor nämnde. En informant beskrev hur undersökningar ställs in eller förskjuts på grund av isoleringen och att detta kan ge negativa konsekvenser för patienten.

”Det känns som att vissa patienter kanske inte få lika bra vård som de hade fått om de inte var isolerade för att ibland kan man märka tendenser till att personal inte orkar gå in där lika mycket för att de är isolerade, vilket är sorgligt men tyvärr sant... det är tidskrävande med isoleringar, det blir ett projekt att gå in på den salen” (Informant 2).

Skyddsutrustning

Användandet av skyddsutrustning beskrevs av många informanter som något rutinmässigt. Det handlar om att vara medveten om vilken skyddsutrustning som

ska bäras, när den ska bäras samt vad som kan göras utan att klä sig i skyddsutrustningen. Några sjuksköterskor påpekade en skillnad i att vara ny inom området mot den kunskapsutveckling som erfarenheten ger och att veta hur olika smittor överförs gör att skyddsutrustning används vid rätt tillfälle. En informant beskrev att bakterier inte är någonting som ”hoppas” på en utan det vid vissa isoleringar kan vara tillåtet att sticka in huvudet och säga hej utan att klä sig i skyddsutrustning. Att bakterier inte ”hoppas” togs även upp av en annan sjuksköterska som menade att det är vårdpersonalen som är de stora värdarna och ofta orsaken till smittspridning.

Ett återkommande tema under intervjuerna var problematiken kring användandet av munskydd. Många upplever fysiska obehag då munskydden upplevs sitta tätt och hårt samt avge en kemikalisk doft. Det kan vara obehagligt att ha dem på en längre tid och vissa speciella munskydd kan upplevas svåra att andas i vilket en informant uppgav ge en känsla av panik. Det framkom även att patientkontakten kan påverkas då stor del av ansiktet döljs. Kommunikationen kan försvåras då mimiken och munrörelserna försvinner under maskeringen. Detta upplevdes som ett stort problem framförallt då patienten har nedsatt hörsel eller inte talar samma språk som sjuksköterskan. En informant framhävde att patienterna eventuellt kan uppleva sig mer sjuka då sjuksköterskan bär munskydd. Relationen mellan patient och sjuksköterska upplevdes kunna påverkas då ett leende inte alltid når ögonen. Flera sjuksköterskor uppgav att användandet av skyddsutrustning ibland upplevdes kränkande mot patienterna. Det fanns en rädsla för att patienten skulle känna sig äcklig samt att det skulle uppfattas oförskämt att hälsa på patient och anhörig med skyddsutrustning. Användandet av skyddsutrustning kunde enligt en informant ses som något positivt då det kunde ge en signal av att sjuksköterskan skall stanna kvar hos patienten en längre stund. Vid blodprovstagning på isolerade patienter ansåg vissa sjuksköterskor att det finns svårigheter då handskarna upplevs försvåra möjligheten att känna kär. l.

Patientsäkerhet

Isoleringsrutiner såsom riktlinjer kring skyddsutrustning finns för att bibehålla patientsäkerheten. Arbetet genomsyras av ett säkerhetstänk där fokus ligger på att inte bli smittad eller sprida smittan vidare till andra. Många informanter berörde isoleringens påverkan på patientsäkerheten. Försämring och akuta tillstånd hos patienten upplevdes bli svårare att upptäcka på grund av en försämrad översyn, detta kunde i sin tur leda till ökad oro hos sjuksköterskan. Några informanter beskrev ett dilemma där patienten behöver befinna sig isolerad men inte upplevs tillräckligt frisk för att ligga själv. Det fanns en önskan att ha dörren till dessa patienter öppna för att få en förbättrad uppsikt och snabbt kunna upptäcka försämring. En sjuksköterska upplevde rutiner kring att ha kontinuerlig tillsyn av patienterna som något positivt för patientsäkerheten. Personalen hjälptes åt och antalet besök anpassades utifrån rutiner och kundes öka då patienten var instabil i sitt tillstånd.

Det fanns en upplevelse bland vissa informanter att isolerade patienter ibland kunde få sämre vård på grund av isoleringen. En sjuksköterska belyste svårigheterna när en patient försämrades och behövde ökad vårdnivå. Då isolerade patienter behöver enkelrum kan det uppstå ett etiskt dilemma då antalet isoleringsrum på högre vårdnivå är begränsade. Det upplevdes finnas en otydlighet om valet kring vårdnivå grundar sig i patientens faktiska hälsotillstånd eller om isoleringen kan leda till att beslut om att inte öka vårdnivån tas. Det fanns

en gemensam föreställning bland många av informanterna att isoleringsvård är tidskrävande och att detta kan resultera i färre besök hos patienten.

*”...man ska ge mediciner och då väntar man till dess för det tar så lång...
Ah, det tar ju inte så lång tid men man tycker nog att det gör det ändå.
Och det är inte så att man spontant bara går in heller, ofta”* (Informant 5).

Några sjuksköterskor upplevde dock att de tenderade att stanna längre hos patienterna vid varje besök vilket även kunde leda till en känsla av att bli låst på patientrummet. Då antalet patienter per sjuksköterska inte anpassades av att många var isolerade upplevdes arbetsbelastningen ibland bli förhöjd vilket kunde skapa stress och en eventuellt hotad patientsäkerhet. Tendensen att gå in färre gånger till patienten upplevdes kunna påverkas av vilken skyddsutrustning som ska användas. En sjuksköterska uppmärksammade att färre besök även kan vara ett sätt att minska smittspridningen då varje besök medför en potentiell smittorisk.

Upplevelser av isolerade patienters vårdtid

Det fanns en uppfattning bland några informanter att trots den ökade arbetsbelastningen på sjuksköterskan var isoleringsvården någonting som drabbade patienten hårdast. Isoleringen ansågs kunna leda till minskad social kontakt och en känsla av övergivenhet.

