



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Sjuksköterskans upplevelser av isoleringsvård vid smittsam sjukdom.

En litteraturstudie

Nathalie Andersson

Martina Lindén

Handledare: Johan Berglund

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona Maj 2017

Sjuksköterskans upplevelser av isoleringsvård vid smittsam sjukdom.

Nathalie Andersson
Martina Lindén

Sammanfattning

Bakgrund: Ibland vårdas patienter med smittsam sjukdom under isolering. Detta för att förhindra att smitta sprider sig ytterligare till medpatienter eller vårdpersonal. Att vårda patienter med smittsam sjukdom utgör en ökad risk för sjuksköterskan att smittas.

Smittprevention och försiktighetsåtgärder är också faktorer som kan påverka omvårdnaden och är dessutom avgörande för sjuksköterskans och patientens säkerhet.

Syfte: Syftet var att beskriva sjuksköterskans upplevelser av omvårdnad i samband med isoleringsvård vid smittsam sjukdom

Metod: För att besvara studiens syfte användes en litteraturstudie med kvalitativ design. Vetenskapliga artiklar samlades in och kvalitetsgranskades. Därefter genomfördes innehållsanalys på samtliga artiklar och kategorier plockades fram.

Resultat: Fyra kategorier växte fram ur resultatet av litteraturstudien. Dessa var: *oro för smittspridning, mellanmänskliga aspekter i omvårdnaden, känsla av maktlöshet samt vikten av kunskap och erfarenhet.*

Slutsats: Det upplevdes en oro inför smittspridning och resurser som inte räckte till. Dessa aspekter kunde påverka omvårdnaden och relationen till patient och anhöriga. Dock var de flesta sjuksköterskor överens om att trots detta försöka uppnå omvårdnad av god kvalitet. Tidigare kunskap och erfarenhet av smittspridning bidrog positivt till omvårdnadsarbetet och minskade sjuksköterskornas riskuppfattning.

Nyckelord: Isoleringsvård, omvårdnad, sjuksköterska, smittsam sjukdom, upplevelser.

Innehållsförteckning

Inledning.....	5
Bakgrund	6
Isoleringsvård	6
Smittsam sjukdom	6
Smittprevention	7
Omvårdnad	7
Upplevelser.....	8
Teoretisk referensram – Joyce Travelbees omvårdnadsteori	8
Syfte	9
Metod	9
Urval	10
Datainsamling	10
Kvalitetsgranskning.....	11
Dataanalys	11
Etiska överväganden.....	12
Resultat.....	12
Oro för smittspridning	13
<i>Oro för att bli smittad eller smitta andra.....</i>	13
<i>Betydelsen av smittprevention.....</i>	14
Mellanmänskliga aspekter i omvårdnaden	15
<i>Att möta patientens behov.....</i>	16
<i>Att möta anhörigas behov.....</i>	17
Känsla av maktlöshet.....	17
<i>Att inte räcka till</i>	18
<i>Att bli skuldbelagd</i>	19
Vikten av kunskap och erfarenhet	19
<i>Känsla av ansvar i att förmedla kunskap.....</i>	20
Diskussion	22
Metoddiskussion.....	22
Resultatdiskussion	24
Slutsats.....	26
Självständighet	27
Referenser.....	28

Bilaga 1: Databassökningar.....	32
<i>Tabell 1</i> : Sökningar i Cinahl headings	32
<i>Tabell 2</i> : Fritextsökningar	33
<i>Tabell 3</i> : sökningar i PubMed	34
Bilaga 2: Granskningsprotokoll	35
Bilaga 3: Artikelöversikt	38
Bilaga 4: Exempel på analysarbete	40

Inledning

Isoleringsvård kan bli aktuellt när en infektion är mycket smittsam och mottagligheten stor hos de som riskerar att utsättas för smitta (Ransjö & Åneman, 2006). Doan, Kong, Kirkpatrick och McBryde (2014) påtalar att det är viktigt att isolera källan till smittspridning för att förhindra att infektionen sprider sig ytterligare.

I en tidigare studie framkom det att patienternas tillstånd är av betydelse för spridningsrisken (Kawakami & Misao, 2014). I de fall där behovet av omvårdnad är större ökar kontakten med sjuksköterskan vilket medför en ökad risk för överföring av infektion (ibid.). En annan tidigare studie har visat att utveckling av ångestproblematik är högre hos patienter som vårdas under isolering jämfört med andra patientgrupper (Barrat, Shaban & Moyle, 2011). Det framkom även att sjuksköterskor inte visste hur de skulle förhålla sig till dessa patienter då de kände sig otillräckliga i att hantera de psykologiska behoven (ibid.). En tidigare studie visar att sjuksköterskor upplever isoleringsvården som tidskrävande och att isolering medför färre besök hos patienten då skyddskläder är ett krav (Seibert, Gabel Speroni, Kyeung Mi, DeVoe & Jacobsen, 2014). I en annan studie visade resultatet att sjuksköterskor känner sig skuldbelagda när infektion sprider sig på avdelningen (Musau, Baumann, Kolotylo, O'Shea & Bialachowski, 2015). De beskriver också emotionell stress i arbetet.

Det kan vara utmanande för sjuksköterskan att bedriva omvårdnad och främja välbefinnande hos patienter som vårdas under isolering. Faktorer av betydelse för denna patientgrupp är de försiktighetsåtgärder som ligger som grund för en säker vård och de psykosociala aspekter som isolering kan medföra för patienten. Det är viktigt att sammanställa forskning för att beskriva sjuksköterskans styrkor och eventuella problemområden av att ge omvårdnad till patienter under isoleringsvård. Förhoppningen är att studien kan bidra som underlag för ett eventuellt förbättringsarbete inom området.

Bakgrund

Isoleringsvård

Isolering definieras som ett tillstånd där en individ upplever en minskad nivå av normalt sinnesintryck och social möjlighet med ofrivilliga begränsningar av fysiskt utrymme eller rörelse (Gilmartin, Grota & Sousa, 2013). Inom den somatiska vården innebär isolering att patienten är avskild, ofta i ett enkelrum, när risk för smitta föreligger (Ericson & Ericson, 2009). Detta för att begränsa kontakt med andra patienter och personal. Vårdpersonal och patienter under samma tak har en ökad risk att utsättas för smitta. På vissa avdelningar på sjukhus finns även enkelrum utrustade med sluss s.k. isoleringsenhet. I en isoleringsenhet kan även luftburen smitta begränsas (Ransjö & Åneman, 2006). Vid droppsmitta och kontaktsmitta är enkelrum ett bättre alternativ. Det finns även något som kallas skyddsisolering där patienter med immunbrist vårdas. Detta för att skydda patienten från att utsättas för smitta då deras immunförsvar är nedsatt (ibid.). I föreliggande studie kommer fokus att ligga på isolering i samband med smittsam sjukdom.

Smittsam sjukdom

Enligt Smittskyddslagen (SFS 2014:168) avses alla sjukdomar som innebär ett hot mot människors hälsa och som kan överföras till eller mellan människor som smittsamma sjukdomar. Sahoo, Tamhanker, Johansson & Ståsbj Lundborg (2014) beskriver att smittsamma sjukdomar kan överföras från människa till människa, miljö till människa, djur till människa och genom fysisk kontakt med personer eller djur som är smittade. Smittsamma sjukdomar indelas i allmänfarliga- och samhällsfarliga sjukdomar (SFS 2014:168). Allmänfarliga sjukdomar är smittsamma sjukdomar som kan vara livshotande, långvariga, innebära svårt lidande eller som kan leda till andra allvarliga följder. Influensa A (H1N1) även kallad svininfluensan räknades tidigare som en allmänfarlig sjukdom men är numera en av flera säsongsinfluensavarianter. Vid allmänfarliga sjukdomar kan smittspridning förebyggas genom åtgärder avsett för den som är smittad. Samhällsfarliga sjukdomar är smittsamma sjukdomar som kan få en spridning i samhället och som kan komma till att innebära stora konsekvenser för viktiga samhällsfunktioner om de sprids. Svår akut respiratorisk sjukdom (SARS) är ett exempel på en samhällsfarlig sjukdom. För att förhindra spridning av samhällsfarliga sjukdomar krävs extraordinära smittskyddsåtgärder (ibid.).

Smittprevention

För att förhindra smittspridning inom vården är det viktigt att vidta försiktighetsåtgärder (Ransjö & Åneman, 2006). Åtgärderna kan innefatta isolering, basala hygienrutiner, extra skyddsutrustning och särskilda städrutiner beroende på vilken smittsam sjukdom det rör sig om (Guillemin, Marrel, Beriot-Mathiot, Doucet, Kazoglou, Luxemburger & Arnould, 2015). Genom att följa dessa försiktighetsåtgärder noggrant kan överföring av smitta undvikas mellan patienter och sjukvårdspersonal. Det är viktigt att alla personer som kommer i kontakt med smittsamma patienter följer åtgärderna såväl sjukvårdspersonal som besökare. Basala hygienrutiner krävs i all vård för att hindra överföring av smitta via händer och kläder (Ransjö & Åneman, 2006). Den vanligaste av alla smittvägar är kontaktsmitta via händerna. Basala hygienrutiner är därför den viktigaste åtgärden för att förebygga smittspridning inom vården. Rutinerna innefattar handhygien, bruk av handskar och skyddsrock/plastförkläde i vårdarbetet. Åtgärder utöver basala hygienrutiner involverar bland annat stänkskydd, munskydd, andningsskydd, städning och punktdesinfektion. Det kan finnas särskilda regler för vissa smittsamma sjukdomar som regleras i smittskyddslagen (ibid.). Samhällsfarliga sjukdomar kräver till exempel särskilda smittskyddsåtgärder som involverar karantän och avspärrningar (SFS 2014:168). Vidare beskriver Porto Dias, Moto Lima, Soares Nobre och Rodrigues Feijão (2013) vikten av vaccination inom sjukvården. Sjukvårdspersonal som arbetar med patienter som bär på smittsam sjukdom exponeras dagligen för smitta. Vaccin är ett effektivt sätt att förhindra smitta och kan förebygga sjukdom och livskvalitet för yrkesverksamma inom sjukvården (ibid.).

