



ERSTA
SKÖNDAL
BRÄCKE
HÖGSKOLA

Karoline Paulsdotter och Jannike Winroth

Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, Institutionen för vårdvetenskap

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKGV51, VT2017

Grundnivå

Handledare: Gunilla Johansson

Examinator: Berit Seiger Cronfalk

Patienters upplevelser av isolering vid smittorisk

En litteraturöversikt

Patients´ perception of isolation due to risk of contamination

A literature review

Sammanfattning

- Bakgrund:** Isolering innebär att en patient som är smittbärare eller har en smittsam sjukdom tas om hand på ett sådant sätt att andra skyddas från att bli smittade. I hälso- och sjukvårdslagen beskrivs målet för hälso- och sjukvården som vård på lika villkor för hela befolkningen och en god hälsa. Studier poängterar vikten av patienters livskvalitet och hur isolering kan innebära en risk för försämring av denna. Det finns en okunskap hos sjukvårdspersonalen när det gäller smittspridning vilket skapar en utsatthet för patienter som blivit smittade.
- Syfte:** Syftet med litteraturöversikten är att belysa patientens upplevelse av isolering vid smittorisk.
- Metod:** En litteraturöversikt enligt Friberg (2012) utfördes. Tio artiklar användes i resultatet, vilka hittades i CINAHL Complete, PubMed, PsycINFO samt Nursing & Allied Health database.
- Resultat:** Litteraturöversiktens resultat visade tre huvudteman vilka var negativa upplevelser av isolering, upplevelser av att vara smittsam och positiva upplevelser av isolering. Negativa upplevelser av isolering var mer framträdande än positiva. Patienterna upplevde negativa upplevelser som ensamhet, tristess och frustration. Upplevelsen av att vara isolerad kunde vara stigmatiserande och gav en oro och rädsla hos patienter. Isolering kan även upplevas positivt då rummet kan vara en plats för avslappning och utrymme till att få vara privat.
- Diskussion:** Sister Callista Roys adaptationsmodell användes i resultatdiskussionen där patienternas förmåga att anpassa sig till isoleringen diskuterades. Författarna diskuterar personalens roll i denna adaptation samt vad som ger upphov till att ensamhet upplevs positivt eller negativt.
- Nyckelord:** Isolering, infektion, attityder, psykologisk påverkan, Callista Roy.

Abstract

Background: Isolation is the practice whereby a patient who carries an infection or a contagious disease is taken care of in such a manner that other individuals are protected from likewise becoming infected. The aim of healthcare law is to provide both equal care and good health for the entire population. Research that has focused on the importance of the patient's quality of life has also shown how isolation runs the risk of undermining or diminishing such quality of life. Moreover, patients who become infected are more vulnerable due to the lack of knowledge among some medical staff concerning how infections are spread.

Aim: The aim of the literature review is to highlight how the contagious patient experiences isolation.

Method: A literature review was carried out in accordance with Friberg (2012). Ten articles, accessed in the databases CINAHL Complete, PubMed, PsycINFO and Nursing and Allied Health, were identified for the results.

Results: The literature review showed three main themes that were negative experiences of isolation, experiences of being contagious and positive experiences of isolation. Negative experiences of isolation were more prominent than positive. Patients experienced negative feelings like loneliness, sadness and frustration. The experience of being isolated could be stigmatizing and gave patients anxiety and fear. Isolation can also be perceived as positive when the room can be a place for relaxation and privacy.

Discussion: Sister Callista Roy's adaptation model was used in the discussion where patients' ability to adapt to the isolation was discussed. The authors discuss the role of the staff in this adaptation as well as what causes loneliness to be perceived as positive or negative.

Keywords: Isolation, infection, attitudes, psychological effects, Callista Roy.

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	1
2. BAKGRUND	1
2.1 SMITTSPRIDNING OCH SMITTSAMMA SJUKDOMMAR.....	1
2.2 UTMANINGEN MED VÄRDRELATERADE INFEKTIONER.....	3
2.3. SJKSKÖTERSANS ANSVAR, POTENTIELL SMITTSPRIDNING OCH RISKBEDÖMNING.....	5
2.4 SMITTSKYDDSLAGEN OCH ISOLERING.....	6
2.5 ETISKA HINDER OCH DILEMMAN FÖR ISOLERING.....	7
2.6 ISOLERADE PATIENTERS UTSATTHET.....	8
2.7 PROBLEMFÖRMULERING.....	8
3. SYFTE	9
4. TEORETISK UTGÅNGSPUNKT	9
5. METOD	10
5.1 DATAINSAMLINGSMETOD.....	10
5.2 URVAL.....	11
5.3 ANALYSMETOD.....	11
6. FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	12
7. RESULTAT	12
7.1 NEGATIVA UPPLEVELSER AV ISOLERING.....	12
7.1.1 <i>Ensamhet och tristess</i>	13
7.1.2 <i>Frustration</i>	14
7.1.3 <i>Känslan av att vara instängd</i>	14
7.2 UPPLEVELSEN AV ATT VARA SMITTSAM.....	14
7.2.1 <i>Smutsig och oren</i>	15
7.2.2 <i>Oro och rädsla</i>	15
7.3 POSITIVA UPPLEVELSER AV ISOLERING.....	16
8. DISKUSSION	16
8.1 METODDISKUSSION.....	16
8.2 RESULTATDISKUSSION	18
8.2.1 <i>Vårdpersonalens bemötande</i>	18
8.2.2 <i>Känslan av ensamhet</i>	19
8.2.3 <i>Ensamhet som något positivt</i>	21
8.3 KLINISKA IMPLIKATIONER.....	22
8.4 FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING.....	22

9. SLUTSATS	23
REFERENSFÖRTECKNING.....	24
BILAGA 1. SÖKMATRIS	28
BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT.....	30

1. Inledning

I våra ögon verkar vård i isolering skrämmande. Vi tänker att det upplevs som kränkande när sjukvårdspersonal inte kan ta i ens hand utan handskar. Författarna valde att belysa patientens upplevelse av isolering utifrån en förhoppning om en djupare förståelse av isoleringens effekter. Genom att ta del av patienters upplevelse kan vi få redskap för hur vi som sjuksköterskor kan bemöta dessa patienter på bästa sätt. Vi vill få en inblick i hur det är att vara isolerad från omvärlden och vilka faktorer som förbättrar eller försämrar deras situation.

Vår föreställning är att det påverkar patienten negativt när personal behöver ha extra skyddskläder. Detta kan öka känslan av skam eller utsatthet då patienten redan är skör och sjuk. Det skulle också kunna påverka patienten positivt att patienten på grund av smittorisk får ett eget rum, vilket vi har erfarenhet av att patienter ofta önskar inom vården.

2. Bakgrund

Isolering innebär att en patient som är smittbärare eller har en smittsam sjukdom tas om hand på ett sådant sätt att andra skyddas från att bli smittade (Lindahl & Skyman, 2014). Ordet smittorisk betyder risk för spridning av någon av de allmänfarliga smittsamma sjukdomarna som kan ge lidande, långvarig sjukdom eller vara livshotande (Ericson & Ericson, 2009). Human Immunodeficiency Virus (HIV), infektion med meticillin-resistenta stafylokocker aureus (MRSA) och tuberkulos är exempel på sådana sjukdomar. Ordet patient åsyftar en person som får vård av läkare eller annan vårdpersonal inom slutenvård. Upplevelse definieras utifrån Svenska akademins ordbok (2011) som känsla och erfarenhet en person får då den är med om något.

Det finns olika orsaker till att en patient behöver isoleras (Lindahl & Skyman, 2014). Det kan bero på risken att sprida smittoämnen vidare till patienter och vårdpersonal. Den andra orsaken till isolering är då en patient behöver skyddsisoleras för att personen inte ska bli smittad av andra. Litteraturöversikten kommer endast att belysa patienter som isoleras på grund av risk för att smitta andra. Avgränsningen görs eftersom orsaken till isoleringen och därmed upplevelsen kan skilja mellan ovan nämnda patientgrupper.

2.1 Smittspridning och smittsamma sjukdommar

När en infektion sker har ett smittämne invaderat vävnad (Ericson & Ericson, 2009). De olika sätt som mikroorganismer kan nå människans vävnader är genom kontaktsmitta (via skadad hud eller slemhinna), luftsmitta, peroral smitta (via födoämnen eller dryck), blodsmitta eller

insektsbett. Smittsamma infektioner beror på mikroorganismer som har snabb förökning, hög utsöndring och stor förmåga att sprida sig. Dödligheten på grund av smittsamma sjukdomar sjunker med förbättrade hygieniska och ekonomiska levnadsförhållanden.

