

Patienters upplevelser av isoleringsvård

vid infektionssjukdom och
infektionskänslighet

Lisa Carman
Hanah Lumley Thuróczy

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Examensarbete i omvårdnad 15 hp
HT 2013

HANDLEDARE
EXAMINATOR

Catarina Wallengren
Lars-Olof Persson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk)	Patienters upplevelser av isoleringsvård – vid infektionssjukdom och/eller infektionskänslighet
Titel (engelsk)	The experience of patient's being cared for in isolation - when infected and/or sensitive for infection
Arbetets art	Självständigt arbete
Program/Kurs/Kurskod	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng, OM5250
Kursbeteckning	Examensarbete i omvårdnad
Arbetets omfattning	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Författare	Lisa Carman Hanah Lumley Thuróczy
Handledare	Catarina Wallengren
Examinator	Lars Olof Persson

SAMMANFATTNING (svenska)

Vid infektionssjukdom och/eller vid infektionskänslighet kan patienter behöva vårdas bakom stängda dörrar; i isoleringsvård. Detta innebär att patientens avskiljs inom slutna vård på sjukhus från övriga vårdtagare samt allmän omgivning för att förhindra att smitta sprids eller att själv bli smittad. Tidigare studier visar på mycket ensam tid på vårdrummet samt begränsning i mänskliga möten. Utifrån kvalitativ forskning ska litteraturstudien beskriva patienters upplevelser av att vårdas i isoleringsvård för att skapa ökad förståelse för den denna grupp omvårdnadsbehov. Sju artiklar i studien behandlar patienter med smittsam infektionssjukdom och fyra artiklar behandlar patienter i skyddsisolering med infektionskänslighet. Patienter med infektionskänslighet visar generellt på större förståelse för sin vårdssituation än de infektionssjuka. Upplevelsen av att vårdas i isolering kan enligt studien sammanfattas i känsla av ensamhet, brist på kunskap kring sin vårdssituation samt att vårdmiljön har stor betydelse för delaktighet, välbefinnande och trygghet. Genom att skapa rutiner kring samstämmig information till patienten och dess anhöriga samt anpassa vården efter individens önskemål kan vården i isoleringsrummet göras till en mer positiv erfarenhet för den enskilde patienten. På så vis ökar vi som vårdpersonal patientens känsla av delaktighet, välbefinnande och trygghet samt minskar vårdlidandet.

INNEHÅLL

	Sid
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Historik	1
Infektionssjukdomar och infektionskänslighet	1
Olika typer av isolering	3
Basala hygienrutiner	4
Smittskyddslagen	5
Sjuksköterskans roll vid omvårdnad	5
TEORETISK REFERENSRAM	6
Problemformulering	7
SYFTE	7
METOD	7
VALD METOD	7
LITTERATURSÖKNING	8
KVALITETSBEDÖMNING	9
DATAANALYS	9
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	10
RESULTAT	10
BEHOV AV KOMMUNIKATION	10
FÖRMÅGA TILL COPING OCH VÅRDMILJÖNS BETYDELSE	13

DISKUSSION	14
METODDISKUSSION	14
RESULTATDISKUSSION	15
Slutsats	18
REFERENSER	19
BILAGOR	23
BILAGA 1	23
BILAGA 2	26

INLEDNING

I samband med infektionssjukdomar med hög smittorisk samt vid infektionskänsliga patienter tas ibland beslutet om vård bakom stängd dörr; isoleringsvård. Beslutet om isolering kommer ofta plötsligt och patientens känsla av delaktighet, välbefinnande och trygghet i omvårdnaden kan på så vis påverkas. Risken för lidande kan då öka. Genom att studera patienters upplevelse av att vårdas i isoleringsvård kan ökad förståelse för den denna grups omvårdnadsbehov skapas.

BAKGRUND

HISTORIK

Att isolera patienter i karantän/isolering finns beskrivet så långt bak i historien som 1400-talet bland annat på grund av pestens – digerdödens - snabba utbredning i Europa. Även i bibeln finns berättelser om hur spetälskesjuka vårdades i särskilda kolonier skilda från allmänheten (Centers for Disease Control and Prevention, CDC, 2013). Det dröjde dock fram till 1800-talet innan ordet karantän började användas och fram till 1940-talet innan karantän infördes på allmänna sjukhus (Öberg, 1968). År 1946 bildades CDC, Communicable Disease Center, i Atlanta, USA. Denna myndighet utvecklade rutiner för hur isoleringsvården skulle bedrivas och började sedermera också övervaka och dokumentera smittsamma sjukdomar (CDC, 2013). Runt år 1960 påbörjades utvecklandet av dagens isoleringsvård på allmänna sjukhus (Gammon, 1999).

INFEKTIONSSJUKDOMAR OCH INFEKTIONSKÄNSLIGHET

Patienter med infektionssjukdomar

En patient med smittfarlig sjukdom skall vårdas på sjukhus i isoleringsvård för att förhindra att personer i dennes omgivning skall bli smittade. Detta gäller även personer som tror sig ha blivit smittade av sjukdom med hög smittorisk. Feber eller blödningar efter utlandsvistelse kan också ge upphov till isoleringsvård innan korrekt diagnos fastställts. Patient som behandlats på sjukhus utanför Norden bör isoleringsvårdas till dess att relevanta prover tagits och patienten avskrivits som smittosam (Tegnell & Carlsson, 2006).

Patienter kan isoleras för att stoppa spridandet av infektionssjukdomar med hög smittorisk (Tegnell & Carlsson, 2006). I gruppen smittsamma infektionssjukdomar finner man bland annat *tuberkulos (TBC)*, *methicillinresistent Staphylococcus aureus (MRSA)* och *Clostridium Difficile* (Smittskyddsinstitutet, 2013).

TBC, främst så kallad öppen TBC, lungburen TBC, kräver att patienten isoleras. Öppen TBC är luftburen och sprids via upphostningar. Kliniskt förlopp kan vara utdraget under många månader med nattsvetningar, viktnedgång, trötthet och torrhosta. Patienter med avancerad HIV-sjukdom (se nedan angivna) drabbas ofta av TBC (Kalin & Hedlund, 2011).

MRSA är en av våra vanligaste bakterier, gula stafylokokker, som blivit resistent mot flertalet antibiotika, främst av betalaktamtyp. MRSA är en kontaktsmitta som sprids ute i samhället. Orsakar sårinfektioner som är mycket svårbehandlade och därför skall patienter med MRSA vårdas i isolering (Maller & Nilsson, 2011).

Clostridium Difficile är en bakterie som främst drabbar patienter under eller efter antibiotikabehandling. Bakterien finns naturligt i kroppen men bryter ut då antibiotikabehandlingen rubbat tarmfloran och på så vis ökat möjligheten för clostridiumbakteriens tillväxt. Andra patienter, särskilt de som också antibiotikabehandlas, kan lätt smittas och därför krävs att patienten isoleras. Sjukdomen orsakar inflammation i colonslemhinnan med diarré som symptom. Bakterien bildar sporer som lätt sprids i sjukhusmiljö (Jertborn & Svenungson, 2011).

Infektionskänsliga patienter

Infektionskänsliga patienter kan ibland isoleras. Detta bland annat efter en *stamcellstransplantation* och vid patienter med *humant immunbristvirus (HIV)* och *acquired immun deficiency syndrome (AIDS)*. Dessa patienter har på grund av medicinsk behandling eller sjukdom nedsatt immunförsvar som gör dem extra mottagliga för smitta (Gammon, 1999).

Stamcellstransplantation används bland annat vid cancerformer som leukemi, myelom och lymfom. Via donation från annan person utförs en så kallad *allogen* transplantation. Patientens egna stamceller kan också transplanteras då sjukdomen är i en lugn fas, så kallad remission, och benämns *autolog* transplantation. Stamcellerna ges då tillbaka till patienten

efter cellgiftsbehandling (Björkholm & Ljungman, 2006). Då stamceller i blod eller benmärg delar sig bildas en ny stamcell samt ytterligare en cell som utvecklas till en blodkropp. Då kroppens angrips av vissa cancerformer, se ovan angivna, havererar celldelningen så att normala blodkroppar inte kan bildas. Innan de nya stamcellerna kommer igång att dela sig brukar det ta två-tre veckor. Patientens immunförsvar är under denna tid utslaget och löper en därför ökad risk för infektioner varför patienten dels får förebyggande behandling och dels isoleras (Björkholm & Ljungman, 2006).