Omvårdnad

Svensk sjuksköterskeförening (2016) beskriver att antaganden om människans tillvaro och förståelsen av vad en människa är spelar en viktig roll för att förstå vad omvårdnad är och bör vara. Omvårdnad innebär att ge stöd, vägledning och aktiv hjälp utifrån människans individuella behov och förutsättningar. En viktig del i omvårdnaden är att se personen bakom etiketten ”patienten” (Andersson, Willman, Sjöström-Strand & Borglin, 2015). Detta för att få en förståelse för personens individuella upplevelser av sjukdom som sedan kan användas i omvårdnaden för att se till patientens bästa. Omvårdnadens huvudsakliga uppgift är att främja hälsa och välbefinnande liksom att förebygga ohälsa och lidande. Det handlar även om att främja en fridfull och värdig död vid ohälsa eller sjukdom (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Detta ska bedrivas med avseende till kulturell bakgrund, ålder, kön och sociala villkor.

Vidare är även omvårdnadsrelationen viktig att beakta där målet är att patient och närstående ska bli partners i omvårdnaden, känna trygghet och uppleva respekt (ibid.).

Upplevelser

Eriksson (1987) menar att människans medvetande och självmedvetande utgör grunden för människans upplevelser. Det innebär att människans upplevelser formas av hur personen uppfattar sig själv och sin omgivning. Vidare beskriver Bruner och Turner (1986) att en upplevelse kan vara en handling, ett intryck eller en känsla. Upplevelser omfattas även av de reflektioner som uppstår kring dessa handlingar och känslor. Langemar (2008) menar att människans upplevelser är ens egna men för att synliggöra innebörden och meningen med olika upplevelser måste det förstås och tolkas av en annan.

Teoretisk referensram – Joyce Travelbees omvårdnadsteori

Joyce Travelbee definierar begreppet omvårdnad som en mellanmännisklig process där sjuksköterskan hjälper en individ, en familj eller ett samhälle att förebygga eller klara av sjukdom och lidande samt vid behov finna en mening i dessa upplevelser (Travelbee, 1971).

Travelbee beskriver att för att förstå vad omvårdnad handlar om så krävs det att man förstår interaktionen mellan sjuksköterska och patient, hur deras interaktion kan upplevas samt vilka följder det kan ha för patienten (Travelbee, 1971). Interaktionen är en ömsesidig process där två eller fler individer delar eller förmedlar sina tankar och känslor. Interaktionen är även en förutsättning för att kunna bedriva en god omvårdnad. Travelbee menar att relationen mellan sjuksköterska och patient leder till en mellanmännisklig relation först då de genomgått flera interaktionsfaser. Första interaktionsfasen är det första mötet som kännetecknas av att individerna är främmande för varandra och har således stereotypa uppfattningar och förväntningar på den andra parten. I denna fas sker ett första intryck och en känsla av den andra partens personlighet. Den andra fasen är framväxt av identiteter där sjuksköterskans och patientens identiteter och personligheter synliggörs allteftersom interaktionen utvecklas. Här försvinner de stereotypa uppfattningarna och ett band börjar formas mellan sjuksköterska och patient. Fas tre är empati som innebär att man deltar i och förstår meningen och betydelsen av den andres tankar och känslor. Därefter kommer sympatifasen som innebär att ha medkänsla med den andres lidande samt en önskan om att lindra detta lidande. Sista fasen är ömsesidig förståelse och kontakt. I denna fas delar de involverade varandras innersta tankar, känslor och

attityder. Det är först när sjuksköterska och patient delar samma upplevelse som den blir meningsfull och betydelsefull för dem båda. Alla dessa faser präglas av kommunikation, både verbal och icke-verbal (ibid.).

Travelbee ser kommunikation som ett av sjuksköterskans viktigaste redskap och en förutsättning för att nå målet för omvårdnad, nämligen hjälpa patienten att ta sig igenom sjukdom och lidande samt finna en mening i sina upplevelser (Travelbee, 1971). För att uppnå detta mål fodras det att kommunikationen mellan sjuksköterska och patient fungerar. En god kommunikation möjliggör det för sjuksköterskan att förstå patientens upplevelser, erfarenheter och lidande. Kan sjuksköterskan sedan identifiera och tillgodose patientens behov, så har kommunikationen nått sitt syfte. Travelbee menar att kommunikation kan antingen lindra eller förstärka den sjukes isolering och ensamhet. Det är därmed av stor vikt att sjuksköterskan behärskar kommunikationens teknik (ibid.).

Vård under isolering kan bli aktuellt när det föreligger en risk för exponering av smittsam sjukdom. Detta är en av flera försiktighetsåtgärder som tillämpas för att förhindra och förebygga smittspridning. Omvårdnad är sjuksköterskans huvudområde och innebär att hjälpa en individ, en familj eller ett samhälle att främja hälsa och förebygga sjukdom. Sjuksköterskors upplevelser av att ge omvårdnad till smittsamma patienter under isolering kan spegla hur processen fungerar inom detta område.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans upplevelser av omvårdnad i samband med isoleringsvård vid smittsam sjukdom.

Metod

Den valda metoden för arbetet var en systematisk litteraturstudie. I en litteraturstudie används litteratur som källa där information hämtas till arbetet (Olsson & Sörensen, 2011). Här ingår bl.a. vetenskapliga artiklar, böcker och patografier. Kvalitativ design karakteriseras av det holistiska synsättet och inriktar sig vanligen på personens levda erfarenheter av ett fenomen (Henricson & Billhult, 2012). Föreliggande litteraturstudie har sammanställt vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats. En kvalitativ ansats innebär att forskaren vill ha en

helhetsförståelse och en djupare bild av det undersökande området. Forskaren undersöker det valda ämnet med ett opartiskt förhållningssätt (Olsson & Sörensen, 2011).

Urval

Databaser som användes för att söka efter de inkluderade artiklarna var PubMed och Cinahl. PubMed är en databas innehållandes olika tidskrifter och artiklar, främst inom områden gällande omvårdnad och medicin (Willman, Stoltz och Bahtsevani, 2011). Cinahl är en databas där artiklarna istället rör området omvårdnadsvetenskap. I sökandet efter vetenskapliga artiklar användes inklusionskriterier. I dessa ingick att artiklarna skulle vara av kvalitativ design, engelskt språk och ”peer reviewed”. Med ”peer reviewed” menas att artikeln har blivit granskad av experter inom området (ibid.). Som inklusionskriterie valdes också ett tidsspann på mellan år 2000-2017 då det eftersträvades ny och relevant data samt att de valda artiklarna skulle handla om isoleringsvård vid smittsam sjukdom. Ett exklusionskriterie för vetenskapliga artiklar var isoleringsvård i samband med psykiatrisk vård.

Datainsamling

Datainsamlingen för litteraturstudien skedde genom databaserna PubMed och Cinahl. Dessa är databaser innehållandes tidskrifter som omfattar omvårdnad och medicin (Willman, 2016). Detta var av relevans för den föreliggande litteraturstudien då området berör omvårdnad. Sökorden som användes i sökandet efter vetenskapliga artiklar var följande MeSH-termer och Cinahl headings: *nurses, patient isolation, cross infection, infection control, nurse attitudes, nurse's experience, hospital isolation, psychosocial factors och nurse-patient relations*, se bilaga 1. Det gjordes även fritextsökningar för att öka chanserna att hitta relevanta artiklar. Dessa sökningar är även de presenterade i bilaga 1. För att relevansen av de olika artiklarna i databaserna ska bli tydligare så tilldelas dessa olika ämnesord relevanta för ämnet (Willman m.fl, 2011). Sökningarna gjordes i block då dessa sökord kombinerades, se bilaga 1. Vid blocksökning sker en sökning av de olika orden var för sig och kombinerades sedan i block med varandra (SBU, 2014). Vid sökning av artiklar kan trunkering användas för att hitta ord med flera ändelser. I slutet av det tänka ordet används en asterisk (*) och resultatet kan blir fler ord med olika ändelser (Willman m.fl, 2011). Denna metod användes vid fritextsökning av relevanta artiklar. Sökorden kombinerades även med varandra tillsammans med AND och OR (Booleska söktermer) vid blocksökning. När två ord kombineras i en sökning används

AND som sökterm, medan OR används för att söka på begrepp som ligger nära varandra (Kristensson, 2014). Detta ökar sökningens tillförlitlighet. Detta resulterade i att tolv artiklar samlades in för att gå vidare till kvalitetsgranskning.

Kvalitetsgranskning

För kvalitetsbedömningen av de valda artiklarna användes SBU:s granskningsmall för studier med kvalitativ design. Rosén (2014) beskriver att SBU:s granskningsmall används för bedömning av studiers kvalitet. Här sker bedömningen genom en systematisk granskning av den vetenskapliga litteraturen. Det innebär att ett systematiskt förhållningssätt tillämpas vid sökning av relevant litteratur, urval och kvalitetsgranskning (ibid.). Båda parter utförde individuella kvalitetsbedömningar av artiklarna och därefter granskades dessa gemensamt i för att säkerställa likvärdiga kvalitetsgranskningar. SBU har utvecklat separata granskningsmallar för olika studietyper, så kallade checklistor (SBU, 2014), se bilaga 2. I mallen finns olika frågor som rör artiklarnas tillförlitlighet. Svaren som kan kryssas i är ”ja”, ”nej”, ”oklart” och ”ej aktuellt”. Brister i en studie kan framträda med hjälp av mallen. Granskarna måste sedan ta ställning till i hur stor utsträckning dessa brister påverkar studiens tillförlitlighet (ibid.). Detta resulterade i att tre artiklar föll bort eftersom de inte uppnådde kraven för kvalitet. När kvalitetsgranskningen var färdig återstod nio artiklar som användes till resultatet i föreliggande studie.