Bakterier kan spridas av både patienter och sjukvårdspersonal och spridningen sker oftast via direkt eller indirekt kontaktsmitta (Åhrén, 2016). Indirekt kontaktsmitta betyder att smitta överförs mellan personer via händer, kläder, eller föremål (som dörrhandtag och utrustning) som är förorenade med smittämnen från sår, luftvägar, kräkning, urin, avföring eller blod (Melhus, 2013). Personer med skadad hud som sår, eksem eller psoriasis kan vara bärare av både stafylokocker och MRSA och sprida dessa inom vårdmiljön (Åhrén, 2016). Patienter som har diarré eller kateter och samtidigt är bärare av exempelvis VRE (vancomycinresistent enterokock) och *E. coli* (*escherichia coli*) med ESBL (extended spectrum beta-lactamase) utgör en risk för spridning av dessa. Spridning kan ske snabbt och bli ett stort problem inom vården. Det medför bland annat längre vårdtider, fler krävande behandlingar och kostnader för isolering. De viktigaste verktygen som finns för att minska spridningen är tillämpning av basala hygienrutiner, tidig upptäckt, tidigt omhändertagande och smittspårning.

De smittsamma sjukdomarna delas in i tre olika kategorier vilka är samhällsfarliga-, allmänfarliga-, och smittspårningspliktiga sjukdomar (Ericson & Ericson, 2009). Samhällsfarliga sjukdomar är åkommor som skulle innebära en allvarlig störning i samhällsfunktioner om de skulle spridas. Det skulle då behövas extraordinära skyddsåtgärder. Hit räknas smittkoppor, SARS (svår akut respiratorisk sjukdom) och infektion med ebolavirus. Allmänfarlig sjukdom definieras enligt smittskyddslagen (SML, SFS 2004:168) som en sjukdom som kan vara livshotande, ge svårt lidande eller innebära långvarig sjukdom. Denna kategori har över tjugo sjukdomar (Ericson & Ericson, 2009). HIV-infektion, MRSA och tuberkulos räknas till de allmänfarliga sjukdomarna. Smittspårningspliktiga sjukdomar blir aktuella för spårning enligt smittskyddslagen och innehåller bland annat sjukdomarna röda hund, kikhosta och mässling (Folkhälsomyndigheten, 2016).

I en artikel av Crawford Cohen et al. (2015) skriver artikelförfattarna om hur sjukvårdspersonal på äldreboende i USA hanterar multiresistenta bakterier och isolering. Multiresistenta bakterier innebär bakterier som är motståndskraftiga mot flera antibiotikasorter (Åhrén, 2016). Deras riktlinjer liknar våra svenska, det vill säga, patienter infekterade med multiresistenta bakterier som kan orsaka stort lidande och död bör isoleras och basala hygienrutiner bör följas (Crawford Cohen et al., 2015). Studien visar stora skillnader angående när isolerande åtgärder trädde i kraft. Vissa äldreboenden isolerade automatiskt patienten då symtom visades, andra först när positiva laboratorieresultat visades

och somliga äldreboenden isolerade patienter direkt när de kom från sjukhus. Andra boenden rapporterade istället att de mycket sällan isolerade sina patienter. Däremot isolerade inget av äldreboendena i studien på grund av kolonialisering av multiresistenta bakterier. En av vårdpersonalen förklarade detta som att det fanns en låg risk att bli smittad då en patient endast är kontaminerad och därför isolerades inte dessa personer. Kolonialisering innebär att utifrånkommande mikroorganismer etablerar sig i en individ (Lindahl & Skyman, 2014). Individen är då bärare av den koloniserade mikroorganismen men inte infekterad av den. Då en patient blivit infekterad av en utifrånkommande mikroorganism måste patienten visa kliniska symtom.

2.2 Utmaningen med vårdrelaterade infektioner

Penicillinet upptäcktes 1928 av Alexander Fleming (Weston, 2013). Under 1940-talet förändrade penicillinet vårt sätt att behandla infektionssjukdomar och stora förhoppningar om att antibiotikan kunde bota all världens infektionssjukdomar fanns. Under 1960- och 70-talet blev antibiotikaresistenta sjukdomar ett växande problem och bland annat bakterien MRSA blev känd (stafylokokker resistent mot meticillin). Problemet växte under 1970- och 80-talet och idag är det allt vanligare internationellt sett att flera bakteriestammar är resistent mot en eller flera typer av antibiotika. I Sverige, i de andra nordiska länderna och i Nederländerna är situationen fortfarande förhållandevis gynnsam när det gäller antibiotikaresistenta bakterier, men problemet växer även här (Lindahl & Skyman, 2014). MRSA är idag den mest vanliga identifierade antibiotikaresistenta patogenen på europeiska sjukhus (Bükki et al., 2011). Spridning av MRSA sker genom indirekt kontaktsmitta (Rangsjö & Edstedt, 2016). I dagens samhälle lever vi under ett ständigt hot av nya epidemier (Weston, 2013). Både från nya smittor, så som SARS eller tuberkulos som är en tidigare känd smittkälla som nu återkommit (Folkhälsomyndigheten, 2016).

Ett av problemen som finns kopplat till multiresistenta bakterier är vårt förhållningssätt till antibiotikaförskrivning (Weston, 2013). Problematiken skulle kunna minskas om antibiotikaförskrivningen samt de basala hygienrutinerna blev striktare (Lindahl & Skyman, 2014). I stora delar av världen är situationen med multiresistenta bakterier mycket allvarlig. Detta kan bero på att det inte finns några styrdokument eller strategier som kontrollerar förskrivningen av antibiotika och därmed ökar risken för att fler multiresistenta bakterier skapas. Kontrollen för antibiotikaförskrivning som vi har i Sverige minskar risken för att multiresistenta bakterier ska bli fler.

Den viktigaste åtgärden för att minska vårdrelaterad smittspridning är genom att tillämpa de basala hygienrutinerna (Melhus, 2013). De basala hygienrutinerna innefattar handhygien, användning av handskar och bruk av plastförkläde eller skyddsrock. Våra händer är den vanligaste och största källan till smitta. Det räcker med att en av vårdpersonalen är nonchalant med sin handhygien för att smittspridning ska äga rum. Därför bör vårdpersonal använda handdesinfektion före och efter moment som involverar vård, mat, läkemedel och undersökningar. I studien av Bükki et al. (2011) visades en signifikant skillnad i användandet av skyddskläder som förkläde, ansiktsmask och handskar mellan vårdenheter. Detta visar på att problematiken med basala hygienrutiner kvarstår.

En vårdrelaterad infektion avser en infektion från ett smittoämne som drabbar patienten under en behandling inom hälso- och sjukvården, eller en infektion som drabbat hälso- och sjukvårdspersonal under deras arbete (Socialstyrelsen, 2016). Vårdrelaterade infektioner påverkar patienter dagligen på våra sjukhus och bidrar till ett ökat antal dödsfall (Weston, 2013). Några av de konsekvenser som vårdrelaterade infektioner ger är förlängda vårdtider och ett minskat förtroende för vården. Vårdrelaterade infektioner har funnits lika länge som sjukvården bedrivits (Ericson & Ericson, 2009). Av de patienter som vårdas i akut somatisk vård riskerar cirka nio procent att drabbas av minst en vårdrelaterad infektion (Sveriges Kommuner och Landsting, 2014). Dock är variationen stor mellan olika typer av kliniker, vårdavdelningar och vårdformer (Ericson & Ericson, 2009). Majoriteten av vårdrelaterade infektioner uppträder som enstaka fall. Om det sker en större mängd fall av en infektion kallas det i stället utbrott. Cassidy (2006) beskriver i sin studie att brist på utrustning och rum var två praktiska problem som var en stor orsak till vårdrelaterad smittspridning. Även artikeln av Bükki et al. (2011) och artikeln av Crawford Cohen et al. (2015) visade brist på resurser i form av enkelrum. I studien av Bükki et al. (2011) kom artikelförfattarna även fram till att det fanns en liten kunskap om hur förekommande MRSA är och vilka åtgärder som görs inom den palliativa vården. Enligt Socialstyrelsen (2016) kan spridning av vårdrelaterade sjukdomar minskas genom att bland annat följa basala hygienrutiner och rutiner gällande skötsel av katetrar samt sår. Socialstyrelsen menar att cirka 20–30 procent av alla vårdrelaterade sjukdomar beräknas gå att förebygga.

da Silva et al. (2010) beskriver att kunskapsnivån om åtgärder för att minska spridningen av MRSA var generellt låg bland sjukvårdspersonal. Studien genomfördes i Brasilien och visade att över 90 procent av deltagarna var oroliga för att bli smittade av den vårdrelaterade infektionen MRSA. Saker som främjade användandet av förebyggande åtgärder vid vård av MRSA-smittade patienter var tillgängligheten av skyddande utrustning, tillräckligt stor

personalstyrka, teamarbete, träning, utbildning och information om när en patient behöver isoleras.