Isolerad i dubbel bemärkelse

Flera sjuksköterskor belyste svårigheter kring patientens vårdtid då de upplevdes bli isolerade både fysiskt och socialt. Det ansågs finnas en skillnad om patienten bar på en smitta där det fortfarande fanns möjlighet att röra sig fritt utomhus gentemot då patienten inte kunde lämna rummet. En informant lyfte fram att känslan var individuell då vissa upplevdes tycka att det var skönt att vara själva medan andra kunde få en känsla av instängdhet. Detta har beskrivits av en patient som en känsla av att vara en apa i en bur. En upplevelse bland flertal informanter var att många patienter kunde må psykiskt dåligt av isoleringen och att orsaken inte alltid var självklar. En aspekt beskrevs kunna vara hur rummen var utformade. Flera patienter hade enligt några sjuksköterskor uttryckt att rummen är stora, kala, opersonliga och ger en känsla av ensamhet och instängdhet. Vissa sjuksköterskor beskrev vikten av att patienten accepterar sin situation då isoleringen annars kunde uppfattas som ett fängelse. En utmaning ansågs vara att tillmötesgå dessa patienter och tillgodose deras behov. Ensamheten upplevdes kunna uttryckas på olika vis. En del patienter kunde yttra en önskan om mer sällskap från vårdpersonalen medan andra blev introverta eller deprimerade. Några sjuksköterskor beskrev hur vissa patienter uttryckte ensamhet genom att agera med oro eller smärta.

”Jag har haft någon patient som ville ha lugnande och så och då kom det fram att han tyckte mest att det var jobbigt att vara själv” (Informant 7).

Minskad mänsklig kontakt upplevdes av några sjuksköterskor leda till en social isolering för patienterna. Många faktorer ansågs kunna bidra till detta, dels att patienterna ligger själva och inte kom ut i dagrummet och socialiserar sig men även att vårdpersonalen inte hann vara hos patienten så länge som de skulle önska. Utöver detta fanns en uppfattning om att anhöriga ibland inte besökte den isolerade patienten lika ofta. Bristen på den sociala kontakten beskrev informanterna kunna visa sig då sjuksköterskorna fick en känsla av att patienten

var nedstämd. Detta upplevdes kunna vara något som var svårt att möta och hantera men även att upptäcka då det är mycket olika vårdpersonal som är inblandade i patientens vård. Det fanns en upplevelse av att patienter med mer kontakt eller besök av anhöriga inte hade samma behov av vårdpersonal då de kände sig ensamma.

”Jag skulle ändå vilja säga att de som har mer besök på enkelrum känner sig inte lika ensamma. Så de som har mer besök eller kontakt med närstående mår bättre kan jag ändå tycka” (Informant 8).

Anhörigkontakt

Några av informanterna hade en uppfattning om att isolerade patienter ibland hade en sämre kontakt med sina anhöriga. Detta tros vara en följd av att anhöriga ibland upplevdes tycka det var jobbigt att komma på besök, det hände också att anhöriga hade fått en uppfattning om att de inte fick lov att besöka patienten. Flera sjuksköterskor menade att anhörigkontakten påverkades av vilken relation de hade sedan tidigare samt att den kunde variera beroende på patientens smitta. Sjukdomar med hög smittorisk ansågs kunna leda till färre och kortare besök av anhöriga och långtidisolerade patienter upplevdes ha en bättre kontakt med sina anhöriga. Något som också ansågs kunna påverka kontakten var graden av isolering. Där patienter var strikt isolerade till rummet med mycket skyddsutrustning upplevdes den vanliga kontakten försvåras. Hos de patienter som var inlagda med en kronisk smitta uppfattades kontakten förbli oförändrad då anhöriga sedan innan var medvetna om personens smitta och lättare kunde förhålla sig till den. Anhörigkontakten ansågs kunna påverka sjuksköterskans arbete. Det fanns en gemensam föreställning om att anhöriga som inte hälsade på ringde till avdelningen oftare. Detta upplevdes ta mycket tid och påverkade informationsutbytet då det kunde vara svårare att få samma kontakt över telefon. Sjuksköterskan kunde gå miste om viktig information om patienten som anhöriga annars skulle kunna delge och anhöriga kunde få en felaktig bild av patientens tillstånd. Anhöriga som kom på besök kunde med egna ögon se hur patienten mådde vilket kunde vara lugnande och underlätta sjuksköterskans arbete. En patient som fick besök av sina anhöriga ansågs bli lugnare, gladare och piggare.

Upplevelser av det egna arbetssättet

Flera informanter uttryckte att arbetssättet till stor del fokuserade på patienternas välmående och många omvårdnadsåtgärder syftade till att underlätta deras isoleringstid. Även det egna sättet att hantera och underlätta arbetet lyftes fram.

Omvårdnadsåtgärder

En vanlig uppfattning bland sjuksköterskorna var att isolerade patienter kunde behöva mer emotionell stöttning. Att lägga extra tid genom att gå in oftare och stanna längre ansågs kunna hjälpa dessa patienter. Detta upplevdes vara extra viktigt hos de patienterna som fick få besök från anhöriga. Då god anhörigkontakt ansågs vara fördelaktigt för patientens välmående beskrevs möjligheten att låta anhöriga övernatta alternativt erbjuda generösa besökstider. Några sjuksköterskor upplevde kuratorskontakt som en viktig del för de patienter som på ett eller annat vis uttryckte svårigheter att hantera sin isolering. En informant lyfte fram att vissa patienter kunde ha svårt att acceptera sin kuratorskontakt. Det har framkommit att de då skulle känna sig mer sjuka och istället skulle föredra att prata med sjuksköterskan. Genom att beskriva kuratorn som en fin samtalspartner upplevdes

det kännas lättare för patienten. En sjuksköterska uttryckte dock tveksamhet till kuratorkontaktens effekt.

Omvårdnadsåtgärder som ansågs kunna öka välbefinnandet för patienten var att släppa in ljus från fönster, om möjligt öppna dörren ut till loftgången så de fick känna vinddrag samt öppna persiennerna ut mot korridoren om patienten önskade det. När patienten inte får röra sig fritt minskar ofta den dagliga mobiliseringen. Att som sjuksköterska uppmärksamma detta och mobilisera patienten i rummet ansågs viktigt för en informant då det kan minska risken för att utveckla decubitus och pneumoni. Många sjuksköterskor upplevde det viktigt att poängtera var larmklockan var samt att personal alltid fanns utanför och att patienten inte skulle tveka på att ringa. En informant lyfte fram att det finns olika sorters larmklockor som kan anpassas efter patienten samt vikten av att placera den lättillgängligt. Vissa av informanterna påpekade vikten av att patienten stimuleras. TV, radio, dator, telefon och böcker ansågs hjälpa patienten med att fördriva tiden. En sjuksköterska beskrev att tidig kontakt med sjukhusbiblioteket kunde underlätta för den isolerade då en bok kan skingra tankar och få tiden att gå. Svårigheter upplevdes kunna uppstå i de fall patienten inte talade svenska då litteratur ibland inte finns tillgänglig på alla språk.