Dataanalys

De data som framkom av de vetenskapliga artiklarna analyserades med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys. Den kvalitativa innehållsanalysen är nödvändig för att resultatet i de vetenskapliga artiklarna ska bli grundligt genomsökta (Olsson & Sörensen, 2011). Det innebär att välja ut meningsenheter, kondensera dessa, koda och kategorisera textmaterialets innehåll. Det finns två inriktningar i en innehållsanalys. Den manifesta ansatsen i innehållsanalysen fokuserar på de uppenbara delarna i texten. Den latent ansatsen fokuserar mer på att tolka innehållet i texten (ibid.). Analysen för litteraturstudien utgick från en manifest ansats då risken fanns att ytterligare tolkning av innehållet i de vetenskapliga artiklarna kunde innebära att trovärdigheten minskade. Meningsenheterna bröts ner till mindre texter med färre antal ord, så kallad kondensering. Detta för att få fram det väsentliga i texten och för att tydliggöra innebörden av orden. Kodning och kategorisering av innehållet gjordes för att få struktur i arbetet och för att få ett djupare innehåll, se bilaga 4. De artiklar som användes i den

föreliggande studien lästes igenom av båda parter innan meningsenheter plockades ut. De meningsenheter som var aktuella var de som svarade på syftet för studien. Dessa infördes sedan i en tabell och översattes till svenskt språk. I en innehållsanalys letar granskaren efter teman som är återkommande i innehållet i texten (Wibeck, 2012). Med analys menas att texten delas upp i flera mindre delar och varje del undersöks (Skott, 2012). En tolkning av texten sker när dessa delar sätts samman och bedöms som en helhet. Analysen står för struktur och tolkningen står för uppkomsten av mening i texten. Kodning av meningsenheter innebär att kortfattat beskriva meningsenheternas betydelse, vilket senare leder till en kod som symbol för betydelsen (Graneheim & Lundman, 2004). I arbetet med innehållsanalysen användes två artiklar med fler professioner som informanter i resultatet. Detta var något som noterades och endast den information som lämnades av sjuksköterskorna (nurses) användes i resultatet i föreliggande studie.

Etiska överväganden

Enligt Wallengren och Henricson (2012) så är det vid litteraturstudier där vetenskapliga artiklar används som informationskälla viktigt att undersöka om de valda artiklarna och studierna har etiska överväganden. Detta för att det vetenskapliga värdet ska öka. Det är också bra om de har tillstånd av en etisk kommitté eller liknande (ibid). I föreliggande studies resultat ingår nio artiklar varav sex stycken erhåller ett etiskt godkännande vilket framgår i respektive metodbeskrivning. De återstående tre artiklarna saknar ett tydliggörande av detta men användes i föreliggande studie på grund av deras innehållsrika resultat.

Resultat

Analysarbetet resulterade i fyra kategorier och tillhörande underkategorier.

Tabell 1 översikt över kategorier och underkategorier.

Kategori	Underkategori	Underkategori
Oro för smittspridning	<i>Oro för att bli smittad eller smitta andra</i>	<i>Betydelsen av smittprevention</i>
Mellanmänniska aspekter i omvårdnaden	<i>Att möta patientens behov</i>	<i>Att möta anhörigas behov</i>
Känsla av maktlöshet	<i>Att inte räcka till</i>	<i>Att bli skuldbelagd</i>
Vikten av kunskap och erfarenhet	<i>Känsla av ansvar i att</i>	

Oro för smittspridning

Några sjuksköterskor upplevde att det var en oundviklig yrkesrisk att vårda patienter med infektionssjukdomar och därmed utsättas för smitta (Koh et al., 2012). En del sjuksköterskor accepterade dessa risker eftersom de såg det som en del av deras professionella skyldighet. Sjuksköterskorna uppgav att dem känner att de inte kan sluta arbeta på grund av rädslan för sjukdomen eftersom det skulle vara oetiskt som vårdpersonal (Wong, Wong, Lee, Cheung, & Griffiths, 2012).

Oro för att bli smittad eller smitta andra

Sjuksköterskorna uttryckte en oro över att bli smittade under arbetet med patienter som bar på en smittsam sjukdom (Chen, Chen, Lee & Yang, 2016). Trots att sjuksköterskorna ansåg att de gjort allt de fick lära sig för att förhindra att bli smittade så var de fortfarande rädda för överföring av sjukdom från sina patienter. Sjuksköterskorna upplevde sig vara oerhört oroliga att insjukna i svininfluensan eftersom dödligheten ansågs vara hög, mycket högre en vanlig säsongsinfluensa (Lam & Hung, 2013). Hälsotillståndet hos isolerade patienter upplevdes ha betydelse för omvårdnaden (Chen et al., 2016). Ett mer komplext hälsotillstånd krävde enligt sjuksköterskorna mer omvårdnad vilket resulterade i mer tid för kontaktnära arbete och en ökad risk att utsättas för smitta av patienten. Multipla hälsoproblem upplevdes öka komplexitet i patientvården (ibid.).

Sjuksköterskorna upplevde även en rädsla i att smitta sin familj med sina patienters sjukdom (Chen et al., 2016). De var rädda för att sprida bakterier vidare till sina barn. En del sjuksköterskor uppgav att de inte bara var rädda för sin egen del att utsättas för smitta utan oron avsåg främst familjen (Koh, Hegney & Drury, 2012). Deras exponering för smittade patienter, kollegor eller besökare till organisationen ökade risken att oavsiktligt smitta familjen. Denna rädsla ökade för de sjuksköterskor som levde med äldre föräldrar. Några sjuksköterskor uttryckte en rädsla för att sprida smittan till sina föräldrar eftersom de var gamla och hade nedsatt immunförsvar. Svininfluensaviruset uppfattades kunna orsaka död endast i utsatta befolkningsgrupper. De var bekymrade över de hälsorisker som kunde drabba de mer utsatta som till exempel den äldre befolkningen (ibid.). Några sjuksköterskor var oroliga för att sprida sjukdomen till sina morföräldrar eftersom de var svaga och sjuka så de

försökte isolera sig och hålla sig på avstånd från dem (Lam et al., 2013). De var också oroliga för smittspridning i arbetsmiljön på isoleringsavdelningen (Chen et al., 2016). Smittspridning kan ske snabbt i arbetsgruppen eftersom alla äter tillsammans i fikarummet (Koh et al., 2012).

Betydelsen av smittprevention

Skyddsutrustningar upplevdes avgörande för att sjuksköterskorna skulle känna sig trygga vid vårdandet av smittsamma patienter. Några sjuksköterskor kände att en maktlöshet framträdde på grund av oerfarenhet av skyddsutrustning (Chung, Wong, Suen & Chung 2005). Detta omfattade isoleringsrum, skyddsmasker, handskar, skyddsklädsel och ögonskydd. En del av skyddsutrustningen är särskilda masker som är avsedda för att förhindra överföring av smitta (Chen et al., 2016). Sjuksköterskorna uppgav att maskerna varierade i storlek. De mindre maskerna gjorde det svårt att andas och den större storleken skapade oro för att smittas av bakterier. De upplevde ingen trygghet i användandet av dessa masker.

Sjuksköterskorna beskrev flera strategier som kunde bidra som skydd i arbetet (Koh et al., 2012). Dessa strategier kunde omfatta externt och internt självförsvar (Chen et al., 2016). Det externa försvaret utrustade sjuksköterskorna med ett skydd mot infektion innan patientkontakt. Det interna skyddet innebar medvetenhet om sin personliga hälsa vilket deras professionella kunskap bidrog till. Risken att smittas av patienter upplevdes som lägre vid god hälsa och motstånd mot sjukdomar. Sjuksköterskorna påtalade vikten av att ta hand om sin hälsa vilket kunde innebära en hälsosam kost och god sömn. En del intog även ett tillskott av multivitamin varje dag. Sjuksköterskorna värderade vikten av att tvätta händerna och bära skyddsmask. De betonade också vikten av handtvätt på rätt sätt och vid rätt tidpunkt. Sjuksköterskor ansåg att handtvätt inte bara var ett skydd för de själva utan även var nödvändigt för att skydda andra människor (ibid.). Sjuksköterskorna uppgav att de fick en ny uppskattning om hur enkelt försiktighetsåtgärder kan brytas och hur lätt smitta kan spridas, därför var de överens om att handtvätt är en viktig aspekt gällande vårdhygieniska åtgärder (Mitchell, Cummins, Spearing, Adams & Gilroy 2002).

En annan skyddsåtgärd vid arbete med smittsamma patienter var influensavaccination (Chen et al., 2016). Sjuksköterskorna upplevde att erbjudandet av influensavaccination bidrog till en bra policy och visade att sjukhuset bryr sig om sina medarbetare. Många mottog vaccination eftersom de ansåg att detta var nödvändigt för att skydda sig själva och familjen. De kände även att en vaccination var nödvändig på en avdelning med hög risk för att smittas.

Några sjuksköterskor rapporterade om problem med otillräckligt många isoleringsrum (Wong et al., 2012). Avdelningen där de jobbade hade många sängar men inte tillräckligt med rum. Ibland fanns det två sängar i samma rum och de var rädda att detta skulle leda till smittspridning bland patienterna. Sjuksköterskorna påtalade även att väntrummen där patienter med feber eller symtom på övre luftvägsinfektion hänvisades till var för små (Lam, Kwong, Hung & Pang 2016). Detta ledde till att det ofta blev trångt och överbelastat. Eftersom alla patienter inte var smittade så kunde detta även innebära en risk för smittspridning bland dessa patienter. Några sjuksköterskor beskriver sina egna färdigheter inom infektionsvård som bra och att de följer alla riktlinjer (Jackson, Lowton & Griffiths 2014). De upplever sig som noga med att se till att inte ta med sig någonting ut från rummen och att alltid tvättar sina händer. Dock ansåg några sjuksköterskor att det kunde uppstå problem när de gick in till patienter utrustade med handskar och förkläde då de fick uppfattningen av att patienterna kunde känna sig smutsiga, vilket de inte var. Några sjuksköterskor uttrycker det som att patienterna känner sig generade för att de tror att människor tycker dem är smutsiga. Dock uttryckte andra sjuksköterskor att dem hela tiden måste bära skyddsklädsel innan de närmar sig patienter med misstänkt infektion. Detta upplevdes utgöra vissa svårigheter i omvårdnadsarbetet då de påtalar besvärligheten som uppstår i att ständigt ta på och av skyddsklädsel när de lämnar eller kliver in i ett isoleringsrum (ibid.). Några sjuksköterskor ansåg att problem kan uppstå med överdrivna riktlinjer (Lam et al., 2013). Några sjuksköterskor rapporterade även ett överskott av information och regler som snabbt kunde förändras inom infektionskontroll.