2.3. Sjuksköterskans ansvar, potentiell smittspridning och riskbedömning

Inom professionen som sjuksköterska har alla ett ansvar att följa International Council of Nurses (ICN:s) etiska kod (2014). Styrkan med denna etiska kod är att den samlar sjuksköterskor över hela världen och har som mål att hålla den etiska diskussionen levande för att främja god vård. Denna etiska kod grundar sig på fyra hörnstenar vika är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Den inkluderar att sjuksköterskan har ett ansvar både att utveckla och övervaka patienters samt personals säkerhet.

Sjuksköterskor har en hög frekvens av nära kontakt med patienter (Bernard, Fischer, Mikolajczyk, Kretzschmar & Wildner, 2009). Data över personlig kontakt mellan personer är viktigt att få fram för att kunna visa på spridningen av smittsamma sjukdomar. Om en infektionssjukdom skulle spridas till sjukvårdpersonalen kan det resultera i personalbrist. Sjuksköterskan hade i genomsnitt kontakt med 40 personer per dygn och mer än hälften av kontakten var fysisk hud-till-hudkontakt. Denna studie mätte inte den faktiska smittspridningen. Artikelförfattarna menar dock att risken för spridning vid fysisk kontakt förmodligen är betydligt högre än att endast närvara i samma rum. Upprepade kontakter med patienter som vårdas under lång tid har inte samma risk för spridning av infektion som kontakter med nyintagna patienter. Detta beror på att det är mindre risk att personer som vårdas under lång tid för med sig nya infektioner till sjukhuset.

Riskbedömningar vid risk för smitta görs för att ta hänsyn till patienterna och deras omgivning (Kawakami & Misao, 2014). Riskbedömningen för infektion blir viktig för att kunna vidta lämpliga isolerande försiktighetsåtgärder. Generella faktorer som ökar risken för vårdrelaterade infektioner är nedsatt immunförsvar, ålder, dålig näringsstatus, lång vårdtid samt patienters hälsotillstånd. Omständigheter som bidrar till ökad risk är postoperativa tillstånd efter omfattande kirurgi (Ericson & Ericson, 2009). Sjukdomstillstånd som ökar risken för vårdrelaterad infektion är diabetes, njursjukdomar och cancer (Kawakami & Misao, 2014). Det är även större risk för infektion när patienter har central venkateter, perifer venkateter eller urinkateter. Artikelförfattarna menade att det behövs mer utbildning om isolerande försiktighetsåtgärder till vårdpersonal. Åtgärderna som verkställs behöver utvärderas för att vårdpersonalen också ska kunna applicera åtgärderna till liknande problem.

Resultatet i studien visade att det ska vara tydligt vilken typ av försiktighetsåtgärder som behövs, om det är utifrån standard-, kontakt-, eller luftburna försiktighetsåtgärder. Detta för att minska risken för smittspridning.

2.4 Smittskyddslagen och isolering

Isolering träder endast i kraft om det finns en påtaglig risk för andra att bli smittade av vissa av de allmänfarliga sjukdomarna (Smittskyddslag [SML], SFS 2004:168). Enligt Folkhälsomyndigheten (2016) bör personer i Sverige isoleras för bland annat sjukdomarna MRSA, ebola, kolera och SARS. Däremot kan en person som är bärare av MRSA leva ett normalt liv utanför vården. I hemmet blir då hygien en extra viktig del för att minska spridningen. Förvaltningsrätten beslutar om en patient ska isoleras genom en ansökan från en smittskyddsläkare. Ansökan skall innehålla både uppgifter om patientens situation och en individuell vårdplan där patientens behov av stöd och vård ska tillgodoses. Enligt lag får en person endast hållas i isolering i tre månader från det att beslutet verkställs. Efter dessa månader måste förvaltningsrätten se över särskilda skäl till fortsatt isolering vilket beslutas med högst sex månader åt gången. I Sverige har sjukvården en skyldighet att anmäla smittsamma sjukdomar till smittskyddsläkaren och till Smittskyddsinstitutet. Det finns över 60 smittsamma sjukdomar som vårdpersonal har anmälningsplikt på (Ericson & Ericson, 2009). Om personen som är smittad inte skulle följa smittskyddsläkarens restriktioner kan hen genom tvångsåtgärder få isoleringsvård (SML, SFS 2004:168). Till viss del är smittskyddslagen en tvångslag. Detta har gjort att de sjukdomar som lyder under lagen har övervägts noga (Ericson & Ericson, 2009).

Smittade personer kan få vissa förhållningsregler som innefattar begränsad rörelsefrihet, begränsningar kopplat till sitt arbete, sin skolgång, eller begränsningar i sina sociala relationer (Ericson & Ericson, 2009). Smittskyddslagen innehåller både skyldigheter och rättigheter. Exempel på skyldigheter patienten har är att läkaren måste få ta de prover som behövs, följa de förhållningsregler som läkaren angivit samt att lämna all nödvändig information för att smittspårning ska vara möjligt (SML, SFS 2004:168). Rättigheter som patienten har är exempelvis rätt till kostnadsfri vård och rätt att överklaga de beslut Smittskyddsmyndigheten tagit.

Om den isolerade personen begär att isoleringen skall upphöra är smittskyddsläkaren skyldig att pröva detta utan dröjsmål (SML, SFS 2004:168). Den isolerade skall tas väl omhand om, få tillgång till fysisk aktivitet och har rätt att vistas utomhus en timme om dagen om inte speciella hinder för detta finns. Personen har även rätt att ta emot besök, om så

möjligt med hänsyn till vården, ringa telefonsamtal och skicka brev. Hen får ofta strikta restriktioner till den isolerade enheten för att minska smittorisken.

2.5 Etiska hinder och dilemman för isolering

I hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 2017:30) beskrivs målet för hälso- och sjukvården som vård på lika villkor för hela befolkningen och en god hälsa. Lagen informerar om att vård ska ges med respekt för alla människors lika värde. Den ska ges med god kvalitet och tillgodose patienternas behov av trygghet och bygga på respekt för patienters självbestämmande och integritet.

Vårdpersonalen i studien av Crawford Cohen et al. (2015) poängterade vikten av patienters livskvalité och ansåg att det fanns en risk att isolering försämrar denna. Isolering uttrycktes som ”hemska” enligt några av vårdpersonalen och de ansåg att de inte skulle isolera någon om de inte var tvungna till det. Vårdpersonalen försökte balansera detta bland annat genom att låta patienterna lämna sina rum med skyddskläder. Personalen la stor vikt vid att patienterna skulle kunna socialisera med andra. Hur säkert det är för patienter att lämna sina rum med skyddskläder är enligt artikelförfattarna okänt. Ett annat sätt att underlätta isoleringen var att inte sätta upp skyltar om att patienten isolerades. Vårdpersonalen ansåg att en skylt om isolering kränkte patientens integritet.

Integritet är ett mångfacetterat begrepp (Sandman & Kjellström, 2013). Den vanligaste innebörden är att skydda den personliga sfären runt varje människa. Sfären kopplas både till den fysiska kroppen, människans materiella ting och information om personen. Integritet kan även kopplas till människovärde där grunden för lika behandling är av störst vikt. Filosofin bakom människovärdet handlar om att varje människa har ett värde oberoende av sin status i samhället eller personliga egenskaper. Vård av någon innebär nästan alltid att inkräkta på människans personliga sfär. Genom vårdhandlingar och behandlingar kommer vi nära på ett sätt som vi i andra sammanhang inte skulle ha accepterat, exempelvis vid intim hygienomvårdnad. Det krävs stor lyhördhet från personalens sida för att kunna läsa av patientens gränser. Om inte gränserna hanteras på ett bra sätt kan patienten uppleva detta som en kränkning. Detta kan kopplas till tillfällena då en patient exponeras för en hel avdelning som ”den smittade” när personalen använder skyltar om rum för isolerade patienter.