HIV fäster på receptorer på cellytor, bland annat T-lymfocyter. Attacken på cellerna leder till en infektion och försvagning av immunsystemet. Denna infektion leder obehandlad till AIDS. Viruset läker inte utan den smittade bär på viruset livet ut. HIV/AIDS smittar via kroppsvätskor såsom blod, sperma och andra sekret i samband med sexuella aktiviteter, graviditet, förlossning, blodtransfusioner samt personer som delar spruta. Försvagningen av immunsystemet leder till ökad infektionskänslighet varvid dessa patienter kan behöva försättas i isolering för att minska risken för smitta i synnerhet då de ådragits sig annan infektionssjukdom, exempelvis TBC (Norrby 2006).

OLIKA TYPER AV ISOLERING

Beroende på infektionssjukdom/infektionskänslighet skiljer sig graden av isolering.

Enkelrum - Enkelrum med sluss

Vid risk för dropp- eller kontaktsmitta (vid kräkning och/eller diarré) ger vård i enkelrum med separat toalett en bra förutsättning för att stoppa/begränsa smitta. Detta gäller även vid indirekt kontaktsmitta såsom blödningar och vätskande sår (Ericson & Ericson, 2010).

Med förrum (sluss) till enkelrummet kan patienter med exempelvis öppen TBC och med infektionskänslighet vårdas. Slussen är ventilerad med antingen övertryck eller undertryck. Vid patient med smitta skall slussens ventilation ha ett undertryck. Undertrycket hindrar luft från att sippra ut då vårdpersonalen rör sig in eller ut ur vådrummet. Motsatt gäller vid infektionskänslig patient. Slussen skall då ha ventilation med övertryck för att förhindra att virus och/eller bakterier kan strömma in i vådrummet (Tegnell & Carlsson, 2006). Vidare finns det i slussen skyddsutrustning såsom munskydd, handskar och plastförkläden. Här förvaras dessutom ofta blodtrycksmanschett och stetoskop för varje enskild patient. Allt för

att förhindra att smitta sprider sig från en patient till en annan. Utöver detta finns tvättställ med tvål och handsprit (Tegnell & Carlsson, 2006).

Kohortvård

Innebär vårdande av en grupp patienter med samma diagnos åtskilda från övriga patienter. Detta sker till exempel vid högfrekventa utbrott av calicivirus (vinterkräksjuka) (Tegnell & Carlsson, 2006). Patienterna skall ha tillgång till eget hygienutrymme och vistas på rummet. Ofta blir både patienter och vårdpersonal smittade. Vården skall skötas av särskilt avdelad personal så länge utbrottet fortgår. Denna personal ska inte heller vårda andra patienter (Vårdhandboken, 2013).

Skyddsisolering

Vid smittokänsliga patienter begränsas antalet besökande personer på rummet så mycket det är möjligt. Detta gäller, som beskrivet ovan, bland annat vid extra infektionskänsliga patienter, exempelvis vid stamcellstransplantation och patienter med HIV/AIDS (Gammon, 1999).

Servering av måltider, rond och läkemedelsadministration bör starta i dessa rum. Särskilda rutiner för skötsel av patientens personliga hygien införs. Stor vikt läggs också vid hygienrutiner såsom handdesinfektion av alla besökare och särskilt desinfekterad städning av rummet (Ericson & Ericson, 2010). Patienten har under tiden i isolering rätt att vistas utomhus en timme per dag. Så länge syftet med isoleringen inte skadas har patienten också rätt till besök samt att ta emot brev och ringa telefonsamtal. Vårdpersonalen skall också anpassa sysselsättning för patienten efter dennes ålder och intressen (Tegnell & Carlsson, 2006).

BASALA HYGIENRUTINER

Basala hygienrutiner ligger som grund för att förhindra att vårdrelaterade infektioner sprids mellan patienter och skall följas oavsett vårdform. Detta innebär bland annat arbetskläder med kort arm som dagligen skall bytas, handdesinficering innan och efter möte med varje ny patient, skyddshandskar vid risk för stänk eller smitta. Vid smittsamma sjukdomar som Calicivirus och Clostridium difficile skall händerna dessutom tvättas med tvål och vatten innan de desinficeras med sprittvätt (SOSFS, 2007:19).

SMITTSKYDDSLAGEN

Smittskyddslagen säger att en enskild smittad person själv bär ansvar för att inte sprida smitta. Sjukdomar som TBC, MRSA och HIV tillhör anmälnings- samt smittspårningspliktigasjukdomar. Misstänkta och/eller konstaterade fall skall omgående anmälas till berört landstings smittskyddsläkare och till Smittskyddsinstitutet. Den enskilde patienten är skyldig att kontakta sin läkare och lämna uppgifter om hur smittan ådragits samt vilka andra som kan ligga i riskzonen för smitta (Smittskyddslagen, 2004:168).

MRSA och TBC räknas också till kategorin allmänfarliga sjukdomar och där kan lagen efter beslut från Länsrätten tvångsisolera patienter som inte frivilligt tar emot vård (Smittskyddslagen, 2004:168).

SJUKSKÖTERS KANS ROLL VID OMVÅRDNAD

Sjuksköterskan skall ge patienten god omvårdnad. I detta ligger omvårdnad som bland annat främjar patientens känsla av välbefinnande, delaktighet och trygghet samt minska dennes lidande. Avsaknaden av delaktighet och förståelse för sin vårdsituation innebär vårdlidande för patienten med känslor av ensamhet, sårbarhet, skam och skuld. Om patienten känner kontroll kring den vårdande situationen skapas en känsla av trygghet i en miljö som annars kan uppfattas som hotfull och otrygg (Dahlberg et al, 2003).

Forskning visar att patienter i isolering, jämfört med patienter i flerbäddssal, får färre antal besök av vårdpersonalen på grund av rädslan att sprida smittan till andra patienter (Evans et al., 2003).

Enligt en studie av O'Boyle, Robertson och Secor-Turner (2006) känner vårdpersonalen rädsla för att själva bli smittade på grund av de har för lite kunskap kring hur de ska kunna skydda sig själva. Sjuksköterskestudenter beskriver i en studie av Cassidy (2006) att patienter i isolering får färre besök av vårdpersonalen och att bland annat hygienrutiner får låg prioritering.

TEORETISK REFERENSRAM

Delaktighet

Dorothea Orem är en omvårdnadsteoretiker som uppmärksammat begreppet delaktighet. Hon belyser bland annat patientens engagemang i sina vårdbehov som förutsätter dennes kunskap och intresse. Detta utgår från varje enskild patients kunskap och föreställningar. Även om en patient frånsagt sig delaktighet kan förväntningar finnas på att andra än vårdpersonalen tar beslut i patientens ställe exempelvis anhöriga. Graden av delaktighet beror bland annat på ålder, kultur, kön och utbildning men grundas också på vilken sjukdom det är och hur den behandlas. Genom att öka patientens kunskap om sin sjukdom kan delaktigheten förbättras (Eldh, 2009).

Trygghet

Patienten ska kunna känna trygghet i mötet med vårdpersonalen. På så vis skapas en tillit i att beslut och behandlingar som utförs sker i enlighet med patientens bästa. Trygghet skapas genom att stödja, trösta och lyssna (Asp & Ekstedt, 2009). Att bli inlagd på sjukhus kan upplevas skrämmande. Patienten är utanför sin normala omgivning och sjukhusmiljön kan skapa känsla av både trygghet och otrygghet. Att tappa kontrollen över sin kropp och behandling skapar otrygghet. Att se att kroppen återhämtar sig och inte längre är begränsad kan ge tryggheten tillbaka (Bremer, Dahlberg & Sandman, 2009).

Välbefinnande

Målet för god omvårdnad är att främja hälsa och välbefinnande genom vård utifrån patientens autonomi och identitet. Välbefinnande skapas via flexibilitet och extra ansträngning i vårdarbetet (Ternestedt & Norberg, 2009). Genom att öka vårdpersonalens insikt och uppmärksamhet i ovan angivna kan välbefinnande skapas trots att kroppen är sjuk (Lindwall, 2013).