Mellanmänskliga aspekter i omvårdnaden

Rollen som sjuksköterska upplevdes som tyngre än de andra professionerna eftersom sjuksköterskan var den centrala punkten i patienthanteringen (Wong et al., 2012). Användandet av skyddsklädsel och trötthet från en stor arbetsbelastning resulterade i frustration och tidsbrist hos sjuksköterskorna (Mitchell et al., 2002). Några sjuksköterskor berättade att de var frustrerade i början när alla bar skyddsutrustning (Chung et al., 2005). Det upplevdes dock också att arbetet som vårdande sjuksköterska innebar en mottaglighet för andra människors behov och en vilja att försöka möta dessa behov så långt det var möjligt (ibid.).

Att möta patientens behov

Virusbelastningen upplevdes vara en bidragande faktor i smittsamhet (Wong et al., 2012). Sjuksköterskorna fick därför höra att dem skulle undvika långvarig exponering och att de skulle förkorta tiden dem spenderade med patienterna (Chung et al., 2005). En del av dem upplevde svårigheter i att ta hand om smittade patienter som även hade andra underliggande sjukdomar (Chen et al., 2016). Sjuksköterskorna rapporterade även att de kände sig oroliga för patienterna och att de ville göra det bästa de kunde (Mitchell et al., 2002).

Sjuksköterskorna kände empati när dem lärde känna sina patienter (Chung et al., 2005). Några sjuksköterskor uppgav att dem lärde känna patienterna bättre och att de kände empati med patienterna och försökte sätta sig in i deras skor. Dem försökte tänka hur de skulle känna om det var en av deras vänner. Sjuksköterskorna berättade att de försökte föreställa sig vad patienten gick igenom (Mitchell et al., 2002).

På en infektionsavdelning upplevdes sjuksköterskorna som trevliga och lättillgängliga och tillämpade inte onödiga restriktioner för patienterna (Chung et al., 2005). Sjuksköterskorna kände att dem hade all tid i världen för patienterna och de gav ett intryck av att inget problem var för stort. De upplevde också att de stöttade varandra i omvårdnadsarbetet (Mitchell et al., 2002). En sjuksköterska berättade att hon överlämnade en telefon till en gammal patient för att prata med sin fru (Chung et al., 2005). Hon upplevde det som otroligt hur hans syremättnad förändrades efteråt. Hon berättade att hon inte insåg vikten av att som patient få prata med sina familjemedlemmar och hur det kunde påverka deras tillstånd.

Sjuksköterskorna uppgav att det nödvändigtvis inte behöver vara en fysisk sak att ta hand om smittsamma patienter. Dem kände att de ville fråga om patienterna behövde något även om det inte ingick i deras arbetsuppgifter. Sjuksköterskorna kände att när dem verkligen brydde sig mest om sina patienter var när de gick utanför rutinerna.

De flesta sjuksköterskor avslöjade dimensioner i sjuksköterskerollen i ett rikare och kontextualiserat sätt (Jackson et al., 2014). Dem insåg betydelsen av ”de små sakerna som räknas” och hur detta kunde göra en skillnad i hur patienterna upplever omvårdnaden (Chung et al., 2005). Sjuksköterskorna berättade att omvårdnad av patienter inte bara handlar om att göra saker som patienten inte har kunskap om att göra själva t.ex. lägga om ett förband. De menade att det också handlar om att göra saker som patienterna är oförmögna att göra själva exempelvis att köpa en tidning på morgonen. En sjuksköterska berättade att en patient uttryckt tacksamhet gentemot henne och att detta gav henne en varm känsla eftersom hon såg att

patienten förbättrades (ibid). Sjuksköterskorna upplevde att detta var mer fördelaktigt än att bara följa riktlinjerna (Jackson et al, 2014).

Att möta anhörigas behov

De flesta smittsamma patienterna var isolerade och fick inte familjebesök vilket resulterade i att de flesta uttryckte en sorg och saknad av sina familjer hemma (Chung et al., 2005). Sjuksköterskorna på avdelningen noterade att dessa patienter klagade på tristess och ensamhet. Sjuksköterskorna uppfattade att den enkla närvaron av en person med tid och vilja att vara med dessa patienter var värdefullt. De flesta sjuksköterskorna kände en oro för välmående hos patienterna och deras anhöriga (Mitchell et al., 2002). Sjuksköterskorna berättade att många patienter inte kunde ta hand om sig själva och att anhöriga inte kunde komma till avdelningen för att hjälpa till på grund av den föreliggande smittrisken (Chen et al., 2016). Många i personalen förstod att familjemedlemmar hade det svårt eftersom dem inte kunde ge ett direkt stöd till sina sjuka anhöriga genom att besöka dem (Mitchell et al., 2002). Sjuksköterskorna uttryckte att omvårdnad av patienter bör omfatta familjen och att det är viktigt att förutse familjens behov (Chung et al., 2005). Sjuksköterskorna kände att det var viktigt att hjälpa familjemedlemmar att känna och förstå patienternas situation eftersom anhöriga själva inte aktivt kunde delta i processen.

Det var viktigt att hjälpa familjemedlemmar att förstå arbetet kring omvårdnaden och situationen som patienterna befann sig i (Chung et al., 2005). Ett system med dagliga lägesrapporter genomfördes per telefon i några fall. Familjemedlemmar kunde få information om patienten varje dag även när dem inte kunde komma på besök. För några av sjuksköterskorna var det viktigt att visa omsorg genom att vara betryggande. De ansåg att den känslomässiga närvaron av en sjuksköterska via telefon i kris var viktigt för familjemedlemmar eftersom det visade att någon bryr sig om dem och deras anhöriga (ibid.).

Känsla av maktlöshet

Sjuksköterskorna beskrev många olika känslor från sina erfarenheter av att ta hand om smittsamma patienter (Chung et al., 2005). De nämnde ofta upplevda känslor av maktlöshet, stress, ovana, frustration, sårbarhet, hot och empati (Koh et al., 2012). Sjuksköterskorna upplevde sig ha en hög arbetsbelastning (Mitchell et al., 2002). Deras arbete omfattade att ta hand om patienterna och sina egna arbetsuppgifter samtidigt som de skulle ta hand om

patientens besökare, övrig personal, måltider och andra patienter som inte var smittade (ibid.).

Att inte räkna till

Sjuksköterskorna beskrev en betungande arbetsbelastning (Mitchell et al., 2002). De flesta ansåg att personalen inte räckte till, att dem saknade stöd, var under konstant övervakning och en av dem kommenterade förlust av kontroll över situationen. Sjuksköterskorna upplevde också en mindre bemanning under nattsiftet (Chen et al., 2016). De ansåg att en nödsituation kunde bli svår att hantera när personalen inte räckte till, exempelvis om en patient skulle behöva HLR. Några av sjuksköterskorna rekommenderade att administratörer eller chefer justerade bemanningen. De ansåg att det var viktigt att bemanningen inte bara baserades på antalet patienter utan också på komplexiteten och deras tillstånd. Sjuksköterskorna rapporterade att den ansvariga sjuksköterskan tycktes oförmögen att ordna mer vårdpersonal. Problemet med personalbrist upplevdes vara svårt att lösa inom den närmsta framtiden och sjuksköterskorna kände att vårdkvaliteten påverkades negativt. De kände också att detta ökade deras risk för att utsättas för infektion (Koh et al., 2012). En sjuksköterska uppgav att hon fick ta hand om 19 isolerade patienter på egen hand (Chen et al., 2016). Hon kände att hon inte kunde kalla på hjälp trots att två sjuksköterskor arbetade utanför rummet. Hon var orolig att ingen vårdpersonal kunde hjälpa till. Dock så ordnade den ansvariga sjuksköterskan en assistent som skulle vara till hjälp men sjuksköterskorna såg inte detta som en långsiktig lösning. De ansåg att problemet med personalbrist kvarstod (ibid.).

Sjuksköterskorna ansåg också att det var svårt att arbeta med kollegor som inte var villiga att tilldelas arbete på infektionsavdelning då dem förnekade riskerna eller kunde bete sig upproriskt (Chung et al., 2005). Sjuksköterskorna kände att den egna arbetsinsatsen påverkades och det gjorde dem frustrerade och de kände att det var en stor press på arbetsplatsen samt att situationen med patientflödet var svår att kontrollera (Lam et al., 2013). Detta skapade en känsla av maktlöshet och obehag. Sjuksköterskorna uppgav även att de inte hade tid att tvätta händerna noggrant på grund av att de var upptagna med att ta emot samtal och patienter (Wong et al., 2012). Det var också tidskrävande att rengöra och städa rummen efter en patient hade skrivits ut.

Att bli skuldbelagd

Sjuksköterskorna upplevde att de hade ett svårt arbete att utföra och de var dessutom ofta budbäraren av dåliga nyheter på avdelningen (Mitchell et al., 2002). I perioder så var det ofta dåliga nyheter och det var svårt för sjuksköterskorna att se ljuset i slutet av tunneln. Det fanns många blandade känslor från sjuksköterskor och patienter (Jackson et al, 2014). Patienter och anhöriga var ofta förvirrade och ville skylla på någon vilket resulterade i att skulden hamnade på sjuksköterskorna (Mitchell et al., 2002). Några sjuksköterskor upplevde att det fanns plågade uttryck i kollegornas ansikten. Stämningen från några av sjuksköterskorna som hade trakasserats muntligen av patienternas anhöriga ledde till en stressig miljö på arbetsplatsen.