I en studie visades det att restriktioner på grund av den vårdrelaterande infektionen MRSA inverkar negativt på patienter och anhöriga i livets slutskede (Bücker et al., 2011). Tyngdpunkten inom palliativ vård ligger på lindring av symtom och att främja livskvalitén. Det blir då ytterligare en utmaning att förhindra MRSA-spridning. MRSA inom

palliativ vård blir ett etiskt dilemma på så sätt att det blir en avvägning mellan patientsäkerhet (tillämpa effektiva isolerande åtgärder) och en av grundpelarna inom den palliativa vården (att den döende ska få integreras socialt). I stort sett alla palliativa institutioner krävde att personalen tillämpade nödvändiga försiktighetsåtgärder och använde MRSA-protokoll. Trots detta var det en mindre andel av personalen som hade antagit någon form av isolerande åtgärder för patienter med känd eller misstänkt MRSA. På grund av etiska orsaker som exempelvis socialt berövande, var det mindre sannolikt att personalen på hospice isolerade patienterna än på palliativa vårdenheter. Artikelförfattarna kom fram till att etiken hade en stor inverkan i valet av isolering när det gäller den palliativa vården.

2.6 Isolerade patienters utsatthet

Det finns en okunskap hos sjukvårdspersonalen när det gäller smittspridning vilket skapar en utsatthet för patienter som blivit smittade (Åhrén, 2016). Det är därför av stor vikt att sjukvårdspersonal förhåller sig till multiresistenta bakterier på ett professionellt sätt och inte visar osäkerhet eller rädsla vid mötet med dessa patienter (Lindahl & Skyman, 2014). Vårdpersonalen behöver kunskap och förståelse för smittade patienters utsatthet vilket beskrivs i ett antal vetenskapliga artiklar. Artikeln av Stelfox, Bates och Redelmeier (2003) visade att isolerade patienter hade åtta gånger högre risk att utsättas för bristande omvårdnadsåtgärder. Bristerna kunde leda till trycksår, fall eller vätske- och elektrolytrubbningar. Artikelförfattarna kom bland annat fram till att cirka hälften av deltagarnas vitalparametrar inte dokumenterades enligt ordination. De isolerade patienterna hade i genomsnitt även en längre sjukhusvistelse. Cassidy (2006) beskriver i sin studie att kunskapsnivån om smittspridning ofta var låg hos patienter vilket bidrog till stress och oro. Artikelförfattarens resultat visade att information till patienter om smittor och smittspridning hade en positiv effekt på patienternas upplevelse av isoleringen.

2.7 Problemformulering

Vårdrelaterade infektioner är ett stort problem på sjukhusen i Europa. Detta leder till förlängda vårdtider och ett minskat förtroende för vården. Inom akut somatisk vård riskerar cirka nio procent av patienter att drabbas av vårdrelaterade infektioner. Vårdrelaterade infektioner tillsammans med flera andra smittsamma sjukdomar kan leda till att en patient behöver isoleras. Isolering innebär en begränsad rörelsefrihet och kan begränsa kontakten med nära och kära. Enligt studier saknas det ofta kunskap om smittorsaker vilket bidrar till

osäkerhet hos vårdpersonal. Denna brist bidrar till en ökad utsatthet för smittade patienter och personalen kan ställas inför etiskt svåra beslutsfattanden för att tillgodose patienternas behov. Genom att belysa hur patienter upplever isolering vill författarna bidra till ökad insikt hos sjukvårdspersonal. Kunskapen tror författarna kan minska patienters utsatthet i den kliniska verkligheten.

3. Syfte

Syftet med litteraturoversikten var att belysa patienters upplevelser av isolering vid smittorisk.

4. Teoretisk utgångspunkt

Som teoretisk utgångspunkt har Sister Callista Roys adaptationsmodell använts (Roy, 2009). I modellen använder Roy en holistisk patientsyn. Denna patientsyn innebär att se patienten som en helhet där en del av en människa inte kan bortses ifrån (Hedelin, Jormfeldt & Svedberg, 2014). Roys (2009) adaptationsmodell handlar om att människor aktivt behöver anpassa sig till en miljö som ständigt är i förändring. Teorin beskriver hur omgivningen och miljön interagerar med människan och hur en person påverkas av den, vilket har en klar koppling till litteraturoversiktens syfte. Människan beskrivs i termer av holistiskt adaptiva system. Adaption är definierat som en tankemässig och känslomässig process där individer och grupper använder medvetna val för att integrera med människor och sin omgivning. Adaptionen påverkar olika aspekter av livet så som överlevnad, utveckling, reproduktion och förändring.

Människans system blir påverkat av olika typer av stimuli (Roy, 2009). Stimuli kan komma från miljön, ett yttre stimuli där miljön kan vara intryck, omständigheter eller olika tillstånd som påverkar människans beteende och utveckling. Roys adaptationsmodell handlar om att människan konstant interagerar med en omgivning som ständigt är i förändring och den förmåga människan har att hantera dessa förändringar. Människan tar inte bara emot information passivt från miljön utan kan aktivt påverka den och på olika sätt bli påverkad av omgivningen. Förändringar kan påverka en person att kunna skapa inre och yttre balans och bli hel som person. Människan behöver anpassa sig för att hennes integritet ska bevaras och för att utvecklas. När försök att anpassa sig misslyckas kan personen ifråga behöva stöd av sjuksköterskan för att återfå balansen i livet. Då människan upplever en positiv påverkan från miljön, ett positivt stimuli, uppstår en adaption vilket stärker individen och leder till en bättre hälsa. Vid ett negativt eller uteblivet stimuli kan personen påverkas negativt.

Denna teoretiska utgångspunkt passar till litteraturstudiens syfte då det blir en förändring när patienter får reda på att de har en smittsam sjukdom och behöver isoleras. Förändringen och informationen behöver patienterna bearbeta och hantera för att förlika sig med den nya situationen. Teorin användes i resultatdiskussionen för att diskutera resultatet.

5. Metod

En litteraturöversikt gjordes enligt Friberg (2012). Litteraturöversikt som metod används för att skapa en översikt över befintlig forskning inom ett valt område. Litteraturöversikt kan användas som grund till en kommande studie eller som ett fristående arbete. Kritiken då det gäller denna metod är att det blir en alltför snäv samling forskning som grund för översikten. För att minska denna risk är det viktigt att ha ett kritiskt förhållningssätt då urvalen av artiklarna görs, vid läsningen och i skrivandet. Ett kritiskt förhållningssätt bygger på en tilltro till att med förnuftets hjälp upptäcka begränsningar och brister för att nå förbättring och utveckling (Stenbock- Hult, 2003). Med detta kritiska förhållningssätt granskar författarna artiklarna vilket skapar en ökad tilltro till resultatet.

5.1 Datainsamlingsmetod

Det första steget i denna process var att söka efter artiklar i databaser för att få en översikt över utbudet om ämnet. Författarna sökte i databaserna PubMed, Nursing & Allied Health Database, PsycINFO och CINAHL Complete. Dessa databaser valdes då de har ett stort utbud av vårdvetenskapliga artiklar. För att hitta passande ämnesord utifrån området användes Svensk MeSH som hjälp. Svensk MeSH har en översättningsfunktion där det är möjligt att söka på medicinska sökord både på svenska och engelska (<https://mesh.kib.ki.se>). Först gjordes ämnesordsökning på orden *patient isolation, infection, perception* och *attitudes*. Författarna eftersökte artiklar som inte var äldre än tio år gamla för att få den senaste forskningen. När detta gav få träffar med relevanta artiklar togs inspiration från valda artiklars ämnesord. Begränsningen med artiklar från högst tio år tillbaka utökades även till högst 20 år. Sökningen fortsatte med ämnesordsökning samt fritextsökning på orden *patient care team, MRSA, isolation, qualitative research, source isolation, psychological effects* och *anxiety*. Utifrån de orden kombinerades sökorden på olika sätt med AND och OR. AND användes för att koppla ihop två sökord och OR för att få träffar på den ena eller den andra söktermen (Östlundh, 2012). OR används exempelvis på begrepp som kan sökas med olika synonymer.

Om sökningen gav många resultat gjordes begränsningarna Full Text och Peer Reviewed. Peer Reviewed innebär att artiklarna blivit publicering i en vetenskaplig tidskrift (Friberg, 2012).