Information

Information ansågs av många informanter vara en av grundpelarna för isolerade patienters välmående. Att ge god information vid inskrivningssamtalet men också kontinuerligt under hela vårdtiden upplevdes underlätta både för patienten och sjuksköterskan. Flera sjuksköterskor beskrev vikten av att lägga tid på att informera om varför patienten är isolerad samt rutiner kring utevistelse och besök från anhöriga. Informationen bör anpassas utifrån varje patient och sjuksköterskan ska med fördel försäkra sig om att patienten förstått. Missförstånd upplevdes vara vanligt förekommande men lätta att åtgärda då de upptäcks. Specialistsjuksköterskor från infektionsmottagning kunde kontaktas då informationsbehovet var stort, detta upplevdes öka tryggheten för patienten. Ett vanligt missförstånd som belystes av några sjuksköterskor var att isolerade patienter inte fick ta emot besök. Som sjuksköterska var det viktigt att ge patienten information om att så länge anhöriga följer hygienrutinerna är det inga problem utan snarare positivt då patienterna upplevs bli friskare utav detta. Även anhöriga kan ha ett stort behov av information som sjuksköterskan ska tillgodose. Vissa informanter upplevde informationsbehovet störst i början då anhöriga saknade kunskap om patientens tillstånd.

”Men ger man anhöriga en bra förståelse för vad som händer så tror jag att det är lättare för dem att kunna se på förloppet med lugnare ögon”
(Informant 6).

Språkförbistring av olika slag lyftes fram av några sjuksköterskor som en utmaning då information skulle ges. Att inte kunna förmedla och göra sig förstådd upplevdes frustrerande och gav en känsla av maktlöshet. Svårigheterna kunde uppkomma när sjuksköterska och patient inte talade samma språk men även vid samtal med dementa patienter. Anhöriga och kollegor på avdelningen som talade patientens språk beskrevs kunna användas för lättare informationsutbyte och vid behov kunde tolk bli aktuellt.

Kunskap och strategier i teamet

Flertal sjuksköterskor belyste olika slags strategier som användes i vården av isolerade. Att planera och prioritera ansågs vara av stor vikt för att få sjuksköterskans arbete att fungera bra. Samordning av arbetsuppgifter och uppläggning av dagen skedde tillsammans med undersköterskan för att vinna tid. Brist på tid var ett ständigt återkommande tema i intervjuerna och kunde enligt vissa sjuksköterskor leda till mindre tid hos varje patient. Detta beskrevs kunna skapa känslor av skuld. En sjuksköterska beskrev hur strategier för att hantera dessa känslor kunde utvecklas med åren och kunde ta sig uttryck som försvarsmekanismer såsom förnekelse.

Känsla av rädsla var något som framkom hos vissa informanter då det upplevdes finnas bristande kunskap, exempelvis gällande ovanligt förekommande smittor såsom ebolavirus. Det beskrevs att det fanns en vilja att lita på vårdhygieniska riktlinjer samtidigt som det ibland kunde vara svårt.

”Där vill man att allting ska vara säkert men eftersom att det bara är människor som konstruerat saker så är det precis lika säkert som den människan som har konstruerat det. Men samtidigt så är det ett uppdrag så det får man leva med på något vis, det går ju inte att säga nej”
(Informant 4).

Kunskap ansågs minska rädsla hos vårdpersonalen och öka patientsäkerheten. Att hålla sig uppdaterad och skapa en förståelse för olika rutiner upplevdes vara till stor hjälp för sjuksköterskan. Ett tillåtande klimat i teamet bedömdes vara viktigt för att frågor och diskussioner kring osäkerheter skulle möjliggöras. Det fanns dock en önskan bland några sjuksköterskor om att reflektera och diskutera mer i teamet. Även mer internutbildningar upplevdes kunna ge ökad kunskap och underlätta sjuksköterskans arbete med isolerade patienter.

DISKUSSION

Diskussionen delas in i metoddiskussion, där metodens svagheter och styrkor lyftes fram och resultatdiskussion där resultatet diskuteras mot tidigare forskning.

Metoddiskussion

Syftet med studien var att belysa sjuksköterskans upplevelser av att vårda isolerade patienter inom infektionsvården. Kvalitativ ansats valdes då det enligt Polit & Beck (2014) kan ge en förståelse av den underliggande meningen av fenomenet. Innan val av metod gjordes en litteraturundersökning i databaserna CINAHL och PubMed. Det visade sig att det fanns en kunskapslucka vad beträffar valt ämnesområde då antalet artiklar som kunde svara på syftet var för få för att räcka till en litteraturstudie, därför valdes empirisk studie med enskilda intervjuer.

Urval

Isolerade patienter kan finnas på flera avdelningar inom sjukvården men då infektionsavdelning vårdar dessa patienter dagligen valdes sjuksköterskor verksamma på infektionsavdelningar som informanter. Till följd av deras stora kunskap inom ämnet framkom ett brett och innehållsrikt resultat. Resultatet kan dock vara svårt att överföra på sjuksköterskor verksamma på andra avdelningar än

infektionsavdelning då de ofta har mindre erfarenhet av isolerade patienter och därför kan ha en annan upplevelse.

Hur stort urvalet behöver vara är beroende av kvalitén på datan, informanternas förmåga att reflektera över deras erfarenheter samt forskningsfrågans bredd (Polit & Beck, 2014). Enligt Kvale & Brinkmann (2014) brukar antalet intervjuer i vanliga intervjustudier ligga på omkring 15 ± 10 i antal och skifta beroende på den tid och de resurser som finns tillgängligt. Föreliggande studie hade begränsad tidsram och därför begränsades antalet informanter initialt till ett antal på sex till åtta stycken. Då intervjuerna blev lite kortare än förväntat genomfördes nio intervjuer. Antalet ansågs räcka för att uppnå viss datamättnad och överensstämma med tidsbegränsningen och storleken på studien. Kvalitativa urval handlar snarare om mättnad och fyllig information än om generaliseringar (Alvehus, 2013).