En sjuksköterska hamnade i en situation med en anhörig där denne skrek att det var hennes fel att sänghandtagen såg smutsiga ut efter senaste patienten (Mitchell et al., 2002).

Sjuksköterskan uppgav att hon aldrig hade vårdat patienten innan utan hade precis gått på sitt skift. När en smitta spreds upplevde sig sjuksköterskorna tvungna att hantera situationen och svara effektivt på varje ny smittad patient. Detta krävde en positiv energi och mod som stundvis kändes mycket svårt. I det tidiga stadierna av ett utbrott så kände sjuksköterskorna skuld för situationen och att det uppstod på grund av sin egen bristande uppmärksamhet för smittskyddsåtgärder. Kommentarer från patienter, deras familjer och kollegor inom och utanför enheten bidrog till denna känsla. Även om andra i vårdteamet var lika benägna att sprida vidare en infektion genom exempelvis bristande handtvätt så var det ofta sjuksköterskorna som blev skuldbelagda för utbrottet. Majoriteten av sjuksköterskorna kände att situationen var extremt stressande (Koh et al., 2012). Många av dem kände skuld när det förekom smittspridning och kände sig skyldiga till att ha bidragit till problemet (Mitchell et al., 2002).

Vikten av kunskap och erfarenhet

Sjuksköterskor med tidigare erfarenhet av SARS och som dessutom deltagit i infektionsrelaterade utbildningar uppmärksammade problem i smittprevention inom omvårdnad och i patientkontakt (Chen et al., 2016). Dock uppgav några av sjuksköterskorna med tidigare erfarenheter av SARS att det var initialt oroliga under de tidiga stadiet av H1N1-utbrottet, detta eftersom de inte visste om viruset kunde vara dödligt (Koh et al., 2012). Senare visade det sig att H1N1-viruset var mildare och att det kunde behandlas med antiviralt läkemedel. Detta resulterade i att sjuksköterskornas riskuppfattning minskade. De

sjuusköterskor som hade en låg riksuppfattning under H1N1-utbrottet uppfattade sig själva och organisationen som tillräckligt förberedda för ett pandemiutbrott, detta baserat på sina tidigare erfarenheter av SARS (Chen et al., 2016). Sjuusköterskorna uppfattade sig själva personligen förberedda inför H1N1 och de hade också större kunskap om vilka riskförebyggande strategier som skulle utföras vid ett eventuellt utbrott (Koh et al., 2012). De tidigare SARS-utbrottet upplevdes resultera i fler strategier på sjukhuset och poliklinikerna för att förbereda inför framtida pandemier. Hit hörde bland annat en strategi för förberedelse inför ett kraftigt patientflöde under ett eventuellt influensautbrott. Sjuusköterskorna uppmärksammade att sjukhuset anordnade fler möjligheter för isolering och karantän av patienter i händelse av ett nytt utbrott. Pre-pandemiska influensavaccinationer och adekvat skyddsutrustning förbereddes också för att skydda sjuusköterskorna från utbrottet vilket minskade deras rädsla. Personliga och organisatoriska strategier baserade på tidigare erfarenheter resulterade i ett ökat förtroende hos sjuusköterskorna (ibid.).

Känsla av ansvar i att förmedla kunskap

Sjuusköterskorna uppfattade att en stor del av personalen, som inte hörde till professionen, hade en varierande kunskap i försiktighetsåtgärder gällande isolering samt förståelse och acceptans av principer gällande smittprevention (Mitchell et al., 2002). Detta trots att alla anställda hade erhållit en adekvat utbildning. Sjuusköterskorna kände sig ansvariga för att kontinuerligt uppdatera medarbetarnas kunskaper. Dessutom ansåg sjuusköterskorna att den övriga personalen behövde påminnelser om användandet av handtvätt, handskar och förkläde. Sjuusköterskor berättade att de kände sig främmande, isolerade och stigmatiserade på grund av andras okunnighet på arbetsplatsen. För att minska risken för smittspridning till andra sjukhusområden så var sjuusköterskorna begränsade till de medicinska avdelningarna men detta var inte fallet för övrig personal trots att även de kunde utgöra en smittrisk (ibid.).

Naivitet, osäkerhet och brist på kunskap var något som sjuusköterskor upplevde som svårigheter vid omvårdnaden av patienter och familjer (Chung et al., 2005). Sjuusköterskorna uppgav att när en sjukdom var ny så ändrades informationen ständigt. Modifiering och uppdatering av smittpreventionsförfaranden samt rekommendationer varje dag och även timme för timme ökade frustrationen och osäkerheten. Några sjuusköterskor beskrev att de kände att allt var okänt och ogripbart. Dem kände också att de inte visste mycket mer än sina patienter. Några sjuusköterska nämnde att dem var i behov av trygghet och en mentor som skulle berätta vad som skulle göras (ibid.). Sjuusköterskorna upplevde att frekventa

uppdateringar från den äldre personalen och stöd inom och utanför enheten var mycket fördelaktigt (Mitchell et al., 2002). De ansåg att råd från äldre kollegor var mycket hjälpsamt, deras råd kunde hjälpa de yngre sjuksköterskorna att fatta beslut i frågor som rörde vart och hur smittsamma patienter skulle placeras (Lam et al., 2016). De upplevde att de kunde känna sig mer nöjda i ett beslut och en ökad säkerhet i att genomföra det. Äldre sjuksköterskor uppgav att bra metoder som integreras i det dagliga arbetet var en del av deras arbetsvanor. De uttryckte en vilja i att lära ut dessa metoder till nykomlingar. Sjuksköterskorna ansåg att stöd och omtanke resulterade i tilltro till processen och var samtidigt moralhöjande (Mitchell et al., 2002).

Sjuksköterskorna upplevde att en adekvat kunskapsbas och kommunikationsförmåga nödvändigt (Chung et al., 2005). Sjuksköterskor uppfattades vara i en bättre position än annan vårdpersonal för att bidra med information om och till patienterna, förstå deras tillstånd samt vård, behandling och sannolika framsteg. De uppfattades också vara noggranna i att leverera rätt mängd information, på rätt nivå och i rätt tid. Sjuksköterskorna kände sig tvungna att informera och utbilda patienter och anhöriga om den aktuella sjukdomen (ibid). Dock upplevde några sjuksköterskor att patienter och anhöriga ibland bidrog till en tyngre arbetsbelastning (Lam et al., 2013). Detta eftersom att patienter och anhöriga ofta ställde frågor kring sjukdomstillståndet och sjuksköterskorna kände sig tvungna att svara på deras frågor samtidigt som de redan hade alltför mycket arbete. Sjuksköterskorna upplevde även att besökare och familjer bidrog till stress när information behövde lämnas om vad som krävs för att förhindra smittspridning (Mitchell et al., 2002). Ibland var dem svåra att handskas med och ovilliga att följa rutiner för försiktighetsåtgärder. Trots utbildning i smittprevention på arbetsplatsen så kände sjuksköterskorna svårigheter i att utbilda besökarna gällande vikten av att följa försiktighetsåtgärder. Sjuksköterskorna uttryckte också vikten av att ha en person utbildad i att hantera människor som befann sig i kris och katastrofer sammankopplad i teamet (Smith, Smith, Kratochvil & Schwedhelm, 2017). Men utifrån erfarenheten som växte fram under denna tid så uppgav några sjuksköterskor att dem kände sig mer anpassade till framtida pandemier, eftersom att de är mer kunniga gällande infektionssjukdomar och mer bekanta med infektionsvård (Lam et al., 2013).

Diskussion

Metoddiskussion

En kvalitativ metod valdes eftersom forskningens resultat går in på djupet av sjuksköterskans upplevelser av omvårdnad i samband med isoleringsvård vid smittsam sjukdom. Olsson och Sörensson (2011) beskriver att styrkan med kvalitativ forskning är att resultatet grundar sig på ett fåtal individer som genererar en mer djupgående information av området som undersöks.

Databaserna Pubmed och Cinahl ger tillgång till en stor mängd material men har också sina begränsningar (Willman, 2016). De allra nyaste studierna kanske inte finns tillgängliga i databaserna. Som inklusionskriterie valdes en begränsad tidsperiod mellan åren 2000-2017 för publicering av vetenskapliga artiklar. En styrka med föreliggande studie är att den är baserad på aktuell forskning. Databassökningarna i Pubmed och Cinahl genererade i tolv artiklar varav tre sorterades bort efter kvalitetsgranskning. De kvarstående nio artiklarna som inkluderades i föreliggande studies resultat hade ett relevant och omfattande innehåll vars meningenheter svarade på föreliggande studies syfte. Genom användandet av få och innehållsrika vetenskapliga artiklar skapades möjligheten till en helhetsbild och en djupare förståelse av ämnet. Enligt Olsson och Sörensen (2011) görs insamling av litteraturdata för resultatredovisning lämpligast ur ett färre antal artiklar.

Vid datainsamlingen användes en rad sökord som ansågs lämpliga i förhållande till föreliggande studies syfte. För att inte missa värdefulla artiklar gjordes sökningar i flera databaser med sökorden i olika kombinationer. Vid databassökningarna konstaterades att det fanns en hel del kvantitativ forskning inom området. Det finns en möjlighet att resultatet hade sett annorlunda ut om föreliggande studie hade baserats på vetenskapliga artiklar med kvantitativ ansats. Vid kvantitativ forskning grundar sig resultatet på ett stort antal individer (Olsson & Sörensen, 2011). Det innebär att resultatet hade medfört en överblick av fler sjuksköterskors upplevelser. Däremot hade resultat kanske inte fått samma djup som i en kvalitativ forskning vilket eftersträvades i föreliggande studie. Databassökningarna visade även mycket forskning kring isoleringsvård i samband med psykiatrisk vård och patienters upplevelser av isoleringsvård, vilket inte var relevant för föreliggande studie. Detta visar på att det finns begränsat med kvalitativ forskning om ämnet och att det finns utrymme för vidare forskning. Genom att använda funktionen ”peer reviewed” som ett inklusionskriterie fanns en indikation på att artiklarna hade ett vetenskapligt värde. Willman, Stoltz och Bahtsevani

(2011) beskriver att om artiklarna är ”peer reviewed” har dessa blivit granskade av experter inom området.