Lidande

Alla människor drabbas av lidande under sin livstid. Förlust av en anhörig, ovisshet inför sin sjukdom och dess behandling eller fysisk smärta skapar lidande för patienten (Santamäki-Fischer & Dahlqvist, 2009). För sjuksköterskan kan symptom och tecken vara svåra att tyda

hos varje enskild patient då vi reagerar olika på händelser och smärta. Det kan också vara svårt för patienten att sätta ord på sitt lidande (Wiklund, 2009). Känslan av att känna sig hel som människa kan försvinna vid sjukdom. Detta kan innebära ett sjukdomslidande då en sjukdom tagit makten över kroppen och man förlorar sin egen kroppskontroll (Lindwall, 2013). Lidande kan också uppstå om patienten känner sig kränkt av vårdpersonal som inte ser och lyssnar till problem, begär och behov. Detta kan också uppstå om vårdpersonalen är hänsynslösa vid skötsel av patienten. Ibland kan även vården upplevas som icke-vård av patienten, det vill säga att man inte ser vikten i vissa av vårdpersonalen utförda sysslor (Arman, 2013).

PROBLEMFORMULERING

I slutenvården finns ibland behovet att vårda patienter isolerade vilket innebär att patienten vårdas och vistas på rum med stängd dörr. Detta gäller patienter med smittsamma infektionssjukdomar samt patienter med infektionskänslighet. Genom att studera forskning kring patienters upplevelser av isoleringsvård kan kunskapen kring detta öka och på så vis förbättra sjuksköterskans omvårdnad och relation till patienten. Vi vill med denna studie fördjupa oss i och bredda kunskapen kring hur patienter upplever att vårdas i isolering samt diskutera för sjuksköterskan möjliga åtgärder till förbättring i omvårdnaden av samma patientgrupp.

SYFTE

Syfte är att beskriva patienters upplevelse av att vårdas i isoleringsvård vid smittsam infektionssjukdom och infektionskänslighet för att skapa ökad förståelse för den denna grupps omvårdnadsbehov.

METOD

VALD METOD

Uppsatsens syfte är att beskriva patienters upplevelse av att vårdas i isoleringsvård vid smittsam infektionssjukdom och infektionskänslighet. Författarna har valt att utföra en litteraturbaserad studie där artiklar med kvalitativ ansats analyserats. Detta kan vägleda och underlätta den praktiska omvårdnaden av denna patientgrupp (Friberg, 2012).

LITTERATURSÖKNING

Urval av informationskällor

Enligt Östlundh (2012) tillhör databaser kvalitetskontrollerade informationskällor. För att finna vetenskapliga artiklar av hög kvalitet gjordes därför sökningar i databaserna Cinahl samt PubMed, där Cinahl berör omvårdnad och PubMed både omvårdnad och medicin.

Val av sökord

För att besvara valt syfte valdes artiklar där patienterna hade vårdats i slutenvård på sjukhus och varit isolerade i minst tre dagar. Patienterna skulle vara över 18 år. Ytterligare kriterier var att artiklarna var skrivna på engelska, inte var publicerade tidigare än 1996 samt att de inte var översiktartiklar (reviews). I sökorden användes *patient* och *isolation* först för att få en överblick av artiklar. Efter det smalnades sökningen av med hjälp av mer specifika sökord (se bilaga 1).

Sökorden som användes: patient, isolation, patients, experience, experiences, infection, source isolation, protective isolation, psychological effect, MRSA, qualitative

Val av dokument

Sökningarna skedde parallellt i PubMed och Cinahl vilket gav ett brett urval. PubMed presenterade utöver omvårdnadsvetenskapliga artiklar flertalet medicinska artiklar och dessa valdes därför bort. De omvårdnadsvetenskapliga artiklar av intresse som påträffades i PubMed återfanns även i Cinahl, varför den senare databasen användes så gott som uteslutande (se bilaga 1).

Söktekniken boolesk, där mer än ett sökord används, låg till grund för databassökningarna (Östlundh, 2012). Sök-operatorm AND användes mellan de termer som söktes. Östlundh (2012) följdes för att erhålla en bred sökning med orden *patient* och *isolation*. Vid den primära sökningen lades ålderbegränsning på publicerat datum 2003 och senare. Dock erhöles inte tillfredsställande antal artiklar, varvid publiceringsdatum utökades till år 1996 och senare (se bilaga 1).

KVALITETSBEDÖMNING

I kvalitetsbedömningen granskades artiklarna efter bakgrund, metod och resultat. Artiklarna lästes först i sin helhet åtskilliga gånger. Efter det följdes en modell för kvalitetsbedömning av kvalitativa artiklar enligt Willman, Bathevani och Stoltz (2006). Artiklarna granskades av båda författarna parallellt och under diskussion. Utifrån modellen för kvalitetsbedömning ställdes specifika frågor till varje del i artiklarna. Frågor som ställdes för att få fram kvalitén var exempelvis om artikeln hade en tydlig problemformulering och om artikeln hade ett etiskt resonemang. För att få fram om metoden höll hög kvalitet ställdes frågor kring om urvalet, datainsamlingen och dataanalysen var tydligt beskrivet. Giltighet och tydligt redovisat resultat undersöktes också. Ställda frågor besvarades med ja, nej eller vet ej. Efter diskussion ansåg författarna att artiklarna besvarat ställt syfte i respektive studie. Genom detta kunde författarna anse kvalitén som god.

Av 16 artiklar fick fyra stycken väljas bort på grund av kvantitativ ansats samt en artikel på grund av att den ej gick att finna i fulltext. Elva artiklar med slutresultat hög eller medelhög kvalitet valdes slutligen (se bilaga 2). Två av artiklarna har både kvalitativ och kvantitativ ansats där den kvalitativa analysen använts för studien (Kelly-Rossini, Perlman & Mason, 1996; Ward, 2000).

DATAANALYS

Enligt Friberg (2012) analyseras kvalitativ forskning efter fem steg; övergripande läsning, identifikation av nyckelfynd, sammanställning, identifikation av relation mellan resultat och slutlig beskrivning av resultatet. Därav inledde författarna analysen med att läsa igenom de olika artiklarnas resultat flertalet gånger för att skapa en större förståelse. Därefter identifierades nyckelfynd genom att fokusera på varje enskild artikels resultat. Även citat som stod skrivna i resultatet studerades då dessa innehåller värdefull information. För att få en överblick av artiklarnas resultat gjordes så en sammanställning. I denna söktes likheter och skillnader i artiklarna och resultat som var lika fördes samman, abstraherades och benämndes som olika teman och subteman.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Åtta av artiklarna (Skyman, Sjöström & Hellström, 2010; Ward, 2000; Pacheco & Spyropoulos, 2010; Gaskill, Henderson & Fraser, 1997; Cheng, Qin & Tee, 2008; Barratt, Shaban & Moyle, 2010; Campbell, 1999; Webber, Macpherson, Meagher, Hutchinson & Lewis, 2012) har fått godkännande från respektive etisk kommitté. Två av artiklarna (Kelly-Rossini, Perlman & Mason, 1996; Cohen, Ley & Tarzian, 2001) tar inte upp att de har fått godkännande från en etisk kommitté, men beskriver tydligt hur och att de har informerat om patientens rätt; att patienten när som under intervjuerna och annars kan avbryta och oavsett vad de svarar kommer deras svar inte påverka deras vård. I en av artiklarna (Newton, Constable & Senior, 2001) nämner författarna inte etiska överväganden men då studien för övrigt håller god kvalitet utifrån Willman, Bathevani och Stoltz (2006) bedömning av kvalitativa artiklar, inkluderades denna i studien.

RESULTAT

BEHOV AV KOMMUNIKATION

Känna sig ignorerad och ensam

I Kelly-Rossini, Perlman och Mason (1996) beskrivs problematik att inte kunna interagera med andra människor eller kunna lämna isoleringsrummet. Patienterna upplevde också att personalen försökte lämna vårdrummet snarast möjligt utan att interagera med patienten. Detta upplevdes också i Newton, Constable och Senior (2001). Vidare beskrevs i Kelly-Rossini et al. (1996) känslor av att bli lämnad utan tillsyn under långa perioder, i synnerhet när de kände sig sjuka eller ensamma.

Patienterna kände sig ofta ignorerade när de ringde på hjälp. Dock beskrevs att vissa i vårdpersonalen var villiga att sitta med inne på vårdrummet och ge känslomässigt stöd. I Skyman, Sjöström och Hellström (2010) ansåg patienterna att vårdpersonalen inte besökte dem spontant utan enbart när en medicinsk- eller vårdrelaterad uppgift skulle göras. En patient uttryckte att vårdpersonalen endast kom in på vårdrummet vid städning eller leverans av mat.