Urvalet gjordes med bekvämlighetsurval och därför tillkom inget bortfall. Bekvämlighetsurval är ett icke-sannolikhetsurval vilket passar bäst vid kvalitativa studier när fokus ligger på att hitta informanter som kan svara på studiens syfte (Polit & Beck, 2014). Det är en effektiv och ekonomisk urvalsmetod då intresserade informanter frivilligt anmäler sig som studiedeltagare, det är dock inte ett föredraget tillvägagångssätt då det inte anses generera de bästa informationskällorna. Strategiskt urval skulle med fördel kunna ha använts för att få en så stor bredd och variation som möjligt (a a). Tanken var att sjuksköterskorna skulle ha minst ett års erfarenhet av isoleringsvård men då det till en början var svårt att rekrytera informanter ändrades detta till att alla sjuksköterskor med fast anställning på infektionsavdelning fick delta. Detta resulterade i en intervju där sjuksköterskan hade endast sex månaders erfarenhet av isoleringsvård. Detta blev den kortaste intervjun och den korta erfarenheten kan ha påverkat resultatet. Fördelar med den stora variationen i informanternas erfarenheter kan vara att tidiga upplevelser från att vårda isolerade patienter kan fångas upp. Känslor och tankar som uppkommer initialt i vården av isolerade patienter kan lätt glömmas efter några års erfarenhet. Enligt Trost (2010) kan förenklingar, glömska och omtolkningar leda till svagt samband mellan tidigare händelser och hur de sedan upplevs. Ålder och erfarenhet skiljde sig avsevärt mellan informanterna vilket kan stärka trovärdigheten i resultatet då många likheter framkom oberoende på hur länge sjuksköterskorna varit verksamma. Att intervjuerna genomfördes på två olika infektionsavdelningar kan öka tillförlitligheten då upplevelser kan skilja sig mellan infektionsavdelningar, detta på grund av att det kan finnas olika subkulturer och arbetssätt. Båda infektionsavdelningarna tillhör samma sjukhus och klinik vilket kan ha en påverkan på överförbarheten då det kan se olika ut på andra sjukhus i landet.

Datainsamling

Datainsamlingen gjordes med hjälp av semistrukturerade intervjuer med öppna frågor, detta för att få en inblick i sjuksköterskornas upplevelser och tankar. Kvalitativa intervjuer ska vara uppbyggda med hög grad strukturering och låg grad standardisering (Trost, 2010). Detta innebär att intervjun har en tydlig avgränsning till området men att frågorna är öppna och beroende på informantens svar kan olika följdfrågor användas (a a). Enligt Kvale & Brinkmann (2014) ska intervjun börja med en inledande fråga, sonderade och specificerande frågor kan användas för att utveckla svaren. Intervjuerna delades upp jämnt mellan författarna till studien för att öka jämlikheten mellan informanten och de som

intervjuar. Enligt Trost (2010) finns det en risk att informanter upplever två intervjuare som ett maktövertagande och ge en känsla av att hamna i underläge. Att intervjuerna utfördes enskilt kan ses som en styrka då informanterna eventuellt känt sig mer bekväma i situationen och då utvecklat sina svar. Att vara två som intervjuar kan vara en fördel i de fall personerna är samspelade (Trost, 2010). Det kan vara ett gott stöd att vara två vilket kan leda till en bättre intervju med mer omfattande resultat (a a). Båda studieförfattarna genomförde en pilotstudie som sedan noggrant jämfördes så att fortsatta skillnader i intervjuerna kunde minimeras. En överenskommelse gjordes om att inte bekräfta informanterna allt för mycket då det upplevdes kunna leda intervjuens riktning och ge en felaktig bild av informantens upplevelse. Diskussionen kring att inte vara rädda för tystnaden som kan uppstå efter att informanten svarat på en fråga ledde till att kommande intervjuer upplevdes innehålla mer utvecklande svar. Enligt Trost (2010) är rädsla för tystnad vanligt hos den otränade intervjuaren. Att lämna tid för eftertanke och invänta ett fullständigt svar anses kunna öka intervjuens kvalitet (a a).

Intervjuerna spelades in på dator för att studieförfattarna skulle fokusera på att lyssna aktivt. Att vara en god lyssnare har stor betydelse när det kommer till att ställa relevanta följdfrågor (Polit & Beck, 2014). Genom att spela in intervjun och sedan transkribera den kan risken för fel i data minskas (a a). Att lyssna på intervjun i efterhand kan ge insikt om misstag och vad som gjorts bra (Trost, 2010). Inspelning kan få informanterna generade, de brukar dock glömma bort att de blir inspelade efter några minuter (a a). Varje studieförfattare transkriberade sina egna intervjuer för att dels lära sig om sin egen intervjustil samt påbörja analysen av det som sagts (Kvale & Brinkmann, 2014). Transkriberingarna och inspelningarna skickades till den andre studieförfattaren som lyssnade och läste igenom samtidigt för att sedan diskutera tolkningar och meningsuppbyggnad så att ingenting var oklart. Detta är viktigt för att båda ska använda samma förfaringssätt och för att kunna göra språkliga jämförelser mellan intervjuerna (Kvale & Brinkmann, 2014).

Dataanalys

Både manifest och latent analys användes. Manifest analys innebär att det som direkt uttrycks i texten sorteras under olika kategorier och latent analys innebär tolkning av textens innebörd d.v.s. vad som sägs mellan raderna (Downe-Wamboldt, 1992). Att tolka texten kan leda till att studieförfattarnas egna värderingar påverkar resultatet men kan ge texten en djupare dimension. Om endast manifest analys används försvinner mycket av informationen då kroppsspråk, tonläge, ironi, allvar med mera inte sägs med ord utan måste tolkas för att få en innebörd. Burnards (1991) innehållsanalys valdes då studieförfattarna kommit i kontakt med den tidigare och kände sig bekväma att använda den. Att ha använt metoden innan kan styrka analysen då det finns kunskap och erfarenhet kring tillvägagångssättet. Däremot skulle det kunna finnas analysmetoder som hade varit mer lämpade för denna studie men som utelämnades då studieförfattarna tidigt bestämde sig för att använda Burnards (1991) innehållsanalys.