5.2 Urval

När antalet träffar motsvarade en mängd som var överskådlig för att enkelt kunna gå igenom alla titlar, gick författarna igenom det funna materialet. När en titel överensstämde med litteraturöversiktens syfte lästes abstrakten. Om abstrakten passade med syftet, lästes artiklarna djupgående var för sig. Först då avgjordes det om artiklarna gick att använda till resultatet. En sökmatrix gjordes för att få en överblick över valda artiklar (se bilaga 1). Fokus i litteraturöversikten låg på kvalitativa studier eftersom författarna ville ta reda på patienternas subjektiva upplevelse. Då artiklarna studerades letade författarna efter en tydlig problemformulering, om det fanns en teoretisk utgångspunkt, syftet och vilken metod som användes. Artiklarna granskades utifrån hur artikelförfattarna tolkade resultatet och en etisk granskning gjordes av varje artikel. Här letade författarna efter om studien hade blivit granskad av en etisk kommitté eller om andra etiska hade överväganden gjorts. Dessa frågeställningar hjälpte författarna att bestämma studiernas kvalitet.

5.3 Analysmetod

Det tredje steget i processen var att sammanfatta, översätta resultatet i valda artiklar och leta efter likheter och skillnader i exempelvis metod, analys, syfte och resultat (Friberg, 2012). Resultatartiklarna lästes flera gånger för att sammanhanget och helheten skulle bli tydlig. Viktiga delar i artiklarnas resultat färgmarkerades och därefter skrevs de in i en resultatmatrix för att få en överblick (se bilaga 2). Detta blev till hjälp för att finna likheter och skillnader. Författarna läste alla resultatartiklarna oberoende av varandra och skrev ned för hand det resultat som besvarade litteraturöversiktens syfte. Därefter jämfördes och diskuterades likheter och skillnader i de resultat som författarna funnit. Resultaten skrevs ned som kortfattade nyckelord. Sedan markerade författarna nyckelorden i olika färger där innehållet liknade varandra. Författarna använde sig sedan av nyckelorden för att utförligt beskriva artiklarnas resultat för att kunna skapa teman. Författarna gick tillbaka till ursprungsmaterialet för att få en ökad försäkran om att inget material förbisågs. Detta blev en validering i tematiseringsprocessen. Då kvantitativa artiklar valdes presenterades deras resultat utifrån de statistiska beräkningar som gjordes. Författarna frågade sig vad färgkoderna handlade om och

kom överens om en rubrik som sammanfattade innehållet. Rubrikerna blev litteraturöversiktens teman och underteman.

6. Forskningsetiska överväganden

Forskningsetik finns för att värna om människans rättigheter och grundläggande värden (Sandman & Kjellström, 2013). Det är viktigt att personerna i studierna blir ordentligt informerade, deltar frivilligt och att personerna när som helst har möjlighet att lämna studien. Det finns annars en risk att personerna används på ett oberättigat sätt. En studie kan kallas etisk om tre villkor uppfylls: att den handlar om betydelsefulla frågor, den vetenskapliga kvaliteten är god och att studien genomförs på ett etiskt sätt. Detta granskades av författarna i varje studie.

Innan granskningen skedde diskuterade författarna sin förförståelse för att bli medvetna om den och för att i så stor utsträckning som möjligt kunna bortse från den. Den bestod bland annat av erfarenheter från klinisk verksamhet, både positiv och negativ. Författarna diskuterade att många patienter uppskattade att få eget rum, att behandlingar fördröjdes till följd av vårdrelaterade infektioner och besvikelsen över förlängda vårdtider. Forskningsetiska överväganden analyserades i varje artikel. Hur deltagarna valdes ut och vilka etiska problem som identifierades innan studien startade sågs också över. När artiklarna granskades tog författarna hänsyn till vissa språkliga brister eftersom engelska inte är modersmålet. Lexikon användes som hjälpmedel då osäkerhet om ords betydelse uppstod för att minska risken för feltolkning.

7. Resultat

Författarna fann tre huvudteman i artiklarnas resultat vilka var *negativa upplevelser av isolering*, *upplevelser av att vara smittsam* och *positiva upplevelser av isolering*. Under huvudtemat *negativa upplevelser av isolering* hittade författarna underteman *ensamhet och tristess*, *frustration* och *känslan av att vara instängd*. Vid huvudtemat *upplevelsen av att vara smittsam* fann författarna underteman *smutsig och oren* och *oro och rädsla*. Det sista huvudtemat var *positiva upplevelser av isolering*, här fann författarna inga underteman.

7.1 Negativa upplevelser av isolering

Negativa upplevelser av isolering var det mest förekommande fenomenet och hittades av författarna i alla tio resultatartiklar (Mehrotra et al., 2013; Webber, Macpherson, Maegher,

Hutchinson & Lewis, 2012; Ward, 2000; Tarzi, Kennedy, Stone & Evans, 2001; Skyman, Thunberg Sjöström & Hellström, 2010; Pacheco, Spyropoulos & Caron, 2010; Newton, Constable & Senior, 2001; Gammon, 1998; Findik, Ozbas, Cavdar, Erkan & Topcu, 2012; Barratt, Chaban & Moyle, 2010).

I tre kvantitativa studier mätte artikelförfattarna konsekvenser av upplevelserna genom att undersöka nivåer av ångest och depression (Tarzi et al., 2001; Gammon, 1998; Findik et al., 2012). Signifikant skillnad mellan den isolerade gruppen och den icke isolerade gruppen kunde ses i två av dessa studier (Tarzi et al., 2001; Gammon, 1998) däremot framkom ingen sådan skillnad i den tredje (Findik et al., 2012). Även i en kvalitativ studie framkom det att patienter kände sig deprimerade då de var i isolering och de kände sig introverta (Webber et al., 2012).

7.1.1 Ensamhet och tristess

Ensamhet togs upp som en negativ upplevelse i studien av Mehrotra et al. (2013) och var något som upplevdes av deltagarna när sjukvårdspersonalen tog på sig skyddsutrustning. I studien av Pacheco et al. (2010) var ensamheten nära kopplad till isoleringen som var en central del av patienters erfarenheter. Besökare var en viktig del i att minska känslan av att känna sig ensam vilket även togs upp i studien av Webber et al. (2012) och Ward (2000). Känslan av ensamhet uppstod primärt eftersom deltagarna hade minskad kontakt med nära och kära (Pacheco et al., 2010). Värdet av att få interagera med andra patienter för att minska känslan av ensamhet och tristess och för att sätta sin sjukdom i perspektiv togs upp (Ward, 2000). För lite uppmärksamhet från personalen kunde också leda till ensamhet (Newton et al., 2001). En besläktad känsla var övergivenhet i brist på besök av anhöriga (Barratt et al., 2010; Skyman et al., 2010).

Tristess var ett annat återkommande fenomen (Ward, 2000; Skyman et al., 2010; Findik et al., 2012; Webber et al., 2012). Tristess var nära kopplat till ensamheten deltagarna kände (Ward, 2000). Brist på information till besökarna bidrog till att vissa anhöriga inte kom eller att de endast stannade en kort stund. I en kvantitativ studie av Findik et al. (2012) var 16,2 procent (av 37 deltagande) uttråkade och detta berodde på att de inte hade någon att prata med.

7.1.2 Frustration

Författarna fann frustration som ett annat negativt undertema (Webber et al., 2012; Ward 2000; Barratt et al., 2010). Ett exempel på vad som kunde utlösa frustration var när vårdpersonal inte följde hygienrutiner vid isolering (Webber et al., 2012). Patienterna upplevde att de av sjukvårdspersonalen som strikt följde isoleringsrutiner brydde sig mer. Patienterna upplevde att sjukvårdspersonal som misslyckades med att följa strikta isoleringsåtgärder var ambivalenta, vilket de upplevde som frustrerande. Symboler av isolering fick många att känna sig annorlunda. I studien av Ward (2000) framkom det att brist på inlyssnande från vårdpersonalen gjorde deltagarna frustrerade och de ansåg att detta påverkade deras vård. Vissa kände att de fick sämre behandlingsmöjligheter av sin primära sjukdom efter att de blivit smittade (Skyman et al., 2010). Däremot motsäger studien av Pacheco et al. (2010) detta då deltagarna i den studien ansåg att vården inte försämrades på grund av isoleringen. Deltagarna i studien av Barratt et al. (2010) upplevde frustration över att vara begränsad till sitt rum vilket begränsade deras självständighet.