I flera studier uppgav patienterna känslor av ensamhet, instängdhet samt att vara begränsade och avskurna från omvärlden (Skyman, Sjöström, & Hellström, 2010; Campbell, 2000; Cohen, Ley & Tarzian, 2001; Pacheco & Spyropoulos, 2010; Cheng, Qin & Tee, 2008; Newton, Constable & Senior, 2001). I Barratt et al. (2010) beskrevs isoleringen som en fångenskap trots att man visste orsaken och hade förståelse för isoleringsvården.

I Kelly-Rossini et al. (1996) beskrev en patient att ensamhet var det värsta denne visste och en annan patient uppgav att denne brukade be och böna för att få anhöriga att stanna kvar längre vid sina besök.

Upplevelse av bemötande

I Wards (2000) artikel gavs vårdpersonalen beröm för att ta sig tid att prata med patienterna, dock kritiserades läkarna för att inte erbjuda tillräckligt med tid för dem och inte heller uttrycka sig förståeligt. Patienterna i två studier lovordade vårdpersonalen för deras tekniska expertis, fysiska vård samt viljan till att ge en extra pratstund när tiden tillät (Gaskill, Henderson & Fraser, 1997; Cohen, Ley & Tarzian, 2001). Patienterna ansåg att det var viktigt med positiv attityd hos sjuksköterskorna. De tyckte generellt om när vårdpersonalen stannade kvar en extra minut eller två. En patient menade på att om hon var upprörd och otrevlig på grund av att hon mådde dåligt så togs detta personligt av vissa av sjuksköterskorna vilket de enligt patienten inte borde (Cohen, Ley & Tarzian, 2001).

För att bryta känslan av monoton i var det viktigt med kontakt från anhöriga. Vid uteblivna besök från anhöriga upplevde patienterna sig ensamma och uttråkade (Cohen, Ley & Tarzian, 2001; Ward, 2000; Pacheco & Spyropoulos, 2010). I Kelly-Rossini et al. (1996) spelade familjen en viktig roll i patienternas upplevelse av isoleringen. Anhöriga upplevdes som ett stort stöd. I vissa fall var detta dock en grund till särskild oro i synnerhet för två patienter som hade småbarn hemma (Kelly-Rossini, Perlman & Mason, 1996; Cohen, Ley & Tarzian, 2001). Att ha en anhörig vid sin sida eller att ha besökare under isoleringen var något som patienterna särskilt såg fram emot. Närheten till en anhörig spelade enligt vissa patienter en signifikant roll för känsla av välbefinnande (Cheng, Qin & Tee, 2008). Cohen et al. (2001) beskriver i sin studie att patienterna kände stor tröst av att ha en nära familjemedlem hos sig.

Kontakten med anhöriga och besökare hjälpte patienterna i kontakten med omvärlden och gjorde att känslan av instängdhet inte blev lika omfattande. Detta upplevdes även genom telefonsamtal med anhöriga. (Gaskill, Henderson & Fraser, 1997; Barratt, Shaban & Moyle,

2010; Campbell, 1999). I Gaskill et al. (1997) ansåg dock vissa patienter att telefonsamtalen skulle begränsas och att det var viktigt att patienterna själva fick välja att ta emot samtal eller inte. I Cambell (1999) beskrev några av patienterna att besök gärna togs emot då man mådde bra men inte vid dagar då man mådde sämre.

Isoleringen i eget rum kunde också innebära tid för reflektion över det förflutna och över framtiden. Isoleringen upplevdes som fridfull och lugn (Kelly-Rossini, Perlman & Mason, 1996; Gaskill, Henderson & Fraser, 1997). En patient uppgav att han upplevde isoleringen generellt som vilsam och bekväm. Andra menade på att det uppskattades att få behålla sin integritet och eget personliga utrymme i stället för att vistas på vårdrum med andra patienter (Cheng, Qin & Tee, 2008; Newton, Constable & Senior, 2001). I Newton et al. (2001) uppgav patienter en känsla av frihet kring rutiner och besök från anhöriga. I Campbell (1999) uttryckte en patient att han tyckte om att vara isolerad för då slapp han känslan av ansvar som infanns när han var med andra människor. En patient föredrog att bli lämnad ensam under sin sjukhusvistelse men ångrade sig då vårdpersonalen och anhöriga respekterade hennes önskningar (Cohen, Ley & Tarzian, 2001).

Att vara i förvirring

Enligt Newton et al. (2000) hade få patienter en klar uppfattning om varför de vårdades i isoleringsvård. Detta beskriver även Ward (2000) i sin studie där två patienter var av uppfattningen att de inte fick lämna sina rum alls under isoleringstiden. Ward (2000) visar också på att den bristande informationen gjorde besökare osäkra vilket resulterade i färre antal besök. I Pacheco & Spyropoulos (2010) sågs också bristen på information som ett led till få besökare på grund rädsla att själv bli smittade.

I Kelly-Rossini et al. (1996) upplevde patienternas motstridiga uppgifter angående anledningen till isoleringen och kring dess restriktioner. Att strikt behöva följa restriktionspolicy i slutenvården på sjukhuset mot att inte behöva följa dessa alls vid permission i hemmet upplevdes av några patienter som förvirrande (Webber, MacPherson, Meagher, Hutchinson & Lewis, 2012). Bristen på konsekvens och följsamhet av vårdpersonalen gällande isoleringsrestriktioner och rutiner gjorde att vissa patienter upplevde att tryggheten i vården sjönk (Pacheco & Spyropoulos, 2010; Webber, MacPherson, Meagher, Hutchinson & Lewis, 2012).

I Cheng et al. (2008) och i Gaskill et al. (1997) uppgav patienterna en medvetenhet och att de kände sig välinformerad kring orsaken till isoleringsvården. Där patienterna hade kunskap om varför de var isolerade sågs ett förlikande tankesätt kring vårdssituationen (Campbell, 1999).

När patienterna talade om framtiden kunde författarna tydligt se att patienterna blev nedstämda. Detta sågs särskilt hos patienterna som inte visste hur länge isoleringsvården skulle fortgå (Kelly-Rossini, Perlman & Mason, 1996)

FÖRMÅGA TILL COPING OCH VÅRDMILJÖNS BETYDELSE

Finna mening med isoleringen

Patienter med erfarenhet av fängelsevistelse beskrev inlärd copingstrategier för att klara av ensamheten och känslan av att vara uttråkad (Kelly-Rossini, Perlman & Mason, 1996). Copingstrategier framkom även hos de som hade tidigare erfarenhet av isoleringsvård. Patienterna kunde då rutinerna och visste i förväg vad som skulle ske och hur vården skulle komma att se ut (Gaskill, Henderson, & Fraser, 1997; Cheng, Qin & Tee, 2008; Campbell, 1999).

I Cheng et al. (2008) beskrev en patient att denne fördrev tiden med att kontrollera att alla som besökte vårdrummet genomförde korrekt basal handhygien. Andra patienter beskrev i studien att man tog sig igenom dagen genom att sova samt med insikten att försöka ta en dag i taget. Några av patienterna uppgav också en förtröstan av sin livstro för att klara isoleringen.

Följa andras rutiner

Patienterna upplevde svårigheter i att behöva följa sjukhusets rutiner istället för sina egna. Skillnaden mellan att till exempel i hemmet kunde äta när andan föll på mot att behöva följa strikta tider för måltid upplevdes av några patienter som svårt då man inte kunde följa sin naturliga hunger. Maten serverades vid tillfällen när man inte kände sig hungrig för vissa medan andra upplevde lång väntan på maten (Gaskill, Henderson & Fraser, 1997). Måltiderna upplevdes annars som ett avbrott i enformigheten. Vid tillfällen då maten inte smakade kunde därför besvikelsen upplevas stor (Ward, 2000; Gaskill, Henderson & Fraser, 1997).

Söka förströelse

Att ha ett fönster med utsikt på rummet uppskattades av flertalet tillfrågade patienter. På detta vis kunde tankarna kring vårdandet och sjukdomen distraheras (Campbell, 1999; Gaskill, Henderson & Fraser, 1997; Barratt, Shaban & Moyle, 2010). I Gaskill et al. (1997) beskriver flertalet patienter rummets miljö och dess påverkan på känslan av välbefinnande. En patient brukade titta ut från fönstret när sjukhushelikoptern landade och flög och på bilarna som kom och gick från parkeringen. Genom detta gick tiden lite fortare. De flesta patienter i studien pekade på vårdrummets inredning/utformning som en stor källa till välbefinnande. Vissa patienter uppgav att de skulle känt sig mindre isolerade om de hade haft möjligheten att få ha dörren till rummet öppen, även om dörren bara ledde ut till korridoren (Barratt, Shaban & Moyle, 2010).