Burnards (1991) 14 steg följdes i stora drag, dock valdes tre steg bort för att bättre kunna passa studien. Steg sex som innebär att två oberoende granskare gör egna kategoriseringslistor valdes bort då det inte fanns tillräckligt med tid. Detta hade kunnat öka validiteten och minska risken för bias (Burnard, 1991). Båda studieförfattarna var dock delaktiga i analysen och utformningen av kategorier

vilket inte förstärker validiteten men eventuellt minimerar bias då risken för feltolkning minskar (Polit & Beck, 2014). I steg elva ifrågasätter en informant kategoriseringen för att testa validiteten (Burnard, 1991). Detta gjordes inte då tiden var begränsad vilket kan ha påverkat studiens resultat då andra kategorier hade kunnat framträtt. Steg åtta innebär färgkodning efter kategori, detta valdes bort då färgkodning istället gjordes efter varje informant. Det gav en överblick om vilken sjuksköterska som sagt vad och hur många det var som berört varje ämne. Det kan ha varit mer tidskrävande då en överblick av kategoriseringarna framträdde senare i processen. Däremot fick studieförfattarna en djupare inblick i materialet vilket var till fördel senare i analysen. Citat från samtliga informanter redovisas i resultatet vilket styrker studiens trovärdighet.

Resultatdiskussion

Resultatet visade att flera av sjuksköterskorna på infektionsavdelningen var väl insatta i isoleringsvård och pålästa om tidigare forskning av patienters upplevelser av isoleringsvård. Det fanns uttalade föreställningar om patientens upplevelse av att vara isolerad vilket kan ha färgat resultatet i föreliggande studie.

Isoleringsvård på infektionsavdelning

Denna studies resultat visade att sjuksköterskorna verksamma på de olika infektionsavdelningarna upplever isoleringsvård och dess hygienrutiner som en del i det vardagliga arbetet vilket stöds av tidigare forskning (Seibert m fl, 2014). Resultatet visade även att kunskapen kring olika smittor och dess smittvägar uppfattas av de verksamma sjuksköterskorna kunna leda till en god hygienisk standard och minska smittspridningen. Att hindra vidare smittspridning är även det huvudsakliga målet med isoleringsvård (Socialstyrelsen, 2006). Att bedriva vård av god hygienisk standard är inte bara av vikt för sjuksköterskorna på infektionsavdelningarna utan stöds i 2a§ HSL och ska följas på alla vårdavdelningar. Vad beträffar detta resultat kan det ses som en kvalitetsindikator för de berörda avdelningarna.

Resultatet pekar vidare på att sjuksköterskorna upplever en försämrad uppsyn över patienterna när många är isolerade i enkelrum. Sekretessen upplevdes däremot stärkas av enkelrummen. Enligt Offentlighets- och sekretesslagen, 2009:400 (OSL) 25 kap. 1§ gäller sekretess i den offentliga hälso- och sjukvården. Uppgifter om enskildas hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden ska därför skyddas. Enligt Bååthe m fl (2016) framkom att flera patienter på samma rum har en negativ effekt på sekretessen då ronder inte kan ske ostört. Persson & Määttä (2012) menar att sjuksköterskor kan uppleva ett ansvar under ronden då känslig information ska ges samtidigt som andra patienter är närvarande i rummet. Trots att det är läkaren som ger informationen känner sjuksköterskan ett ansvar över hur och på vilket sätt informationen ges. Blandade känslor uppstår då sjuksköterskan även vill att patientens informationsbehov ska uppfyllas (a a). Förutom sekretessen kan även en fördel med enkelrum vara att patienten kan prata med personalen utan rädsla för att andra ska höra. Diskussion kring känsliga ämnen samt samtal med kurator kan troligtvis underlättas då patienten ligger ensam.

Resultatet visade stigmatisering kring tuberkulos som ett stort problem. Detta är i enlighet med en review där skam beskrivs som en konsekvens av tuberkulos då det i vissa kulturer anses vara en smutsig sjukdom som drabbar den lägre samhällsklassen (Juniarti & Evans, 2010). När någon drabbas anses hela familjen

vanäras och därför drabbas inte endast individen av skammen. Skammen kan leda till att individen väljer att undvika social kontakt men också att familj och vänner tar avstånd från personen (Juniarti & Evans, 2010). I föreliggande studie belyste sjuksköterskorna att patienter med tuberkulos reagerade olika på sin diagnos och att vissa kunde ha svårt att acceptera sin isolering vilket kunde ge sig uttryck i aggressivitet, våldsamhet eller depression. Juniarti & Evans (2010) menar att frustration, besvikelse och rädsla är vanliga känslor i samband med diagnostisering av tuberkulos. Oro över konsekvenser som kan uppstå såsom arbetslöshet, skilsmässa och social exkludering uppstår till följd av den stigmatisering som finns kring tuberkulos (a a). I Sverige uppfattas inte tuberkulos på samma sätt. Skulden och skammen som patienten bär på kan därför kännas främmande och vara svår för sjuksköterskan att förstå. Utåtagerande beteende från patienterna kan tolkas som ett svar på att patienten har svårt att acceptera själva isoleringen när de i själva verket genomgår en livskris. Genom att öka kunskapen om andra kulturers syn på tuberkulos och hur diagnosen kan drabba individen och familjen kan sjuksköterskan få en bättre förståelse för patientens situation och förse patienten med den tröst och stöd den behöver.

Isoleringsrutiner

Resultatet visade att medvetenhet och kunskap om olika smittor, hur de sprids och hur smittvägar bryts är viktigt för att skyddsutrustning ska användas på rätt sätt. De informanter som hade kortare arbetslivserfarenhet inom infektionsvården uttryckte större osäkerhet kring skyddsutrustningen än de med längre erfarenhet. Det fanns en uttalad tveksamhet kring riktlinjer om när skyddsutrustning ska användas. Tendenser till överkonsumtion och känslan av att kränka patienten på grund av skyddsutrustningen var överrepresenterade hos de sjuksköterskor som hade kortare erfarenhet. En möjlig förklaring kan vara att trygghet och kunskap kommer med erfarenhet. Oron och försiktigheten hos de som är nya inom arbetsområdet kan därför ses som en naturlig del i processen.