7.1.3 Känslan av att vara instängd

Känslan av att vara instängd visade resultaten från Ward (2000); Skyman et al. (2010); Barratt et al. (2010). En vy av omvärlden hade reducerat känslan av frihetsberövande upplevde deltagarna i studien av Ward (2000). Deltagarna upplevde isoleringen som begränsade och de kände sig instängda då de separerades från andra (Skyman et al., 2010). Patienterna upplevde att de inte fick några spontana besök av vårdpersonal utan att de endast kom vid städning, vid specifika omvårdnadsåtgärder eller då de kom med mat. Barratt et al. (2010) beskrev känslan av begränsad självständighet som att vara instängd mellan fyra väggar. Vissa deltagare kände sig mindre isolerade om de kunde ha dörren öppen och höra eller se andra i korridoren. Ha ett fönster med en vy gjorde att de kände sig mindre isolerade. I studien av Ward (2000) framkom det att även om fönstret endast var en vy av personal som gick förbi så skulle detta underlätta upplevelsen och minska känslan av att vara frihetsberövad.

7.2 Upplevelsen av att vara smittsam

Upplevelsen av att vara smittsam beskrevs av författarna i fem av resultatartiklarna (Mehrotra et al., 2013; Webber et al., 2012; Skyman et al., 2010; Newton et al., 2001; Barratt et al., 2010). Känslan av att vara smittsam upplevdes bland annat som att vara smutsig och oren vilket medförde oro och rädsla hos patienterna.

7.2.1 Smutsig och oren

Känslan av att vara smutsig visades i studierna av Mehrotra et al. (2013); Webber et al. (2012); Skyman et al. (2010); Newton et al. (2001); Barratt et al. (2010). Handlingar från anhöriga och personal fick patienter att känna sig orena och smutsiga (Skyman et al., 2010). Den känslan kunde infinna sig då personal tog på sig skyddskläder inför omvårdnad (Mehrotra et al., 2013; Barratt et al., 2010). Deltagare tyckte att skyddsmundering skapade en barriär mellan patient och personal (Barratt et al., 2010). Anhörigas reaktioner fick de isolerade att känna sig ovälkomna och många kände sig smutsiga och stigmatiserade (Skyman et al., 2010; Webber et al., 2012). Några kände sig så pass stigmatiserade att de kände sig omänskliga (Webber et al., 2012). De tänkte att det borde finnas bättre sätt att hantera personer med smitta. Då det var förbjudet att vistas bland andra upplevde deltagarna det som att de hade pest eller lepra (Skyman et al., 2012; Newton et al., 2001; Barratt et al., 2010). Erfarenheten av att vara smittsam gav deltagarna skam och skuld (Skyman et al., 2010). Patienterna var fulla med frågor om restriktionerna och de upplevde att frågorna inte besvarades. Personerna i studien identifierade sig med att vara smittade vilket var stigmatiserande (Barratt et al., 2010). De kände sig smittsamma, kontaminerade eller nedgraderade. Isolering influerade relationen med vårdpersonal negativt. Exempelvis undvek vissa läkare att skaka hand med patienter, ibland gick de inte ens in i rummet utan pratade genom dörrspringan.

7.2.2 Oro och rädsla

Det fanns en oro och rädsla över att vara smittad och att andra personer också skulle bli smittade (Webber et al., 2012; Skyman et al., 2010; Barratt et al., 2010). Vissa deltagare kände att de behövde dölja att de hade MRSA för sina nära och kära på grund av rädsla för att de inte skulle vilja komma på besök (Webber et al., 2012). På grund av dålig och inkonsekvent information var patienterna rädda och osäkra, då de inte visste om de fortfarande var bärare av MRSA (Skyman et al., 2010). Barratt et al. (2010) beskrev att rädslan av att vara smittad minskades av erfarenhet, förståelse och insikt. De personer som haft tidigare erfarenheter av isolering var mer accepterande av situationen.

7.3 Positiva upplevelser av isolering

Författarna fann positiva upplevelser av isolering i sex av resultatartiklarna (Webber et al., 2012; Ward, 2000; Skyman et al., 2010; Newton et al., 2001; Findik et al., 2012; Barratt et al., 2010). De positiva upplevelserna med att ha ett eget rum beskrevs (Webber et al., 2012; Ward, 2000; Newton et al., 2001; Findik et al., 2012; Barratt et al., 2010; Skyman et al., 2010). En av de positiva upplevelserna med att ha eget rum var att patienten fick vara privat och upplevelsen av tystnad och avslappning infann sig (Ward, 2000). Detta beskrivs även i studien av Barratt et al. (2010) där eget rum upplevdes som en tröst att få vara privat. Vyn av parker gav patienter även tröst, de beskrev det som vackert att titta på fält och grönska (Skyman et al., 2010). Eget rum ledde även till känslan av större frihet och en positiv känsla av att få vara själv (Newton et al., 2001). I studien av Findik et al. (2012) var 86,4 procent av de 37 personer som medverkade glada över att ha ett enkelrum. Känslan av att vara säker, få god vård, strikta städrutiner och att inte störa någon annan var positiva konsekvenser.

8. Diskussion

Diskussionen består av metoddiskussion och resultatdiskussion. I metoddiskussionen diskuterade författarna litteraturoversiktens styrkor och svagheter. Resultatdiskussionen är en diskussion av resultatet där Roys adaptationsmodell används.

8.1 Metoddiskussion

Författarna gjorde en litteraturoversikt utifrån Fribergs (2012) metod. Fem av resultatartiklarna var från PubMed där alla artiklar ska vara granskade inför att publiceras i en vetenskaplig tidskrift. I databaserna CINAHL Complete, PsycINFO och i Nursing and Allied Health Database användes begränsningen Peer Reviewed för att öka chanserna att få artiklar med god vetenskaplig kvalitet. Författarna anser att detta är en styrka i litteraturoversikten.

Inledningsvis hade författarna svårt att hitta artiklar och använde då ämnesord från redan funna artiklar för att utöka sökningen. Detta gjorde att författarna utgick ifrån många sökord vilket kan ha bidragit till en spretig samling artiklar, vilket kan vara en svaghet. Författarna inkluderade även två kvantitativa artiklar och tre artiklar med mixad metod för att få ihop en tillräcklig mängd artiklar. De kvantitativa artiklarna gav endast en övergripande bild med hjälp av mätinstrument av hur det kändes att vara isolerad och gick inte in på den subjektiva upplevelsen. Detta kan vara en brist i litteraturoversikten men författarna anser att den övergripande bilden också är viktig att belysa.

Ämnet isolering på grund av smittorisk visade sig inte vara ett väl utforskat ämne vilket visades i författarnas problematik att hitta artiklar. Författarna fick därför välja artiklar som var från år 1998 som äldst. Samtidigt anser författarna att detta inte påverkade resultatet eftersom upplevelsen hos patienterna som ingått i studierna inte ändrats. Däremot kan metoden av isoleringen skilja sig, på samma sätt som den kan skilja sig i olika länder, vilket kan påverka upplevelsen av isoleringen.

Alla resultatartiklar var på engelska vilket inte är författarnas modersmål. Författarna använde lexikon som hjälpmedel för att översätta på ett korrekt sätt. Då svårigheter att översätta uppstod diskuterade författarna lämpligast ordval. Detta kan dock ha påverkat resultatet eftersom en översättning av ett ord ofta blir en tolkning av innebörden. Framför allt då ett engelskt ord kan ha flera svenska betydelser vilket kan ha påverkat litteraturöversikten negativt.

Båda författarna läste alla resultatartiklar noggrant och tog ut relevant resultat oberoende av varandra. Detta stärker validiteten och minskar risken för feltolkning. Informerat samtycke och godkännande från en etisk kommitté fanns utskrivet i åtta av resultatartiklarna. I studierna av Newton et al. (2001) och Gammon (1998) har artikelförfattarna gjort etiska överväganden exempelvis genom att deltagarna skulle vara över 18 år, de blev tillfrågade om de vill vara med och ingen psykisk ohälsa skulle finnas bland deltagarna. Resultatartiklarna håller en genomgående god kvalitet då artikelförfattarna ger en tydlig beskrivning av hur studierna utförts, hur urvalet av deltagare genomförts och hur artikelförfattarna tolkade resultatet. Detta stärker validiteten i resultatet av denna litteraturöversikt.