För att lindra känslan av monotoni och tristess var TV-tittande och radiolyssnande vanligt. Flertalet patienter hade TV på rummet men hade föredragit att få titta på TV i sjukhusavdelningens allrum med andra. Andra uppehållande sysslor som nämndes var att läsa böcker eller lösa korsord (Ward, 2000; Kelly-Rossini, Perlman & Mason, 1996; Cheng, Qin & Tee, 2008). Cheng et al. (2008) skriver att flera patienter hade med sig egna bärbara datorer men hade önskat att det fanns fri tillgång till internet då detta ansågs vara en bra källa till underhållning. Trots att flertalet tillfrågade hade fri tillgång till telefoni samt att anhöriga kom med böcker, tidningar och dylikt, var det få som ansågs sig ha tillräckligt med meningsfulla aktiviteter under tiden i isolering (Kelly-Rossini, Perlman & Mason, 1996).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Författarna ansåg att kvalitativa artiklar bäst besvarade syftet om patienters upplevelse av att vårdas i isoleringsvård vid smittsam infektionssjukdom och infektionskänslighet. Patienters upplevelser är svåra att få grepp om via kvantitativa metoder utan besvaras mer uttömmande via en kvalitativ ansats (Friberg, 2012). Febe Fribergs bok *Dags för uppsats* (2012) har följts under hela uppsatsprocessen då den handlar om att göra litteraturbaserade examensarbeten och kan användas av studenter på en grundläggande nivå och var därför relevant för uppsatsen.

Den inledande artikelsökningen begränsades till artiklar inte äldre än tio år. Detta för att erhålla så relevant och uppdaterad data som möjligt. Dock gav detta svårigheter att hitta tillräcklig mängd artiklar, varför det beslöts att utöka sökningen till 17 år. Medvetenhet om att aktualiteten på artiklarna kunde sjunka något resulterade i en noggrann kvalitetsgranskning. Två av artiklarna som hittades använde sig av både kvantitativ och kvalitativa metod (Kelly-Rossini, Perlman & Mason, 1996; Ward, 2000). Författarna till dessa artiklar använde sig av kvantitativa metoder, såsom enkäter, för att sedan gå vidare med intervjuer. Författarna ansåg därför att dessa artiklar föll inom ramen för valt syfte.

Efter att ha studerat alla artiklar av intresse fann vi att resultaten inte skiljde sig åt på grund av åldern på dem. Flertalet artiklar har en fenomenologisk ansats vilket innebär att fokus för artikeln är patientens medvetande och levda erfarenhet samt förståelse för sin vardagsverklighet (Rosberg, 2012). Vi anser att artiklarna härvid är relevanta och trovärdiga för valt syfte. Artiklarna har bred världslig spridning; Storbritannien, Sverige, USA, Kanada, Australien, Singapore och Nya Zeeland, vilket vi anser utökar trovärdigheten.

Sju av artiklarna behandlar patienter med smittsam infektionssjukdom (Kelly-Rossini, Perlman & Mason, 1996; Ward, 2000; Barratt, Shaban & Moyle, 2010; Newton, Constable & Senior, 2001; Pacheco & Spyropoulos, 2010; Webber, Macpherson, Meagher, Hutchinson, & Lewis, 2012; Skyman, Sjöström & Hellström, 2010). Fyra artiklar behandlar patienter i skyddsisolering med infektionskänslighet (Campbell, 1999; Cheng, Qin, & Tee, 2008; Cohen, Ley & Tarzian, 2001; Gaskill, Henderson, & Fraser, 1997).

Flertalet artiklar av intresse fick väljas bort då de inte föll inom ramen för omvårdnadsvetenskap utan låg inom medicin och psykologi. Vid sidan om för syftet valda artiklarna har annan relevant litteratur och artiklar studerats och breddat kunskapen kring isoleringsvård och dess bakgrund. Författarna har varit samstämmiga under kvalitetsgranskningen. Detta kan bero på att kunskapsnivån inom ämnet hos respektive författare är jämlig och enbart på en grundläggande nivå.

RESULTATDISKUSSION

Resultatet av denna studie visar att patienter som vårdas i isoleringsvård upplever behov av kommunikation och distraktion.

Det framkommer att övervägande del av de isolerade patienterna upplevde sig ignorerade och lämnade ensamma i långa perioder. Att inte få träffa anhöriga och närstående ökade ofta känslan av ensamhet. Denna känsla blev större då besök ställdes in eller uteblev. Generellt upplevdes anhöriga som ett stort stöd och gav patienterna en kontakt med verkligheten. Detta minskade känslan av ensamhet och instängdhet samt ökade känsla av välbefinnande.

Två patienter beskrev isoleringen som extra svår på grund av att de hade småbarn hemma. Det hade varit av stort intresse att vidare undersöka om patienter generellt känner skuld till sina anhöriga på grund av isoleringen och hur sjuksköterskan i så fall skulle kunna bidra i dessa fall.

Ensamhet framstår i vårdvetenskaplig forskning som en relation till rådande vårdkultur/vårdrelation och leder till upplevelse av lidande dels i form av livslidande dels i sjukdomslidande. Lidandet kan öka om patienten känner att vårdpersonalen inte ser och uppmärksammar problem och behov (Nilsson, 2013). Genom att prata med patienten eller studera dennes kroppsspråk kan vårdpersonalen uppfatta signaler på känsla av ensamhet och övergivenhet till exempel genom nedstämdhet eller en tomhet i patientens ögon (Nilsson, 2013). Att stödja, trösta och lyssna skapar också trygghet för patienter i en situation där patienten är utanför sin normala omgivning (Asp & Ekstedt, 2009).

För andra patienter innebar isoleringen tid för reflektion och upplevdes fridfull och vilsam. De uppskattade få behålla sin integritet och personlig sfär mot att vårdas på vårdrum med fler patienter. I detta skapades en känsla av frihet kring bland annat hygienrutiner och besök från anhöriga/närstående. Några patienter uttryckte vilja att slippa besök från vårdpersonal och anhöriga. Då denna aktiva önskan om att få vara ensam respekterades så ändrade man uppfattning och tog emot vissa besök på isoleringsrummet ändå. Ensamhet som kan upplevas som ett lidande kan alltså också uppfattas som en möjlighet till välbefinnande så länge den är aktivt självvald (Nilsson, 2013).

Vid infektionssjukdom uttryckte patienterna att vårdpersonalen lämnade motstridiga uppgifter gällande isoleringen och dess restriktioner. De upplevde också en bristande konsekvens och följsamhet hos vårdpersonalen gällande rutiner. Detta innebar att känslan av trygghet i vården sjönk. Bristen på information gjorde också att antalet besök från anhöriga och närstående blev färre då dessa oroade sig för att själva bli smittade. Förlorad kontroll över sin kropp och sin situation skapar lidande otrygghet hos patienten (Santamäki-Fischer & Dahlqvist, 2009;

Bremer, Dahlberg & Sandman, 2009). Trygghet och känslan av delaktighet kan ökas hos patienten genom god information kring sjukdomen och vården kring den samma (Eldh, 2009). Gammon (1998) beskriver att isolerade patienter känner osäkerhet inför vårdsituationen och att denna ökar då personalen inte kan eller vill svara frågor. Detta kan leda till ångest hos patienten.

Bland de infektionskänsliga patienterna uppgavs en större medvetenhet kring varför isoleringsvården var tvungen jämfört med de med smittsam infektionssjukdom. Intressant hade varit att fördjupa sig i skillnader mellan dessa två gruppers upplevelser. Generellt verkar patienter med smittsam infektionssjukdom känna ett större stigma på grund av orsaken till isoleringen.

Patienter med tidigare erfarenhet av isolering kunde generellt beskriva behov av distraktion för att hantera känslan av monoton, ensamhet och att vara uttråkad. De var vana vid rutiner och visste i flera fall hur och vad som skulle ske i vårdandet. Med information och kunskap ökar delaktigheten i den egna vården och främjar på så vis patientens trygghet och välbefinnande.

Rummets miljö och utformning påverkade känslan av välbefinnande enligt flertalet av patienterna. Att få möjlighet till rum med fönster eller bara att ha dörren till rummet öppen ut mot korridoren upplevdes ha stor betydelse. Alltså kan vårdpersonalen genom flexibilitet i att anpassa val av rum öka känslan av välbefinnande för den isolerade patienten.