De vetenskapliga artiklarna kvalitetsbedömdes med hjälp av SBU:s granskningsmall för studier med kvalitativ design. Granskningsmallen ansågs lämplig eftersom den är lättförståelig och är speciellt avsedd för studier med kvalitativ design. Båda parter utförde individuella kvalitetsbedömningar av artiklarna och därefter granskades dessa gemensamt för att säkerställa likvärdiga kvalitetsgranskningar. Sex vetenskapliga artiklar som inkluderades i föreliggande studies resultat bedömdes som hög kvalitet medan återstående tre artiklar bedömdes som medelhög kvalitet. Avgörande för de artiklar som bedömdes som medelhög kvalitet var att det inte framgick ett etiskt godkännande. För att öka trovärdigheten i föreliggande studie användes enbart artiklar med hög och medelhög kvalitet. Gemensamt för alla inkluderade artiklar i föreliggande studie var att de innehöll tillförlitlig och granskad information samt ett vetenskapligt resultat. Enligt Henricsson (2012) är detta underlag för att artiklarna ska kunna kvalificeras som trovärdiga. Tre artiklar som saknade dessa underlag och därmed bedömdes som låg kvalitet sorterades därför bort.

Den insamlade litteraturdata av de vetenskapliga artiklarna analyserades med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys. En styrka med föreliggande studie är att resultatet i de vetenskapliga artiklarna genomsöktes grundligt. Enligt Olsson och Sörensen (2011) kan detta implementeras genom en kvalitativ innehållsanalys. Båda parter läste noggrant igenom alla artiklar. Vid innehållsanalys valdes meningenheter ut individuellt för att sedan diskutera valda meningenheter tillsammans. För att säkerhetsställa att inga värdefulla meningenheter förbisetts läste båda parter igenom varandras artiklar ytterligare en gång. Två vetenskapliga artiklar som användes i föreliggande studies resultat innehöll intervjuer med olika professioner. Här valde både parter noggrant ut meningenheter som enbart rörde sjuksköterskan. Vidare genomfördes kondensering, kodning och kategorisering av meningsenheterna gemensamt. En svårighet var att undvika tolkning av texten då analysen för föreliggande studie utgick från en manifest ansats. Vid en manifest ansats handlar det om att fokusera på det synliga och uppenbara delarna i texten (Olsson & Sörensen, 2011). En styrka var att båda parter utförde analysen tillsammans då en ständig dialog kunde föras kring att arbeta så textnära som möjligt för att undvika tolkning. Däremot kan resultatet ha påverkats på grund av tolkningar vid översättning av meningenheter.

Resultatdiskussion

I resultatet framkom det att oron för smittspridning delades av de flesta sjuksköterskorna. Dels avsåg denna oro att själv utsättas för smitta från patienter i omvårdnadsarbetet och dels att sprida smittan vidare till familj och vänner. Sjuksköterskorna oroade sig för äldre släktingar och barn eftersom de ansågs inneha en ökad risk för allvarliga konsekvenser vid smitta av exempelvis H1N1 (svininfluensa). Enligt Smittskyddslagen (SFS 2014:168) ansågs H1N1 tidigare tillhöra gruppen allmänfarliga sjukdomar. Dessa innefattar sjukdomar av högre allvarlighetsgrad som i vissa fall kan vara livshotande eller innebära ett svårt lidande. Oron som många av sjuksköterskorna i studien upplevde kunde därför uppfattas som befogad när kunskapen om H1N1-viruset var ny.

Vid allmänfarliga sjukdomar är det viktigt med förebyggande åtgärder för att förhindra smittspridning (smittskyddslagen, SFS 2014:168). Dessa åtgärder omfattar bland annat isolering, hygienrutiner och skyddsutrustning (Guillemin et al, 2015). Sjuksköterskorna upplevde smittprevention som en viktig del i arbetet. En del såg det som en nödvändighet för att överhuvudtaget uppleva trygghet på arbetsplatsen. Smittpreventionen avsåg ett skydd för vårdpersonal, patienter och besökare. Förebyggande åtgärder kunde innebära användandet av skyddskläder, handtvätt och isoleringsrum. Sjuksköterskorna upplevde det som nödvändigt att ständigt bära skyddsrock, handskar och munskydd för att förhindra smittspridning. Enligt Guillemin et al (2015) är försiktighetsåtgärder viktigt för att undvika överföring av smitta mellan patienter och sjukvårdspersonal. Det är även viktigt att alla följer dessa åtgärder och att all personal har kunskap om detta. Sjuksköterskorna i föreliggande studie uppgav att de skulle känna sig tryggare om de erhöll skydd i form av influensavaccination. Porto et al, (2013) påtalar att erbjudandet av influensavaccination är en viktig del inom sjukvården. Detta på grund av den ökade risk för exponering av smitta som sjukvårdspersonal erhåller dagligen på sin arbetsplats. Sjuksköterskorna i föreliggande studie uppgav att arbetsplatsen skulle följa en bra policy om de erbjöd sjukvårdspersonalen vaccination som skydd mot smittsamma sjukdomar. Detta skulle också visa att arbetsgivaren bryr sig om sina medarbetare. Vidare menar Porto et al, 2015 att influensavaccination ger möjlighet till ett effektivt tillvägagångssätt att förebygga sjukdom och exponering av smitta för de som arbetar med dessa infektionssjukdomar. Trots att smittprevention bidrog till en känsla av trygghet så upplevde ändå en stor del av sjuksköterskorna i föreliggande studie att dessa skyddsåtgärder påverkade omvårdnadsarbetet negativt. Resultatet visade att användandet av skyddskläder och

handtvätt upplevdes som tidskrävande och kunde resultera i färre besök hos den isolerade patienten. Det kunde också medföra att patienten kände sig smutsig och skämdes i situationen vilket ökade svårigheterna hos sjuksköterskan att främja patientens välbefinnande. Brist på resurser och tillgång till isoleringsrum bidrog till en ökad risk för smittspridning vilket i sin tur ökade sjuksköterskornas oro i arbetet.

Det framkom även att sjuksköterskorna hade olika styrkor och svagheter gällande mellanmännsliga aspekter i omvårdnadsarbetet. Med mellanmännsliga aspekter syftar i föreliggande studie till interaktionen mellan sjuksköterska, patient och anhöriga. Här är kommunikation och möjlighet att tillgodose behov viktiga delar. Travelbee (1971) beskriver interaktionen som en ömsesidig process där två eller fler individer delar eller förmedlar sina tankar och känslor. Interaktionen är även en förutsättning för att kunna bedriva en god omvårdnad. Travelbee menar vidare att relationen mellan sjuksköterska och patient leder till en mellanmännslig relation först då de genomgått flera interaktionsfaser (ibid). I resultatet visade det sig att komplexiteten i omvårdnadsarbetet kring isolerade och smittsamma patienter skapade problem i interaktionsfasen. Skyddsåtgärder och risk för exponering av smitta bidrog till att mindre tid spenderades hos patienterna.

Det framkom i resultatet att en del isolerade patienter hade svårt för att ta hand om sig själva och i många fall uteblev besök från anhöriga på grund av den föreliggande smittrisen. Detta resulterade i en ökad ensamhet och utsatthet hos de isolerade patienterna som sjuksköterskorna upplevde som svårt att hantera då det oftast rådde både tidsbrist och personalbrist på avdelningen. Dessa aspekter kunde skapa problem i interaktionen mellan sjuksköterska, patient och anhöriga. I en tidigare studie av Cheng, Qin, & Tee, (2008) uttryckte dock isolerade patienter att de enskilda rummen kunde inredas för att upplevas trevligare. Patienterna uppgav att isoleringsrummet upplevdes som en fördel då toaletten inte behövde delas med någon annan medpatient och de hade mer utrymme för privatliv. Flera av dessa patienter ansåg också att det var en fördel med tillgång till internet som hjälpte till att fördriva tiden (ibid). Trots att många faktorer utgjorde svårigheter i omvårdnadsarbetet med dessa patienter så upplevde de flesta sjuksköterskor en meningsfullhet i detta. De kände empati när de lärde känna sina patienter och de försökte samtidigt att sätta sig in i deras situation. Här poängterar Andersson et al (2015) att omvårdnaden innefattar en viktig del vilken består i att se personen bakom patienten. Sjukdom upplevs individuellt och det är viktigt att skapa sig en förståelse för den enskilda personens känslor, tankar och erfarenheter

(ibid). Sjuksköterskorna i föreliggande studie uttryckte att de var måna om sina patienter och att de försökte se till personens situation. De uppgav även att de förstod hur problematiskt det kunde vara för en patient med smittsam sjukdom att vårdas under isolering. Detta styrks i studien av Cheng et al, (2008) där patienter som inte fick ta emot besök av sina familjemedlemmar uttryckte att det var ensamt, inte fanns någon att prata med och inget att se fram emot under vårdtiden. Sjuksköterskorna i föreliggande studie påtalade även att komplexiteten i patienternas ohälsotillstånd kunde skapa problem i omvårdnadsarbetet. De patienter som även hade underliggande sjukdomar, exempelvis diabetes mellitus, ökade kraven på sjuksköterskorna, resurser och bemanning på avdelningen. Trots detta uttryckte sjuksköterskorna en vilja i att möta dessa patienters behov så långt det var möjligt. De upplevde också betydelsen av de små sakerna i omvårdnadsarbetet och att det ibland kunde vara värdefullt att gå utanför rutinerna för att tillgodose dessa behov. Det framkom i resultatet att sjuksköterskorna, trots motgångar, personalbrist och stress, försökte se till patienten och utföra en så god omvårdnad som möjligt. De flesta av sjuksköterskorna var angelägna att skapa en fungerande relation till patienterna.