Eftersom författarna diskuterade den egna förförståelsen innan artiklarna granskades anser författarna att förförståelsen endast haft en mindre inverkan på resultatet. Trots att författarna diskuterat förförståelsen är det svårt att helt bortse ifrån den och veta hur den påverkat resultatet. Fem av resultatartiklarna kom ifrån Storbritannien. Resterande kom ifrån USA, Sverige, Kanada, Nya Zeeland och Turkiet. Författarna tror att det varit en styrka att studier valts från olika länder i västvärlden. Det gav en bredare bild än om det endast skulle vara studier från ett land. Författarna tror och kan utläsa i resultatartiklarna att tillvägagångssättet av isolering är lika varandra. Om författarna valt studier från alla delar av världen hade bilden av isolering blivit ännu bredare. Dock tror författarna att den bilden blivit för spretig eftersom det antas att isolering sker på för olika sätt.

8.2 Resultatdiskussion

I resultatet framkom det att patienters erfarenheter och upplevelser av isolering varierar kraftigt. Dock fann författarna fler negativa upplevelser än positiva i artiklarna. Exempel på negativa upplevelser var ensamhet, tristess och stigmatisering. Positiva upplevelser var bland annat det positiva med att få vara själv och att få vara privat vilket upplevdes som avslappnande.

Negativa upplevelser kan skapa ett vårdlidande hos patienter. Det kan ge patienten svårigheter att anpassa sig till sin nya miljö och situation (Roy, 2009). Om en person har svårt att anpassa sig kan personens integritet skadas och vägen till god hälsa förlängas.

8.2.1 Vårdpersonalens bemötande

Konsensusbegreppet vårdande avser de handlingar som vårdare vidtar för eller i samarbete med en person vilket har som mål att minska lidande och ge god hälsa (Bergbom, 2012). Vårdhandlingar som leder till positiva förändringar i en persons hälsotillstånd är centralt för vårdvetenskapen. Hälsa ses som en helhet där människan ständigt påverkas av och interagerar med sin omgivning (Roy, 2009). I resultatet framkommer att de handlingar vårdpersonal utövade hade en stor inverkan på patienternas upplevelse av att vara isolerad, vilket kunde leda till känslan av orenhet. Med konsensusbegreppet vårdande som grund visar resultatartiklar på brister i bemötande. Resultatet visade att patienter reflekterade över vårdpersonalens sätt att interagera med dem. Läkare kunde exempelvis undvika att skaka hand med patienter och pratade stundtals genom dörrspringan för att slippa gå in till dem. Detta ledde till känslan av att känna sig smutsig, kontaminerad och nedgraderad.

Enligt Roys (2009) adaptationsmodell har sjuksköterskan som mål att främja hälsan och hjälpa patienten att anpassa sig till sin nya situation och miljön. Förändringar i miljön påverka en persons sätt att få inre och yttre balans och bli hel som person. För att personens integritet ska bevaras är det viktigt att personen kan anpassa sig till den miljö hen befinner sig i. Människan är enligt Roy en helhet av sammankopplade delar och det är helheten sjuksköterskan möter och som kommer till uttryck i personens sätt att handla. Fokus i teorin ligger på att personen som individ är en del av en mindre eller större grupp, som exempelvis en familj eller ett samhälle. Detta samspel måste sjuksköterskan beakta då systemet och grupperna påverkar personen.

I litteraturöversiktens resultat kan det utläsas hur patienten påverkas av bemötande från vårdpersonal och anhöriga. Många gånger hade bemötandet en negativ inverkan på patienter

eftersom patienterna ansåg att personal handlade på ett sätt som uppfattades som kränkande eller som gav upphov till skam. Vårdpersonalen har enligt Roy (2009) till uppgift att handla på ett sådant sätt som hjälper patientens anpassning i sin nya situation, sin isolering, för att främja personens livskvalité och för att personens integritet inte ska skadas. Det kan däremot läsas i litteraturöversiktens resultat att det inte endast var bemötandet från vårdpersonalen som påverkade patienternas upplevelse av skam och känslan av att känna sig oren. De skyddskläder personalen använde gav även upplevelsen av att vara smittsam.

I studien av Walsh och Kowanko (2002) undersökte de hur sjuksköterskor och patienter såg på ordet värdighet. Artikelförfattarna kom bland annat fram till att sjuksköterskor ansåg att vård skulle ges med respekt och att patienterna skulle få tid, vara privata och ha rätt att få kontroll. Detta är några aspekter som lätt blir bristande vid isolering. Patienten förlorade en del av sin kontroll då hen inte längre kunde lämna rummet isoleringen skedde i. Resultatet visade att patienter kunde känna sig så pass stigmatiserade att de inte längre kände sig mänskliga. De beskriver vidare i artikeln av Walsh och Kowanko (2002) att patienters värdighet endast äventyras då sjuksköterskorna brister i förståelse för patienten eller då resurser sviktar på grund av tidsbrist. Detta är två aspekter som kan förklara brister i bemötandet vilket leder till känslan av att vara stigmatiserad och smittsam. Enligt vår svenska lagstiftning (SML,SFS 2004:168) skall isolering ske med en individuell vårdplan där bland annat patienternas behov av stöd skall tillgodoses. Det är en svensk lag och många av våra resultatartiklar har utförts i andra länder där författarna inte vet hur deras lagstiftning ser ut. Dock tror författarna att problemet med bemötande vid isolering är ett internationellt problem.

Åhrén (2016) beskriver att det finns en okunskap om smittspridning bland vårdpersonal vilket skapar en utsatthet hos de patienter som blivit smittade. Det beskrivs att denna okunskap skapar osäkerhet och rädsla bland personalen vilket betyder att risken för patienter att drabbas av ett ovärdigt bemötande är stor. Med en ökad kunskap hos vårdpersonalen och en bättre information om restriktioner till patienter och anhöriga och varför dessa används kan förhoppningsvis leda till att patienters utsatthet minskas.

8.2.2 Känslan av ensamhet

Ensamhet visades i resultatartiklarna vara en framträdande negativ upplevelse, men orsaken till upplevelsen hade olika ursprung. Det kunde bero på brist på besökare, att personal behövde ta på sig skyddsutrustning eller att de fick för lite uppmärksamhet från vårdpersonal. Roys adaptationsmodell fokuserar på att människan aktivt behöver anpassa sig till den föränderliga miljön (Roy, 2009). Då en person blir isolerad och vårdas själv i ett rum behöver

personen anpassa sig efter de nya omständigheterna och den nya miljön. Denna anpassning behövs för att människans integritet ska kunna bevaras och för att utvecklas. Förändringen i exempelvis en ny miljö kan påverka personen positivt och skapa en inre balans. Om försök att anpassa sig till miljön misslyckas kan människan behöva stöd av sjukvårdspersonal för att återfå balans i livet. Författarna tänker att denna anpassning till miljön har misslyckats då många deltagare i resultatartiklarna upplevde ensamhet. I sådana situationer behöver personen enligt Roy (2009) stöd för att återfå balansen. När patienterna upplevde att de fick för lite uppmärksamhet av personalen, och därmed inte fick det nödvändiga stödet tror författarna att detta ledde till att känslan av ensamhet ytterligare förstärktes.

I en kvantitativ studie av Rico-Urbe et al. (2016) jämfördes resultat med hjälp av UCLA (University of California, Los Angeles) ensamhetsskala från tre europeiska länder (Finland, Polen och Spanien). I resultatet framkom det att korrelationen mellan känslan av ensamhet och storleken på det sociala nätverket var låg. Sambandet mellan upplevelsen av ensamhet och frekvensen av social kontakt var däremot måttlig. Studien visade att hög ålder, depression och ensamhet kopplades ihop med sämre hälsostatus. Av dessa tre faktorer var ensamhet den faktor i alla tre länderna som var störst korrelerad med ohälsa.

Med studien av Rico-Urbe et al. (2016) som grund tolkar författarna det som att patienterna i isolering hade blivit hjälpta av att få en högre frekvens av social kontakt, även om det endast skulle vara i korta stunder av sjukvårdspersonal. Detta kunde minska deras upplevelse av ensamhet och därmed förhöja hälsan. Dessvärre fann författarna i resultatet att flera patienter upplevde att de inte fick några spontana besök av vårdpersonal efter att de hamnat i isolering. Deltagarna kände att personalen endast kom in vid städning, specifika omvårdnadsåtgärder och då de skulle ge mat.