Att ha tillgång till TV och radio på rummet samt andra uppehållande sysslor beskrevs som en källa till att minska tristessen av isoleringsvården. Flera uttryckte också viljan av att ha tillgång till internet då man hade bärbara datorer eller smartphones. Den positiva effekten av ha tillgång till en TV på rummet eller ett fönster med utsikt bekräftas i en studie av Gammon (1999). Denna hjälper till att skingra tankar kring isoleringsvården. Vårdmiljöns betydelse poängteras också i det att isolerade patienter generellt mår sämre på grund av miljön i jämförelse med patienter som behandlas i vårdrum med fler patienter (Gammon, 1999).

Studierna är från flera olika länder vilket ger en god världslig spridning, men då författarna antar att isoleringsrutiner ser olika ut i olika länder kan det diskuteras om resultaten kan skilja sig åt i det att vissa länder har mer strikta isoleringsrutiner än andra. Detta kan vara en påverkan på patienternas upplevelser av isoleringsvården.

Slutsats

Vårdpersonal som vårdar patienter i isolering bör var medvetna om att deras patienter är i behov av kommunikation och distraktion. Detta har stor betydelse för känslan av delaktighet, trygghet och välbefinnande. Att ge patienter i isoleringsvård extra uppmärksamhet och tid kan minska lidandet som ofta kommer ur känsla av monotoni och tristess. Viktigt är också att all inblandad vårdpersonal är konsekvent i sin kommunikation. Genom detta undviker man förvirring och ökat lidande hos patienten.

Att i så långt det är möjlig försöka anpassa isoleringsvården efter individen, exempelvis genom att ha ett fönster på rummet att titta ut genom eller underlätta användande av internet kan göra upplevelsen av tiden i isolering mer positiv.

REFERENSER

- Arman, M. (2013). Lidande. I L. Wiklund Gustin & I Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 185-196). Studentlitteratur AB.
- Asp, M. & Ekstedt, M. (2009). Trötthet, vila och sömn. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 417-488). Kristianstad: Studentlitteratur AB.
- Axelsson, Å. (2008). Litteraturstudie. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 173-188). Lund: Studentlitteratur AB.
- Barratt, R., Shaban, R., & Moyle, W. (2010). Behind barriers: patients' perceptions of source isolation for Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA). *Australian Journal of advanced nursing*, 28(2), 53-59.
- Björkholm, M. & Ljungman, P. (2006). Blodsjukdomar: Akut myeloisk leukemi. I G. Berglund, A. Engström-Laurent, S. Lindgren & N. Lindholm (Red.), *Internmedicin* (s. 329-408). Stockholm: Liber AB.
- Bremer, A., Dahlberg, K., & Sandman, L. (2009). Experiencing out-of-hospital cardiac arrest: significant others' lifeworld perspective. *Qualitative Health Research*, 19(10), 1407-1420. Doi: 10.1177/1049732309348369
- Campbell, T. (1999). Feelings of oncology patients about being nursed in protective isolation as a consequence of cancer chemotherapy treatment. *Journal of Advanced Nursing*, 30(2), 439-447.
- Cassidy, I. (2006). Student nurses' experiences of caring for infectious patients in source isolation. A hermeneutic phenomenological study. *Journal of clinical nursing*, 15(10), 1247-1256.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2013). *History of Quarantine*. Hämtad 2013-09-15 från: <http://www.cdc.gov/quarantine/HistoryQuarantine.html>
- Cheng, H., Qin, L., & Tee, H. (2008). An exploratory study on the isolation experience of patients with haematological disorders. *Singapore Nursing Journal*, 35(1), 15-23.
- Cohen, M. Z., Ley, C., & Tarzian, A. J. (2001). Isolation in blood and marrow transplantation. *Western Journal of Nursing Research*, 23(6), 592-609.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Eldh, A. C. (2009). Delaktighet och gemenskap. I A-K. Edberg & H. Wijk. (Red.), *Omvårdnadens grunder: hälsa och ohälsa* (s. 45-64). Kristianstad: Studentlitteratur AB

- Ericson, E., & Ericson, T.(2010). *Klinisk mikrobiologi – infektion, immunologi, vårdhygien*. Stockholm: Liber AB.
- Evans, H. L., Shaffer, M. M., Hughes, M. G., Smith, R. L., Chong, T. W., Raymond, D. P., ... Sawyer, R. G. (2003). Contact isolation in surgical patients: a barrier to care? *Surgery, 134*(2), 180-188.
- Friberg, F. (2012). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats-vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 121-132). Lund: Studentlitteratur AB.
- Gammon, J. (1998). Analysis of the stressful effects of hospitalisation and source isolation on coping and psychological constructs. *International Journal of Nursing Practice, 4*(2), 84-96
- Gammon, J. (1999). The psychological consequences of source isolation: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing, 8*(1), 13-21.
- Gaskill, D., Henderson, A., & Fraser, M. (1997). Exploring the everyday world of the patient in isolation. *Oncology Nursing Forum, 24*(4), 695-700.
- Jertborn, M., & Svenungsson, B. (2011). Infektiösa tarmsjukdomar. I S. Iwarson (Red.), *Infektionsmedicin* (s. 175-203). Säve: Säve förlag.
- Kalin, M., & Hedlund, J. (2011). Infektioner i luftvägarna. I S. Iwarson (Red.), *Infektionsmedicin* (s. 129-156). Säve: Säve förlag.
- Kelly-Rossini, L., Perlman, D. C., & Mason, D. J. (1996). The experience of respiratory isolation for HIV-infected persons with tuberculosis. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 7*(1), 29-36.
- Lindwall, L. (2013). Kroppen. I L. Wiklund Gustin & I Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 129-139). Studentlitteratur AB.
- Newton, J.T., Constable, D., & Senior, V. (2001). Patients' perceptions of methicillin-resistant Staphylococcus aureus and source isolation: a qualitative analysis of source isolated patients. *Journal of Hospital Infection, 48*(4), 275-280.
- Nilsson, B. (2013). Ensamhet. I L. Wiklund Gustin & I Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 421-433). Studentlitteratur AB.
- Norrby, R. (2006). Övriga sjukdomar: Infektioner hos den internmedicinska patienten. I G. Berglund, A. Engström-Laurent, S. Lindgren, N. Lindholm (Red.), *Internmedicin* (s. 834-844). Stockholm: Liber AB.
- O'Boyle, C., Robertson, C., & Secor-Turner, M. (2006). Public health emergencies: nurses' recommendations for effective actions. *American Association of Occupational Health Nurses, 54*(8), 347.

Pacheco, M., & Spyropoulos, V. (2010). The experience of source isolation for clostridium difficile in adult patients and their families. *Canadian Journal of Infection Control*, 25(3), 166-174.

Santamäki Fischer, R., & Dahlqvist, V. (2009). Tröst och trygghet. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: hälsa och ohälsa* (s. 115-138). Kristianstad: Studentlitteratur AB.

Rosberg, S. (2008). Fenomenologi. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 85-105). Lund: Studentlitteratur AB.

Skyman, E., Sjöström, H. T., & Hellström, L. (2010). Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. *Scandinavian journal of caring sciences*, 24(1), 101-107.

Smittskyddsinstitutet.(2012). *Sjukdomsinformation om hivinfektion*. Hämtad 2013-09-26 från <http://www.smittskyddsinstitutet.se/sjukdomar/hivinfektion/>

Socialstyrelsen. (2013). *Lagstiftningens fyra kategorier för de mest allvarliga smittsamma sjukdomarna*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2013-09-26 från

<http://www.socialstyrelsen.se/smittskydd/sjukdomar/lagstiftningensfyrakategorier>

SOSFS 2007:19. *Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvården m.m.* Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2013-09-26 från

<http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2007-19>

Tegnell, A., & Carlson, J. (2006). *Att förebygga vårdrelaterade infektioner*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2013-09-22 från

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-123-12>

Ternstedt, B-M., & Norberg, A. (2009) Omvårdnad ur ett livscykelperspektiv. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: perspektiv och förhållningssätt* (s. 29-66). Kristianstad: Studentlitteratur AB.

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

Wiklund, L. (2009). Lidande – en del av människans liv. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: perspektiv och förhållningssätt* (s. 295-326). Kristianstad: Studentlitteratur AB.

Willman, A., Bahtsevani, C., & Stoltz, P. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Webber, K. L., Macpherson, S., Meagher, A., Hutchinson, S., & Lewis, B. (2012). The impact of strict isolation on MRSA positive patients: an action-based study undertaken in a rehabilitation center. *Rehabilitation Nursing*, 37(1), 43-50.