Användandet av munskydd upplevdes som den mest påfrestande skyddsutrustningen för både personal och patient. Detta stöds av tidigare studier där patienter beskrivit svårigheter i att inte se personalens ansikten (Knowles, 1993; Mayho, 1999). I föreliggande studies resultat framkommer det att sjuksköterskorna upplevde munskydden som fysiskt obehagliga att bära samt att de kan försvåra kommunikationen och relationen till patienten. Detta har även speciellt framhävts av Seibert m fl (2014). De menar att skyddsutrustningen kan upplevas som varm och tidskrävande vilket kan leda till färre besök hos patienten (a a). Resultatet visade även att användandet av skyddsutrustning kan leda till att sjuksköterskan går in mer sällan till patienten vilket beskrevs kunna påverka patientsäkerheten. Under inga omständigheter får patientsäkerheten äventyras och därför borde detta resultat härleda till översyn av rutiner vad beträffar isolerade patienter. Eventuella åtgärder kan vara att ta fram tydliga rutiner för hur ofta patientansvarig sjuksköterska bör gå in till patienten. Personalstyrkan bör i vissa fall utökas så att arbetsbelastningen inte äventyrar patientsäkerheten.

Isolerade patienters vårdtid

Resultatet visade att sjuksköterskor upplever att isolerade patienter blir både fysiskt och socialt isolerade. Den fysiska isoleringen sågs som en nödvändig åtgärd vilket stärks av 1 kap. 1§ Smittskyddslagen där det står att samhället ska skyddas mot smittsamma sjukdomar. Isolerade patienters behov av vård och stöd ska enligt 1 kap. 6§ Smittskyddslagen tillgodoses men resultatet har visat att

svårigheter kan ses kring patienternas sociala behov då den sociala kontakten med personal, andra patienter samt anhöriga försvåras. Tidigare studiers resultat har visat att patienter har beskrivit att det kan uppkomma sociala restriktioner på grund av isoleringen som kan leda till en känsla av social isolering (Knowles, 1993; Madeo, 2001; Oldman, 1998). Detta stöds även av tidigare forskning som beskriver att sjuksköterskor har haft tendens att skjuta upp besök hos isolerade patienter eller valt att ta de rummen sist (Seibert m fl, 2014). Brist på patienternas sociala kontakt beskrev informanterna i föreliggande studie visa sig i patientens psykiska välmående. Abad m fl, (2010); Gammon, (1998); Tarzi m fl, (2001) menar att isolerade patienter bär på mer stress, ångest och depressionsliknande symtom än andra patienter. Enligt föreliggande studies resultat upplevde sjuksköterskorna att patienters psykiska symtom vara svåra att upptäcka och bemöta. Omvårdnadsteoretikern Katie Eriksson (2000) beskriver hälsa mer som uthärdligt lidande än som frånvaro av sjukdom. Patienter som själva eller med stöd av andra kan möta sitt lidande kan samtidigt uppleva hälsa (a a). Kunskap om lidande och hälsa beskriver Eriksson (1994) som en central del i vården. Att lindra patientens lidande bör vara motivet i all vård (a a). Vård av den lidande patienten innebär att dela patientens lidande och finnas där när de egna krafterna inte räcker till (Eriksson, 2000). Ett sätt att upptäcka och möta lidande kan vara att vårda varje patient personcentrerat. Genom att se varje patient som en individ med egna behov kan de bli lättare för sjuksköterskan att möta patienten då det inte finns några rätt eller fel utan omvårdnaden kan anpassas efter varje patient.

Det egna arbetssättet

Resultatet visade en entydig bild av sjuksköterskornas upplevelser var att isolerade patienter hade ett ökat behov av emotionellt stöd. I den personcentrerade vården ska sjuksköterskan identifiera och stödja varje patients individuella behov (SSF, 2010). Informanterna uttryckte att en kuratorskontakt vid behov ansågs vara ett bra sätt att öka patienternas välbefinnande. En kurator är den sociala experten inom hälso- och sjukvården och kan utreda och bedöma psykosocial problematik samt erbjuda stödjande samtal för att öka den psykiska hälsan (Kuratorspraktik, 1995). Då många patienter upplever isoleringen som påfrestande och då sjuksköterskan sällan hinner sitta ner och prata med patienten en längre tid så är kuratorn en stor tillgång. Genom att sjuksköterskan introducerar en kuratorskontakt kan patienternas vårdtid underlättas och välmåendet förbättras. Ett alternativ kan vara att göra kuratorkontakt till en rutinmässig åtgärd för alla isolerade patienter för att på så vis upptäcka, behandla och förebygga psykisk ohälsa. Annat alternativ är att hela tiden arbeta personcentrerat och se och höra den unika människans behov.

I resultatet framkom att omvårdnadsåtgärder ansågs kunna öka välbefinnandet för isolerade patienter. Några exempel som gavs var att släppa in ljus från fönster, om möjligt öppna dörren ut mot loftgången och att sysselsätta patienten. Detta stöds av Hickman m fl (2007) som menar att solljus till skillnad från ljus från lampa kan ha en positiv effekt på patientens hälsa och ofta associeras med positiva känslor hos patienten. Solljus har även visat sig ha en positiv effekt på välbefinnande, sinnesstämning och tillfredsställelse (Loving m fl, 2005). Vikten av sysselsättning har även beskrivits av patienter då det upplevs minska tristess och monotoni (Ward, 2000; Cheng m fl, 2008; Stajduhar m fl, 2000). Tillgång till TV, radio, personliga föremål, telefon och internetanslutning anses viktigt för de isolerade patienterna (a a). Detta är inte något som tillhör standardvården av isolerade patienter utan något som några av informanterna tog upp. Vid stress och tidsbrist

kan omvårdnadsåtgärder som dessa lätt prioriteras ner eller glömmas bort. Detta kan i sin tur påverka patientens välmående och då även sjuksköterskans vidare arbete. Det är viktigt att som sjuksköterska veta vilka andra resurser som finns tillgängligt för patientens förfogande. En arbetsterapeut skulle kunna vara till hjälp för sjuksköterskan och hitta en meningsfull aktivitet som sysselsätter och främjar välmåendet hos patienten.

Vidare visade resultatet att information till patienten är av stor vikt. Att identifiera individuella informationsbehov och ta sig tid för att tillgodose dessa ansågs vara en viktig uppgift för sjuksköterskan. Attree (2001) menar att regelbunden information om hälsotillstånd, vad som ska hända och behandling leder till tryggare patienter. Genom att följa upp och återkoppla informationen med patienten kan sjuksköterskan identifiera hur mycket av informationen som patienten har uppfattat och om informationen behöver kompletteras eller upprepas (a a). Enligt Larsson m fl (2007) bör informationen anpassas utifrån varje patient då information tas in på olika sätt. Det är även i linje med personcentrerad vård som är en viktig del i sjuksköterskans arbete. Det finns troligtvis utrymme för förbättring kring att informera patienter och anhöriga inom vården. Så länge det finns en diskussion och medvetenhet kring vinsterna med god information fungerar det sannolikt bättre.