Sjuksköterskorna ansåg att omvårdnad även bör omfatta familjen och att det är viktigt att förutse familjens behov. Travelbee (1971) definierar begreppet omvårdnad som en process där sjuksköterskan hjälper en individ, en familj eller ett samhälle att förebygga eller klara av sjukdom, lidande och att vid behov finna en mening i dessa upplevelser. Denna definition av omvårdnad är något som speglar sjuksköterskans arbete med isolerade och smittsamma patienter samt deras anhöriga. Sjuksköterskorna upplevde att familjen var viktig i hela processen och att även de var i behov av stöd. Sjuksköterskorna förstod svårigheterna för anhöriga att inte kunna besöka sina sjuka familjemedlemmar. De försökte tillgodose dessa behov genom att ge information och uppdatering via telefon i de fall det var nödvändigt. De insåg också hur viktigt det var att familj och anhöriga var involverade i omvårdnadsarbetet och hur viktigt det var med en fungerande kommunikation i denna situation.

Slutsats

Det fanns en variation i sjuksköterskornas upplevelser av isoleringsvård vid smittsam sjukdom. Denna variation rörde främst kunskap och erfarenhet gällande omvårdnad i samband med tidigare erfarenheter av infektionsvård. De sjuksköterskor som erhöll mer kunskap och tidigare erfarenhet av exempelvis SARS och H1N1 kände sig mer förberedda för

framtida utbrott. De som saknade erfarenhet gällande detta ansågs sig ha en högre riskuppfattning. De flesta sjuksköterskor delade en oro i att bli smittade eller att föra vidare en smittsam sjukdom till sina anhöriga. Denna oro medförde dock att sjuksköterskorna värderade användandet av smittskyddsåtgärder och skyddsutrustning. Smittprevention upplevdes som betydelsefullt i arbetet med smittsamma patienter även om dessa åtgärder kunde innebära hinder i omvårdnaden. Även personalbrist kunde skapa konsekvenser för omvårdnadsarbetet och de flesta sjuksköterskor uttryckte en frustration över brist på bemanning och resurser. Men trots olika hinder och svårigheter i arbetet med isolerade och smittsamma patienter så upplevde de flesta sjuksköterskorna en meningsfullhet i omvårdnadsarbetet. Som sjuksköterska är det viktigt att finna denna meningsfullhet i svåra situationer och att få arbetet att fungera trots motgångar. Sammanställningen av dessa sjuksköterskors upplevelser kan bidra till ett kunskapsunderlag för förbättring inom detta område. Sammanställningen lyfter fram de brister och de styrkor som sjuksköterskorna upplever som relevanta och betydande för omvårdnadsarbetet med dessa patienter. För att kunna erbjuda en bra omvårdnad av god kvalitet så är det viktigt att ta del av denna nya kunskap och se över de rutiner och resurser som finns inom området infektionsvård och hur dessa skulle kunna förbättras för att optimera förutsättningarna för sjukvårdspersonal och patienter.

Självständighet

Sökandet efter artiklar gjordes av båda parter för att få en överblick av ämnet. Varje artikel som användes till resultatet lästes av var och en. Båda parter utförde individuella kvalitetsbedömningar av artiklarna och därefter granskades dessa gemensamt för att säkerställa likvärdiga kvalitetsgranskningar. Innehållsanalysen och resultatet genomfördes gemensamt. Martina har varit huvudansvarig för bakgrund, metoddiskussion och bilagor med hjälp av Nathalie. Nathalie har varit huvudansvarig för metoden, resultatdiskussion och slutsats med hjälp av Martina. Nathalie och Martina har tillsammans sökt efter och fått fram artiklar och annan litteratur till bakgrund, resultat och diskussion.

Referenser

Andersson, E. K., Willman, A., Sjöström-Strand, A., & Borglin, G. (2015). Registered nurses' descriptions of caring: a phenomenographic interview study. *BMC Nursing*, *14*(1), 1-10.

Barratt, R. L., Shaban, R., & Moyle, W. (2011). Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice. *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession*, *39*(2), 180-193.

Bruner, E. M. & Turner, V. W. (red.) (1986). *The anthropology of experience*. Urbana: Univ. of Illinois Press.

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

Chen, S., Chen, K., Lee, L., & Yang, C. (2016). Working in a danger zone: A qualitative study of Taiwanese nurses' work experiences in a negative pressure isolation ward. *American Journal Of Infection Control*, *44*(7), 809-814.

Chung, B., Wong, T., Suen, E., & Chung, J. (2005). SARS: caring for patients in Hong Kong. *Journal Of Clinical Nursing*, *14*(4), 510-517.

Doan, T.N., Kong, D.M., Kirkpatrick, C.J., & McBryde, E. S. (2014). Optimizing Hospital Infection Control: The Role of Mathematical Modeling. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, *35*(12), 1521-1530.

Ericson, E. & Ericson, T. (2009). *Klinisk mikrobiologi: infektioner, immunologi, vårdhygien*. Stockholm: Liber

Eriksson, K. (1987). *Pausen: en beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24 (2), 105-112.

Gilmartin, H. M., Grota, P. G., & Sousa, K. (2013). Isolation: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 48(1), 54-60.

Guillemain, I., Marrel, A., Beriot-Mathiot, A., Doucet, C., Kazoglou, O., Luxemburger, C., & Arnould, B. (2015). How do Clostridium difficile infections affect nurses' everyday hospital work: A qualitative study. *International Journal Of Nursing Practice*, 2138-45.

Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. Henricson, M. (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 129- 136). Lund: Studentlitteratur.

Jackson, C., Lowton, K., & Griffiths, P. (2014). Infection prevention as "a show": a qualitative study of nurses' infection prevention behaviours. *International journal of nursing studies*, 51(3):400-8.

Kawakami, K., & Misao, H. (2014). Framework for controlling infection through isolation precautions in Japan. *Nursing & Health Sciences*, 16(1), 31-38.

Koh, Y., Hegney, D., & Drury, V. (2012). Nurses' perceptions of risk from emerging respiratory infectious diseases: A Singapore study. *International Journal Of Nursing Practice*, 18(2), 195-204.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur

Lam, K. K., & Hung, S. M. (2013). Perceptions of emergency nurses during the human swine influenza outbreak: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 21(4), 240-246.

Lam, S. K., Kwong, E. W., Hung, M. S., & Pang, S. M. (2016). Bridging the gap between guidelines and practice in the management of emerging infectious diseases: a qualitative study of emergency nurses. *Journal Of Clinical Nursing*, 25(19/20), 2895-2905.

Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi: att låta en värld öppna sig*. (1. uppl.) Stockholm: Liber

Smith, M. W., Smith, P. W., Kratochvil, C. W., & Schwedhelm, S. (2017). The Psychosocial Challenges of Caring for Patients with Ebola Virus Disease. *Health security, 15*(1):104-109.

Mitchell, A., Cummins, T., Spearing, N., Adams, J., & Gilroy, L. (2002). Nurses' experience with vancomycin-resistant enterococci (VRE). *Journal Of Clinical Nursing, 11*(1), 126-133.

Musau, J., Baumann, A., Kolotylo, C., O'Shea, T., & Bialachowski, A. (2015). Infectious disease outbreaks and increased complexity of care. *International Nursing Review, 62*(3), 404-411.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (3. uppl.) Stockholm: Liber.

Porto Dias, M., Mota Lima, C. J., Soares Nobre, C., & Rodrigues Feijão, A. (2013). VACCINE PROFILE OF NURSING PROFESSIONAL IN A HOSPITAL REFERENCE IN INFECTIOUS DISEASES IN FORTALEZA--CEARÁ. *Ciencia, Cuidado E Saude, 12*(3), 477-484.

Ransjö, U., & Åneman, C. (2006). Smittspridning och skyddsåtgärder. I Socialstyrelsen. *Att förebygga vårdrelaterade infektioner – ett kunskapsunderlag* (s. 64-84). Stockholm: Socialstyrelsen.

Rosén, M. (red). (2014). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok*. (2 uppl.) Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Sahoo, K. C., Tamhankar, A. J., Johansson, E., & Stålsby Lundborg, C. (2014). Community perceptions of infectious diseases, antibiotic use and antibiotic resistance in context of environmental changes: a study in Odisha, India. *Health Expectations, 17*(5), 651-663.

Scott, C. (2012). Berättelser – narrativ analys och tolkning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 237-247). Lund: Studentlitteratur.

Seibert, D.J., Gabel Speroni, K., Kyeung, Mi, O., DeVoe, M. C., & Jacobsen, K. H. (2014). Preventing transmission of MRSA: A qualitative study of health care workers' attitudes and suggestions. *American Journal Of Infection Control*, 42(4), 405-411.

SFS 2004:168. *Smittskyddslagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2017-02-22, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/smittskyddslag-2004168_sfs-2004-168
Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU]. (2014). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).

Svensk sjuksköterskeförening (2016). *Värdegrund för omvårdnad: reviderad 2016*. (1.rev.uppl.) Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. (2. ed.) Philadelphia: Davis.

Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s. 481-495). Lund: Studentlitteratur.

Wibeck, V. (2012). Fokusgrupper. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 193-212). Lund: Studentlitteratur.

Willman, A. (red.) (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (4., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Wong, E. L., Wong, S. Y., Lee, N., Cheung, A., & Griffiths, S. (2012). Healthcare workers' duty concerns of working in the isolation ward during the novel H1N1 pandemic. *Journal Of Clinical Nursing*, 21(9/10), 1466-1475.