Östlundh, L.(2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats-vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 57-80). Lund: Studentlitteratur AB.

Öberg, L. (1968). *Känsö karantänsinrättning 1804-1933*. Göteborg: Rundqvist.

BILAGOR

BILAGA 1

Tabell 1. Sökning i Pubmed, mellan 20130919 - 20130920

Sökord	Begränsningar	Antal artiklar	Valda artiklar
patient experience isolation		3191	
patient AND experience AND isolation	1998-2013	2220	
patient AND experience AND source isolation	1998-2013	60	<i>Isolation in blood and marrow transplantation.</i> Cohen MZ, Ley C, Tarzian AJ. <i>Patients' perceptions of methicillin-resistant Staphylococcus aureus and source isolation: a qualitative analysis of source-isolated patients.</i> Newton JT, Constable D, Senior V.
patients AND experiences AND isolation AND infection	1998-2013	73	<i>Infection control: reducing the psychological effects of isolation.</i> Ward D.

Tabell 2. Sökning på databasen Cinahl, mellan 20130919 - 20130920

Sökord	Begränsningar	Antal	Valda artiklar
patient AND experience AND isolation		366	<p><i>An exploratory study on the isolation experience of patients with haematological disorders.</i></p> <p>Cheng HC, Qin LX, Tee HK</p> <p><i>The impact of strict isolation on MRSA positive patients: an action-based study undertaken in a rehabilitation center.</i></p> <p>Webber KL, Macpherson S, Meagher A, Hutchinson S, Lewis B</p> <p><i>The experience of respiratory isolation for HIV-infected persons with tuberculosis.</i></p> <p>Kelly-Rossini L, Perlman DC, Mason DJ</p>
patient AND experience AND source isolation	1998-2013 peer-reviewed	6	<p><i>The experience of source isolation for Clostridium difficile in adult patients and their families.</i></p> <p>Pacheco M, Spyropoulos V</p>
protective isolation	1998-2013	36	<p><i>Feelings of oncology patients about being nursed in protective isolation as a consequence of cancer chemotherapy treatment.</i></p> <p>Campbell T</p>
isolation AND psychological effect		9	
experiences AND isolation		949	
MRSA AND isolation AND qualitative	1996-2013 research article	5	<p><i>Behind barriers: patient's perceptions of source isolation for Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA).</i></p> <p>Barratt R, Shaban R, Moyle W</p> <p><i>Patients' experiences of being infected with</i></p>

			<p><i>MRSA at a hospital and subsequently source isolated.</i></p> <p>Skyman E, Sjöström HT, Hellström L</p>
patient AND in isolation	1996-2013 inpatient	102	<p><i>Exploring the everyday world of the patient in isolation.</i></p> <p>Gaskill D, Henderson A, Fraser M</p>

BILAGA 2

Översikt av analyserad litteratur, modell enligt Friberg (2012).

Artikel	Perspektiv	Problem och syfte	Metod	Resultat	Diskussion
<p>Titel</p> <p>Behind barriers: patients' perceptions of source isolation for Methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA)</p> <p>Författare</p> <p>Barratt, R., Shaban, R., & Moyle, W.</p> <p>Tidskrift</p> <p>Australian Journal of Advanced Nursing</p> <p>Årtal: 2011</p>	<p>Omvårdnad</p>	<p>Problem: Isolering vid MRSA-infektioner kan påverka patienters välbefinnande.</p> <p>Syfte: Undersöka patienters upplevelser av isolering vid MRSA.</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer med tio patienter i åldrarna 46-78 med både män och kvinnor som har varit isolerade i minst tre dygn.</p> <p>Interpretativ fenomenologisk ansats.</p>	<p>Vissa av patienterna uttryckte att ett eget rum hjälpte dem att behålla integriteten samt gav dem tröst. Andra kände att isoleringen påverkade dem att kommunicera med vårdpersonal och anhöriga.</p>	<p>Författarna tar upp vikten av att se patienten som en person med specifika behov. Tillräcklig information bör ges till patienten för att hjälpa deras coping.</p>
<p>Titel</p> <p>Feelings of oncology patients about being nursed in protective isolation as a consequence of cancer</p>	<p>Omvårdnad</p>	<p>Problem: Få kvalitativa artiklar om hur patienter som genomgår cytostatikabehandling mår.</p> <p>Syfte: Beskriva</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer med fem patienter över 18 år som har varit isolerad i minst sju dygn.</p> <p>Grounded theory</p>	<p>Patienternas upplevelse kring isolering gav fyra kategorier; vara instängd, hantera denna upplevelse, vara ensam och hålla</p>	<p>Motsats till vad som förväntades klarade patienterna av isoleringen förvånansvärt bra och att kunskapen om varför de är isolerade hjälpte som försvar.</p>

<p>chemotherapy treatment.</p> <p>Författare</p> <p>Campbell, T.</p> <p>Tidskrift</p> <p>Journal of Advanced Nursing</p> <p>Årtal: 1999</p>		<p>cancerpatienters upplevelse av att vårdas i isolering som en konsekvens av cytostatikabehandling.</p>		<p>kontakt med omvärlden.</p>	
<p>Titel</p> <p>Isolation in Blood and Marrow Transplantation.</p> <p>Författare</p> <p>Cohen, M. Z., Ley, C., & Tarzian, A. J</p> <p>Tidskrift</p> <p>Western Journal of Nursing</p> <p>Årtal: 2001</p>	<p>Omvårdnad</p>	<p>Problem: Få artiklar som beskriver patienters upplevelser av isolering vid blod och mägtransplantation.</p> <p>Syfte: Utforska patienters upplevelser som genomgått blod och mägtransplantation</p>	<p>Intervjuer med öppna frågor ställdes till 20 patienter i åldrarna 28-65 år. Hermeneutisk fenomenologiskt perspektiv, kombinerat med deskriptiv och interpretativ fenomenologi</p>	<p>Den fysiska isoleringen fick vissa av patienterna känna sig ensam och avstängd från omvärlden, samt att det kunde leda till emotionell isolering.</p> <p>Sjuksköterskans positiva attityd hjälpte patienterna.</p>	<p>Tar upp att deras resultat överensstämmer med tidigare forskning. Vikten om att vårdpersonal ska vara närvarande både mentalt och fysiskt då den fysiska isoleringen ledde till emotionell.</p>
<p>Titel</p> <p>An exploratory study on the isolation experience of patients with</p>	<p>Omvårdnad</p>	<p>Problem: Tidigare artiklar har ej beskrivit vad sjuksköterskan kan göra för att förbättra för patienterna.</p>	<p>Semistrukturerad intervju med fyra patienter i åldrarna 27-58. Bara män. Roys adaptationsmodell och Malsows behovshierarki.</p>	<p>Vissa patienter beskriver isoleringen som tråkigt och ensamt, medan andra känner att ha ett eget rum är viltsamt och</p>	<p>Tar upp människans förmåga att anpassa sig till omständigheter runt om; att patienter med tidigare erfarenhet hade lättare att</p>

<p>haematological disorders.</p> <p>Författare</p> <p>Cheng, H., Qin, L., & Tee, H.</p> <p>Tidskrift</p> <p>Singapore nursing journal.</p> <p>Årtal:2008</p>		<p>Syfte: Utforska patienters upplevelser av isolering, som har hematologisk sjukdom.</p>		<p>bekvämt. Tidigare erfarenheter av isolering stärkte patienter. Olika copingstrategier men alla var överens om att internet skulle underlättat deras isolering samt att detta skulle hjälpa dem ha kontakt med omvärlden.</p>	<p>anpassa sig till aktuellt vårdtillfälle.</p>
<p>Titel</p> <p>Exploring the Everyday World of the Patient in Isolation</p> <p>Författare</p> <p>Gaskill, D., Henderson, A., & Fraser, M.</p> <p>Tidskrift</p> <p>Oncology Nursing Forum</p> <p>Årtal:1997</p>	<p>Omvårdnad</p>	<p>Problem: Få artiklar finns för att hjälpa sjuksköterskor förstå isolering från patientens perspektiv.</p> <p>Syfte: Fånga upp aspekter av isolering som kan gå vårdpersonalen obemärkt förbi.</p>	<p>Till stor del ostrukturerad intervju med sju patienter i åldrarna 19-70, både män och kvinnor. Interpretativ eller hermeneutisk fenomenologi.</p>	<p>Det framkom tre huvudteman: Patientens strävan att behålla kontroll, intellektualisera behovet av isoleringen och kontakten med anhöriga och vårdpersonal.</p>	<p>Tar upp att det verkade som att personalen inte förstod patienterna i deras isolering och att detta bör adresseras. Samt hur mycket små detaljer påverkar patienterna.</p>
<p>Titel</p> <p>The Experience</p>	<p>Omvårdnad</p>	<p>Problem: Få tidigare studier kring hur</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer med 18 patienter i åldrarna</p>	<p>Vissa patienter upplevde känslor av</p>	<p>Tar upp att faktorer som förstärker mänsklig</p>