KONKLUSION

Sjuksköterskorna upplevde vården av isolerade patienter på infektionsavdelning som en naturlig del i arbetet. Det fanns en trygghet i att vara medveten och ha kunskap om olika smittor och smittvägar.

Användandet av skyddsutrustning upplevdes tidskrävande men blev till en vana. Isolering där det krävs munskydd ansågs försvåra vårdrelationen och kunna ha en negativ inverkan på patientens välmående. Därför är det viktigt att vara uppmärksam på detta varje gång ett munskydd krävs för vårdandet.

Det upplevdes finnas svårigheter kring att tillgodose patienters sociala behov. Att upptäcka och bemöta de patienter som mår dåligt av sin isolering ansågs vara en viktig men utmanande uppgift. En god anhörigkontakt där patienten får besök av närstående upplevdes främja patientens hälsa.

Att strategiskt planera och prioritera sitt arbete ansågs vara av största vikt i vården av isolerade patienter. Kunskap om isoleringsvård och smittvägar ansågs minska rädsla, öka patientsäkerheten och underlätta sjuksköterskans arbete. Ständig fortbildning och kunskapsutveckling för personalen är av yttersta vikt för att öka patientsäkerheten.

FÖRSLAG PÅ FORTSATT KUNSKAPSUTVECKLING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE

Denna intervjustudie har bidragit till en ökad förståelse för hur sjuksköterskor upplever isoleringsvård. Mer kunskap om hur sjuksköterskan och patientens relation påverkas av isoleringen samt hur den i sin tur påverkar patientens välmående och vård skulle vara av värde. En observationsstudie skulle kunna genomföras för att kartlägga fenomenet och hitta eventuella samband mellan vårdrelationen och patientens psykiska välmående.

Kunskap kring olika smittor och isoleringsrutiner ansågs vara viktigt för att som sjuksköterska känna trygghet och utöva bästa möjliga vård. Sjuksköterskorna i föreliggande studie möter isolerade patienter dagligen och besitter därmed en stor kunskap inom ämnet. På avdelningar där isoleringsvård inte är lika förekommande skulle därför upplevelsen kunna vara helt annorlunda. Förslag på fortsatt forskning är att undersök hur dessa sjuksköterskor upplever isoleringsvård. Svårigheter, skillnader och likheter jämfört med arbete på infektionsavdelning kan då identifieras. Det fanns en förutfattad mening om att isoleringsvård på andra vårdavdelningar innebär större påfrestning för personal och patient. Genom att kartlägga dessa sjuksköterskors behov och upplevelser kan åtgärder som underlättar deras arbete vidtas.

Resultatet visar att isolering av patienter med tuberkulos är mycket påfrestande både för personal och patienten. Då Sverige har haft en ökad invandring de senaste åren har tuberkulos återigen blivit mer vanligt. Det framkom svårigheter att som sjuksköterska veta hur dessa patienter ska mötas och omhändertas för att vårdtiden ska bli så skonsam som möjligt. Den strikta isoleringen tillsammans med rädsla, stigmatisering och okunskap kring sjukdomen har en negativ inverkan på patientens psykiska välmående. Sjuksköterskor behöver därför mer kunskap om vad tuberkulos kan innebära för patienten samt verktyg för att kunna möta och tillgodose deras behov.

REFERENSER

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

Alvehus J, (2013) *Skriva uppsats med kvalitativ metod: En handbok*. Stockholm: Liber.

Arbetsmiljöverket (2016) Ansvar för smittrisker i arbetsmiljön.
><https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/sjukdomar-smitta-och-mikrobiologiska-risker/smittrisker-i-arbetsmiljon/ansvar-for-smittrisker-i-arbetsmiljon/?hl=infektion>< (2016-12-19)

Attree M, (2001) 'Patients' and relatives' experiences and perspectives of 'good' and 'not so good' quality care'. *Journal Of Advanced Nursing*, 33, 456-466.

Burnard P, (1991) A method of analyzing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11, 461-466

Bååthe F, Ahlborg jr G, Lindgren Å, Norbäck LE, (2016) Patientcenterat och teambaserat sätt att ronda inom sjukvården. *Att utmana en tvåhundraårig medicinsk praktik*.

Cheng CH, Qin LX, Tee HK, (2008) An exploratory study on the isolation experience of patients with haematological disorders. *Singapore Nursing Journal*, 35(1), 15-23.

Criddle P, Potter J, (2006) Exploring patients' views on colonization with methicillin resistant *Staphylococcus aureus*. *British Journal of Infection Control*, 7, 24–28.

Downe-Wamboldt B, (1992) Content analysis: Method, applications, and issues. *Health Care for Women International*, 13, 313-321.

Eriksson K, (1994) *Den lidande människan*. Stockholm: Liber utbildning.

Eriksson K, (2000) *Hälsans idé*. Stockholm: Liber.

Gammon J, (1998) Analysis of the stressful effects of hospitalisation and source isolation on coping and psychological constructs. *International Journal of Nursing Practice*, 4, 84–96.

Hickman SE, Barrick AL, Williams CS, Zimmerman S, Connell BR, Presser JS, Mitchell CM, Sloane PD, (2007) The effect of ambient bright light therapy on depressive symptoms in persons with dementia. *Journal of the american geriatrics society*, 55(11), 1817- 1824.

Hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763.

Juniarti N, Evans DA, (2010) A qualitative review: The stigma of tuberculosis. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1961-1970.