Bilaga 1: Databassökningar

Tabell 1: Sökningar i Cinahl headings

Sökord/ Kombinationer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa abstrakta	Lästa artiklar	Valda artiklar
S1 Nurse (s)	6208	2017-02-07	0	0	0
S2 Patient isolation	599	2017-02-07	0	0	0
S3 Infection control	5056	2017-02-07	0	0	0
S4 Nurse attitudes	10842	2017-02-07	0	0	0
S5 Cross infection	6939	2017-02-07	0	0	0
S6 Psychosocial aspects of illness	1086	2017-02-07	0	0	0
S7 Nurse-patient relations	4605	2017-02-07	0	0	0
S1, S2 AND	13	2017-02-07	2	1	0
S1, S2, S3 AND	3	2017-02-07	0	0	0
S1, S2, S3, S4 AND	1	2017-02-07	0	0	0
S2,S5 AND	290	2017-02-07	0	0	0
S2, S6	1		0	0	0

AND					
S5, S7	8		3	2	1
AND					
S4, S5	54	2017-02-22	10	7	2
AND					
S1, S2	6797	2017-02-07	0	0	0
OR					
S1, S2, S3	11510	2017-02-07	0	0	0
OR					
S1, S2, S3, S4	21796	2017-02-07	0	0	0
OR					
S2, S5	7248	2017-02-07	0	0	0
OR					
S2, S6	1684	2017-02-07	0	0	0
OR					
S5, S7	11536	2017-02-07	0	0	0
OR					

Tabell 2: Fritextsökningar

Sökord/ Kombinationer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa abstrakta	Lästa artiklar	Valda artiklar
Nurses experience of patient isolation Pubmed.	72	2016-02-27	8	3	2
Nurses experience of cross infection	30	2016-02-27	3	2	1

Pubmed.					
Isolation ward Cinahl.	35	2016-02-27	3	1	1

Tabell 3: sökningar i PubMed

Sökord/ Kombinationer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa abstrakta	Lästa artiklar	Valda artiklar
S1 Nurse (s)	70404	2017-02-15	0	0	0
S2 Patient isolation	2541	2017-02-15	0	0	0
S3 Infection control	43885	2017-02-15	0	0	0
S4 Hospitals, isolation	52	2017-02-15	0	0	0
S5 Cross infection	41378	2017-02-15	0	0	0
S6 Nurse-patient relations	25820	2017-02-15	0	0	0
S1, S2 AND	22	2017-02-15	0	0	0
S1, S2, S3 AND	22	2017-02-15	7	1	1
S1, S3 AND	354	2017-02-15	17	7	0
S4, S5 AND	2	2017-02-15	2	1	0
S5, S6	21	2017-02-15	3	1	1

AND					
S1, S2 OR	72923	2017-02-15	0	0	0
S1, S2, S3 OR	113935	2017-02-15	0	0	0
S1, S3 OR	113935	2017-02-15	0	0	0
S4, S5 OR	41428	2017-02-15	0	0	0
S5, S6 OR	67177	2017-02-15	0	0	0

Bilaga 2: Granskningsprotokoll

Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser

reviderad 2014

SBU:s granskningsmall bygger på tidigare publicerat material [1,2], men har bearbetats och kompletterats för att passa SBU:s arbete.

Författare: _____ År: _____ Artikelnummer: _____

Total bedömning av studiekvalitet:

Hög

Medelhög

Låg

Anvisningar:

- Alternativet ”oklart” används när uppgiften inte går att få fram från texten.
- Alternativet ”ej tillämpligt” väljs när frågan inte är relevant.

1. Syfte**Ja Nej Oklart Ej tillämpl**

a) Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?

Kommentarer (syfte, problemformulering, frågeställning etc):

2. Urval**Ja Nej Oklart Ej tillämpl**

a) Är urvalet relevant?

b) Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?

c) Är kontexten tydligt beskriven?

d) Finns relevant etiskt resonemang?

e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?

Kommentarer (urval, patientkarakteristika, kontext etc):



STATENS BEREDNING FÖR
MEDICINSK UTVÄRDERING

mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik

5:1

3. Datainsamling**Ja Nej Oklart Ej tillämpl**

a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?

b) Är datainsamlingen relevant?

c) Råder datamätnad?

d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till datainsamlingen?

Kommentarer (datainsamling, datamättnad etc):

4. Analys	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
------------------	-----------	------------	---------------	--------------------

a) Är analysen tydligt beskriven?

b) Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?

c) Råder analysmättnad?

d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till analysen?

Kommentarer (analys, analysmättnad etc):

5. Resultat	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
--------------------	-----------	------------	---------------	--------------------

a) Är resultatet logiskt?

b) Är resultatet begripligt?

c) Är resultatet tydligt beskrivet?

d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?

e) Genereras hypotes/teori/modell?

f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?

g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?

Kommentarer (resultatens tydlighet, tillräcklighet etc):

Bilaga 3: Artikelöversikt

Författare/år/land	Titel	Metod	Urval	Kvalitet
Chen S, Chen K, Lee L, Yang C. 2016, Kina.	Working in a danger zone: A qualitative study of Taiwanese nurses' work experiences in a negative pressure isolation ward	Kvalitativ intervjustudie.	10 sjuksköterskor varav alla var kvinnor mellan 23-50 år.	Hög
Koh, Y., Hegney, D., & Drury, V. 2012, Singapore.	Nurses' perceptions of risk from emerging respiratory infectious diseases: A Singapore study	Kvalitativ intervjustudie. Semi-strukturerade intervjuer	10 sjuksköterskor. År av erfarenhet varierade från 7 till 43 år.	Medelhög
Mitchell, A., Cummins, T., Spearing, N., Adams, J., & Gilroy, L. 2002, Australien.	Nurses' experience with vancomycin-resistant enterococci (VRE)	Kvalitativ intervjustudie.	11 Sjuksköterskor.	Medelhög
Chung, B., Wong, T., Suen, E., & Chung, J. 2005, Kina.	SARS: caring for patients in Hong Kong	Kvalitativ intervjustudie.	8 sjuksköterskor mellan 21-40 år.	Hög
Jackson, C., Lowton, K., & Griffiths, P. 2014, Storbritannien.	Infection prevention as "a show": A qualitative study of nurses' infection prevention behaviours.	Kvalitativ intervjustudie.	20 sjuksköterskor. 13 kvinnor och 7 män. Mellan 24-53 år.	Hög

Lam, K. K., & Hung, S. M. 2013, Kina.	Perceptions of emergency nurses during the human swine influenza outbreak: A qualitative study	Kvalitativ semistrukturerad intervjustudie	10 sjuksköterskor. Kvinnor. Olika åldrar och erfarenhet.	Hög
Matthew W. Smith, Philip W. Smith, Christopher J. Kratochvil, and Shelly Schwedhelm. 2017, Nebraska.	The Psychosocial Challenges of Caring for Patients with Ebola Virus Disease.	Kvalitativ intervjustudie.	21 deltagare varav 8 var sjuksköterskor.	Medelhög
Lam, S. K., Kwong, E. W., Hung, M. S., & Pang, S. M. 2016, Kina.	Bridging the gap between guidelines and practice in the management of emerging infectious diseases: a qualitative study of emergency nurses.	Kvalitativ semistrukturerad intervjustudie.	12 sjuksköterskor. 7 män och 5 kvinnor.	Hög
Wong, E. L., Wong, S. Y., Lee, N., Cheung, A., & Griffiths, S. 2012, Kina.	Healthcare workers' duty concerns of working in the isolation ward during the novel H1N1 pandemic	Kvalitativ intervjustudie.	10 deltagare varav 3 var sjuksköterskor	Hög

Bilaga 4: Exempel på analysarbete

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Sjuksköterskorna oroade sig inte bara för att smittas av sina patienter utan också över möjligheten att smitta sin familj och deras arbetsmiljö på isoleringsavdelningen.	Sjuksköterskorna var oroliga för att smittas och över möjligheten att smitta sin familj.	Oro för smitta	Oro för att bli smittad eller smitta andra	Oro för smittspridning
Alla deltagare hade ett bra grepp om skydd. De värderade också vikten av att tvätta händerna och bära skyddsmask. De betonade vikten av handtvätt på rätt sätt och vid rätt tidpunkt	Värderade vikten av handtvätt och bära skyddsmask	Värderade försiktighetsåtgärder	Betydelsen av smittprevention	Oro för smittspridning
Överraskande nog så lärde jag känna dem bättre. Jag kände empati med patienterna och försökte sätta mig in i hans eller hennes skor och försökte tänka hur jag skulle känna om det var en av mina vänner.	Kände empati med patienterna.	Empati.	Att möta patientens behov	Mellanmänskliga aspekter i omvårdnaden
Att ta hand om smittsamma patienter bör omfatta familjen och att förutse familjens behov	Viktigt att förutse familjens behov.	Familjens behov.	Att möta familjens behov	Mellanmänskliga aspekter i omvårdnaden

är viktigt.				
Sjuksköterskorna ansåg att personalen inte räckte till, att dem saknade stöd, var under konstant övervakning, dem kommenterade förlust av kontroll över situationen	Personalen räckte inte till och de kände förlust av kontroll	Räckte inte till	Att inte räkna till	Känsla av maktlöshet
Det fanns många blandade känslor från både personal och patienter. Patienter och anhöriga var ofta förvirrade och ville skylla på någon och skulden hamnade på sjuksköterskorna.	Skulden hamnade på sjuksköterskorna.	Skuldbelagd	Att bli skuldbelagd	Känsla av maktlöshet
Jag kommer att vara mer anpassad till framtida pandemier, eftersom jag är mer kunnig om infektionssjukdomar och mer bekant med infektionsvård.	Mer kunnig om infektionssjukdomar och mer bekant med infektionsvård.	Kunskap och erfarenhet		Vikten av kunskap och erfarenhet
Även om alla anställda hade fått adekvat utbildning så kände sjuksköterskorna sig ansvariga för att kontinuerligt utbilda dem.	Sjuksköterskorna kände sig ansvariga för att utbilda anställda.	Ansvar	Känsla av ansvar i att förmedla kunskap	Vikten av kunskap och erfarenhet