<p>of Respiratory Isolation for HIV- Infected Persons With Tuberculosi s</p> <p>Författare</p> <p>Kelly- Rossini, L., Perlman, D. C., & Mason, D. J</p> <p>Tidskrift</p> <p>Journal of the Association of Nurses in AIDS Care</p> <p>Årtal:1996</p>		<p>sjuuskötersko r kan anpassa isoleringsvår den vid HIV med samtidig infektion med TBC.</p> <p>Syfte: Få förståelse för upplevelsen av isolering för att kunna öka livskvalitén och delaktigheten</p>	<p>30-51 år</p>	<p>ensamhet, att vara inlåst och vara uttråkad. Vissa kände även att personal undvek att komma in och därmed känslan av övergivenhet. Samt osäkerheten om hur länge isoleringen skulle vara.</p>	<p>kontakt kan hjälpa patienter att förbättra upplevelsen vid isolering. Samt att resultaten hade liknelser vid en studie som gjordes för 40 år sedan.</p>
<p>Titel</p> <p>Patient's perception of methicillin resistant <i>Staphyloco ccus aureus</i> and source isolation: a qualitative analysis of source- isolated patients.</p> <p>Författare</p> <p>Newton, J.</p>	<p>Omvård nad</p>	<p>Problem: Finns viss evidens att patienter som har fått infektionsrela terade sjukdomar på sjukhus och därmed blir isolerade genomfar negativa upplevelser, men orsakerna till detta är okända.</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer med 19 patienter i åldrarna 44-87, både män och kvinnor. Isoleringstid mellan 3-77 dagar.</p>	<p>Få patienter visste vad isolering innebar och varför de var isolerade. Vissa patienter tyckte de fick större frihet; de slapp rutiner, inga besöks restriktioner och mer privatliv. Negativa känslor var ensamhet och</p>	<p>Författarna tar upp vikten av rätt information och att man bör involvera och göra patienten mer aktiv i sin vård.</p>

<p>T., Constable, D., & Senior, V.</p> <p>Tidskrift</p> <p>Journal of Hospital Infection</p> <p>Årtal: 2001</p>		<p>Syfte: Bedöma effekterna av fysisk isolering, samt få förståelse ur patient perspektiv för att därmed effektivisera förfarandet kring hygienrutiner</p>		<p>mindre uppmärksamh et av vårdpersonal.</p>	
<p>Titel</p> <p>Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequentl y source isolated.</p> <p>Författare</p> <p>Skyman, E., Sjöström, H. T., & Hellström, L</p> <p>Tidskrift</p> <p>Scandinavi an Journal of Caring Sciences.</p> <p>Årtal: 2010</p>	<p>Omvård nad</p>	<p>Problem: Få studier om patienternas känslomässiga upplevelse av att få MRSA och bli isolerad.</p> <p>Syfte: Få kunskap om patienters upplevelse som har blivit smittade av MRSA på sjukhus och sedan blivit isolerade.</p>	<p>Djupintervjuer med öppna frågor gjordes med sex patienter i åldrarna 35-76, både män och kvinnor som har varit isolerade i minst sju dagar. Intersubjektiv metod.</p>	<p>Patienternas upplevelser av isoleringen var instängdhet utan spontana besök av vårdpersonal. Utsikten från rummet gav dock vissa tröst.</p>	<p>Diskussioner kring patienternas upplevelse att det mest kränkande var när vårdpersonal inte använde sig av rätt arbetsrutiner. Rehabilitering av den primära sjukdomen kom i skymundan och att de inte fick den rätta vården som de har rätt till enligt lagen. Författarna diskuterar även huruvida resultatet är tillförlitligt då intervjuerna tog plats tre år efter isoleringsvården.</p>

<p>Titel</p> <p>The experience of source isolation for <i>Clostridium difficile</i> in adult patients and their family.</p> <p>Författare</p> <p>Pacheco, M.& Spyropoulou, V.</p> <p>Tidskrift</p> <p>The Canadian Journal of Infection Control.</p> <p>Årtal: 2010</p>	<p>Omvårdnad</p>	<p>Problem: Få studier har utforskat upplevelsen av isolering vid <i>Clostridium difficile</i> hos vuxna och även hur det påverkar anhöriga.</p> <p>Syfte: Förbättra patient- och anhörigvård vid isolering av <i>Clostridium difficile</i>.</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer med fem patienter i åldrarna 52-80, både män och kvinnor. Även en anhörig till varje patient intervjuades. Deskriptiv design med Colaizzis analysmetod</p>	<p>Patienterna upplevde ensamhet relaterat till få besök av anhöriga. De kände ingen skillnad i bemötandet av vårdpersonal. Osäkerhet kring hur länge de skulle vara isolerade. Olika information och förfarande kring isolering ledde till osäkerhet och känslan att vården blev sämre.</p>	<p>Författarna tar upp att vårdpersonal bör förstå hur isolering påverkar patienterna för att kunna hjälpa dem. Sjuksköterskor har en vital roll i isoleringsvård då de kan förklara och öka medvetenheten hos patienter och deras familjer. Läkare och sjuksköterskor bör ta fram standardiserade protokoll i samråd med varandra och att de ska följas strikt.</p>
<p>Titel</p> <p>Infection control: reducing the psychological effects of isolation.</p> <p>Författare</p> <p>Ward, D.</p> <p>Tidskrift</p> <p>British Journal of Nursing</p>	<p>Omvårdnad</p>	<p>Problem: Få studier om vad som kan göras får att förhindra eller reducera negativa effekter av isolering.</p> <p>Syfte: Utforska vad patienter känner skulle hjälpa dem i den här sortens erfarenheter.</p>	<p>21 patienter fick fylla i formulär. De som kryssat för upplevda negativa symtom gick sedan vidare för semistrukturerade intervjuer. Fem patienter, oklart exakt ålder och kön. Isolerad i minst tre dagar. Burnards analysmetod.</p>	<p>Patienterna kände att de fick för lite information om varför de var isolerade samt rutiner kring detta, vilket resulterade i färre besök av anhöriga, vilket i sin tur skulle minska känslan av ensamhet och vara uttråkad.</p>	<p>Författarna tar upp att rätt information och kommunikation med andra människor är huvudfynden. Flera implikationer uppkom genom studien. Flertalet rekommendationer för att öka kvalitén på vården tas upp.</p>

<p>Årtal: 2000</p>				<p>Förvirring kring att umgås med andra patienter på avdelningen. Sjuksköterskorna upplevdes som förstående och med god kommunikationsförmåga. Önskade fönster på rummet och bättre mat.</p>	
<p>Titel The Impact of Strict Isolation on MRSA Positive Patients: An Action-Based Study Undertaken in a Rehabilitation Center</p> <p>Författare Webber, K. L., Macpherson, S., Meagher, A., Hutchinson, S., & Lewis, B</p> <p>Tidskrift Rehabilitati</p>	<p>Omvårdnad</p>	<p>Problem: Få studier gjorda av MRSA och isolering inom rehabilitering smiljö.</p> <p>Syfte: Få bättre förståelse för patienters upplevelse av MRSA och isolering. Även med patienters idéer utveckla en handlingsplan.</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer med nio patienter i åldrarna 35-70 år som har varit isolerade i minst en månad. Oklart om könsfördelning. Även en fokusgrupp.</p>	<p>Förvirring kring hygienrutiner då vissa av vårdpersonalen följde dem och andra inte. Samt att strikt isoleringsrutiner inte gällde under helgpermissioner i hemmet och i samhället, för patienter.</p>	<p>Känslan av att vara smittad kan ge lägre självförtroende och känslan av stigmatisering. Författarna tar upp att det rådde förvirring kring sjukdomen och isoleringsrutiner och att de flesta patienterna tyckte att isolering var något negativt.</p>

on nursing. Årtal: 2012					
----------------------------	--	--	--	--	--