- Knowles HE, (1993) The experience of infectious patients in isolation. *Nursing Times*, 89, 53–56.
- Kuratorspraktik, (1995) Kuratorns roll i Hälso- & Sjukvård.
><http://www.kuratorspraktik.se/kuratorns-roll-i-halso-sjukvard/>< (2016-12-05)
- Kvale S, Brinkmann S, (2014) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (Tredje upplagan) Lund: Studentlitteratur.
- Larsson IE, Sahlsten MJM, Sjöström B, Lindencrona CSC, Plos KAE, (2007) Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21, 313–320.
- Loving R, Kripke D, Elliott J, Knickerbocker N, Grandner M, (2005) Bright light treatment of depression for older adults. *BMC psychiatry*, 5(1), 42.
- Madeo M, (2001) Understanding the MRSA experience. *Nursing Times*, 97, 36–37.
- Mayho P, (1999) Barrier grief. *Nursing Times*, 95, 24–25.
- Offentlighets- och sekretesslag, 2009:400.
- Oldman T, (1998) Isolated cases. *Nursing Times*, 94, 67–70.
- Palmblad J, (2016) *Neutropeni – behandling*. Institutionen för medicin, Karolinska institutet/Karolinska universitetssjukhuset Huddinge.
><http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=2963>< (2016-09-28)
- Persson E, Määttä S, (2012) To provide care and be cared for in a multiple-bed hospital room. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(4), 663-670.
- Polit D, Beck C, (2014) *Essentials Nursing Research Appraising evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Seibert DJ, Gabel Speroni K, Mi Oh K, DeVoe M, Jacobsen K, (2014) Preventing transmission of MRSA: A qualitative study of health care workers' attitudes and suggestions. *American Journal of Infection Control*, 42(4), 405-411.
- Skyman E, Thunberg-Sjöström H, & Hellström L, (2010) Patients' experience of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(1), 101-107.
- Smittskyddslagen, 2004:168.
- Socialstyrelsen, (2006) *Att förebygga vårdrelaterade infektioner*.
- Socialstyrelsen, (2015) *Svår medfödd neutropeni*.

Stajduhar KI, Neithercut J, Chu E, Pham P, Rohde J, Sicotte A, Young K, (2000) Thyroid cancer: patients' experiences of receiving iodine-131 therapy. *Oncology Nursing Forum*, 27(8), 1213-8.

Svensk sjuksköterskeförening, (2010) *Svensk sjuksköterskeförenings strategi för utbildningsfrågor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening

Tarzi S, Kennedy P, Stone S, Evans M, (2001) Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: Psychological impact of hospitalization and isolation in an older adult population. *Journal of Hospital Infection*, 49, 250–254.

Trost J, (2010) *Kvalitativa intervjuer*. (Tredje upplagan) Lund: Studentlitteratur.

Ward D, (2000) Infection control: reducing the psychological effects of isolation. *British Journal of Nursing*, 9(3), 162-170.

Örtqvist Å, (2004) Modern sjukvård kräver välfungerande infektionskliniker: Smittsamma patienter måste kunna isoleras och basala hygienrutiner följas. *Läkartidningen*, 101(39), 2980-2982.

BILAGA

Bilaga 1. Informationsbrev

Bilaga 2. Intervjuguide

Bilaga 1. Informationsbrev

Projektets titel: Sjuksköterskans upplevelser av isoleringsvård	Datum: 20160915
Studieansvariga: Alexandra Jonsson Alex4ndraj@gmail.com 0707667048 Evelina Sundhall Sundhall@live.com 0761359315	Studerar vid Malmö högskola, Fakulteten vid hälsa och samhälle, 205 06 Malmö, Tfn 040- 6657000 Utbildning: Sjuksköterskeprogrammet Termin 5
<p>Hej!</p> <p>Vi är två sjuksköterskestudenter som studerar termin 5 på Malmö högskola. Under november och december skall vi göra vårt kandidatarbete och då infektionsvården intresserar oss vill vi fördjupa oss i vården av isolerade patienter. Vi kommer göra en intervjustudie där syftet är att belysa sjuksköterskans upplevelser av att vårda isolerade patienter inom infektionsvården. Vi planerar att intervjua 6-8 sjuksköterskor med fast anställning på infektionsavdelning. Du som sjuksköterska ska ha haft minst 1 års erfarenhet av att vårda isolerade patienter.</p> <p>Intervjun kommer vara uppbyggd med öppna frågor och det kommer endast vara du och en av oss som är närvarande. Intervjuerna kommer dokumenteras genom inspelning och beräknas ta ca 30-45 minuter. De kommer äga rum någon gång under veckorna 45-47. Platsen och tiden bestäms utifrån dina önskemål.</p> <p>Materialet kommer att behandlas konfidentiellt och dina uppgifter kommer skyddas och avidentifieras. Deltagandet i undersökningen är frivilligt och du kan när som helst avbryta ditt deltagande. Innan påbörjad intervju kommer du få skriva på en samtyckesblankett. Efter godkänd examination kommer publicering av uppsatsen ske på Malmö University electronic publishing (MUEP).</p> <p>Om du är intresserad av att delta eller har några frågor angående undersökningen eller deltagandet får du gärna kontakta oss via mail eller telefon.</p> <p>Med vänliga hälsningar Alexandra Jonsson och Evelina Sundhall Sjuksköterskestudenter vid Malmö högskola</p>	

Bilaga 2. Intervjuguide

Intervjun börjar med insamling av bakgrundsdata som följs av en inledningsfråga och uppföljningsfrågor. Sonderande och specificerade frågor används för att få veta mer om det som sagts.

Bakgrundsdata

- Examensår
- Anställning på infektionsavdelning
- Kön
- Ålder

Inledande fråga

- Vad har du haft för tidigare upplevelser av att vårda isolerade patienter?

Uppföljningsfrågor

- Skulle du kunna berätta om en specifik situation som haft en stor inverkan på dig?
- Anser du att det finns några fördelar och nackdelar med att vårda isolerade patienter?
- Finns det något du som sjuksköterska gör annorlunda när du vårdar isolerade patienter jämfört med dem som inte är isolerade?
- Finns det några specifika omvårdnadsåtgärder som du använder dig av i vården av isolerade patienter?
- Hur bedömer du att kontakten med närstående fungerar för den isolerade?
- Vilka tips skulle du vilja ge till dig själv som ny inom detta område, som du efter erfarenhet vet idag?

Avslutande fråga

- Hur tycker du det är att vårda isolerade patienter?

Sonderande frågor

- Skulle du vilja utveckla detta vidare?
- Har du fler exempel?
- Kan du ge en mer detaljerad beskrivning?
- Kan du berätta mer?

Specificerande frågor

- Hur reagerade du egentligen i denna situation?
- Vad gjorde du i denna situation?
- Hur upplevde du denna situation?
- Vad fick du för respons från patienten?