Även om känslan av ensamhet säkerligen skulle kunna reduceras av fler besök av personal och anhöriga, kvarstår faktum att patienter som har risk att sprida smitta inte bör dela rum med andra. På grund av detta kan det bli svårt att helt och hållet få bort patienternas upplevelse av ensamhet. Vilket värde bör prioriteras högst mellan att minska risken för känsla av ensamhet eller vikten av patientsäkerhet? I studien av Bükki et al. (2011) med palliativ inriktning prioriterade vårdpersonalen ofta värdet av att patienterna inte ska behöva isoleras trots att deltagarna hade MRSA. Sjukvårdspersonalen verkar ha ansett att det var viktigare att palliativa patienter fick interagera socialt än att de skulle isoleras. Denna prioritering gjordes ofta för att livskvalitén inte skulle påverkas negativt. Crawford Cohen et al. (2015) tar även upp risken med att isolering kan försämra livskvalitén. Vårdpersonalen i studien berättade att de endast isolerade patienter om det var en absolut nödvändighet på grund av att de

uppfattade isolering som något hemskt att utsätta patienter för. Sjukvårdspersonalen verkar då ha prioriterat värdet att minska risken för känsla av ensamhet högre än vikten av patientsäkerhet och att smitta inte ska spridas.

En annan aspekt som kunde trigga patienterna till att uppleva ensamhet visades i resultatet var då sjukvårdspersonalen tog på sig skyddsutrustning inför omvårdnad. Ta på sig skyddsutrustning är en åtgärd som inte bör kompromissas, även om handlingen skulle leda till att patienterna kände sig mer ensamma, utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv. Om all sjukvårdspersonal strikt hade följt basala hygienrutiner hade alla de vårdrelaterade sjukdomarna kunnat minska med 20–30 procent (Socialstyrelsen, 2016). Om vårdrelaterade infektioner skulle minska, skulle det leda till att färre människor behövde isoleras, och färre människor behöva uppleva ensamhet som en konsekvens av isolering. Brist på information tas upp som ett problem i ett flertal av resultatartiklarna. Hade bättre information getts till patienter angående användandet av skyddskläder och handskar hade kanske känslan av ensamhet minskat. Hade patienterna vetat att det är vanligt med isolering, att de inte är ensamma, hade de kanske känt samhörighet med andra. Cassidy (2006) fann att när information gavs till patienter om smittor och smittspridning ledde det till en positiv effekt på patienternas upplevelse av isoleringen. Utifrån Roys (2009) modell tolkar författarna det som att patienterna då upplevde ett positivt stimuli.

8.2.3 Ensamhet som något positivt

Författarnas resultat visade att ett förekommande tema var den positiva upplevelsen av att ha ett eget rum. Patienterna i våra resultatartiklar beskrev det bland annat som avslappnande, tyst, privat, frihet av att få vara själv och att inte störa någon annan. Varför vissa av patienterna ansåg att det var positivt med isolering och andra negativt, tror författarna kan förklaras genom Roys (2009) adaptionsmodell. Det skulle kunna vara så att dessa patienter fått ett mer känslomässigt stöd och information från sjukvårdspersonalen och då en hjälp med anpassningen till sin nya situation, sin isolering.

I artikeln av Reid, Wilson, Andersson och Maguire (2014) beskrev de att patienter ansåg att få vara privat var viktigt, speciellt då de var sjuka. Fördelen med att få ha ett eget rum var bland annat större möjlighet till att vara privat, det ger patienterna en ökad värdighet och att få sova utan att bli störd. Över hälften av patienterna rapporterade att de aldrig kände sig ensamma i ett eget rum. Artikeln är inte utförd på patienter som befinner sig i isolering, vilket författarna tror kan ha betydelse där bland annat rädslor för att sprida sin infektion kan påverka.

Att vissa personer snabbt känner sig ensamma och att andra trivs i sin ensamhet har säkerligen en mångfacetterad grund. Författarna spekulerar i att det kan bero på olika personlighetstyper och vad personen i fråga är van vid. Detta kan läsas i litteraturöversikten av Jones (2010). Tillgången till TV, telefon, radio och tavlor ger tröst, underhållning och stimulans till patienter. Denna tillgång kan även vara en tänkbar förklaring till om patienten uppskattar att ha ett eget rum.

8.3 Kliniska implikationer

Isolering är vanligt förekommande på sjukhusen i västvärlden och sker på olika typer av avdelning. Litteraturöversiktens resultat visar på att dessa patienter många gånger utsätts för ett vårdlidande. Brist på information är en stor bidragande faktor till detta vårdlidande. Kunskapsbristen finns både hos vårdpersonal, anhöriga och patienten. Författarna anser att vårdpersonal behöver mer utbildning och en ökad medvetenhet i hantering av isolering för att minska patienternas utsatthet och för att förtroendet för vården ska växa. Författarna tror att denna litteraturöversikt kan vara en grund för att skapa ett informationsblad om isolering och smittspridning. Informationsbladet kan underlätta bemötandet och frågor som ofta finns. Genom en tydlig beskrivning av vilka restriktioner som finns tror författarna att rädslan att sprida smittan skulle reduceras. Informationsbladet kan öppna upp för en diskussion mellan vårdpersonal, anhöriga och patienter och kan minska stigmatiseringen tror författarna. Genom att i informationsbladet skriva ut att isolering är vanligt förekommande skulle eventuellt känslan av ensamhet kunna minskas. Författarnas resultat visade att många patienter upplevde isolering som något positivt. Därför är det viktigt att ha en öppen inställning att isoleringen kan upplevas på olika sätt och närma sig dessa patienter med respekt och lyhördhet. Generalisering av resultatet är inte möjligt eftersom varje upplevelse är unik men trots detta kan det ge en ökad insikt och förståelse för sjukvårdspersonal.

8.4 Förslag till fortsatt forskning

Författarna hade svårigheter med att hitta kvalitativa artiklar som svarade på litteraturöversiktens syfte. Därför avser författarna att mer kvalitativ forskning behövs om hur patienter upplever isolering för att öka förståelsen för hur upplevelser av isolering kan se ut idag. Litteraturöversiktens resultat visar att det även framkommer positiva upplevelser av isolering. Författarna hade tyckt det var intressant med fortsatta studier om vad som bidrar till

dessa positiva upplevelser. Denna forskning kan användas till att förbättra isoleringsvården för kommande patienter.

Författarna anser att fortsatt forskning om hur isoleringsvård ser ut i olika länder och hur patienterna upplever den vore berikande. Sverige är ett mångkulturellt samhälle och författarna tror därför att det vore en fördel att få ett kulturperspektiv på isoleringsvård. Kulturen kan vara en betydande aspekt av en människas liv och kan därför påverka hur isolering upplevs. Författarna tror att även denna forskning kan bidra till att förbättra isoleringsvården i Sverige.

9. Slutsats

Författarnas syfte var att belysa patienters upplevelser av isolering vid smittorisk. Litteraturöversiktens resultat visar på att isolering kan upplevas på flera olika sätt. Många upplevde ensamhet och tristess av att vårdas enskilt. Frustration och känslan av att vara instängd var andra förekommande upplevelser. Ett annat huvudtema var upplevelsen av att vara smittsam vilket berodde på stigmatisering av smittan samt en oro och rädsla att vara smittad och att sprida den vidare. Positiva upplevelser av isolering bestod bland annat av att få vara privat och miljön hade stor inverkan för dessa patienter.

Referensförteckning

*=Resultatartiklar

- *Barrat, 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. Hämtad från databasen CINAHL Complete.
- Bergbom, L. (2012). Konsensusbegrepp som epistemologiska begrepp. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 47- 63). Lund: Studentlitteratur.
- Bernard, H., Fischer, R., Mikolajczyk, R T., Kretzschmar, M., & Wildner, M. (2009). Nurses' Contacts and Potential for Infectious Disease Transmission. *Emerging Infectious Diseases*, 15(9), 1438-1443. doi: 10.3201/eid1509.081475
- Bükki, J., Klein, J., But, L., Montag, T., Wenchel, H. M., Voltz, R., & Ostgathe, C. (2011). Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) management in palliative care units and hospices in Germany: A nationwide survey on patient isolation policies and quality of life. *Palliative Medicine*, 27(1), 84-90. doi: 10.1177/0269216311425709
- Cassidy, I. (2006). Student nurses' experiences of caring for infectious patients in source isolation: A hermeneutic phenomenological study. *Journal in Clinical Nursing*, 15, 1247-1256. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01404.x
- Crawford Cohen, C., Pogorzelska-Maziarz, M., Herzig, C. T. A., Carter, E. J., Bjarnadottir, R., Semeraro, P., Travers, J. L., & Stone, P.W. (2015). Infection prevention and control in nursing homes: A qualitative study of decision-making regarding isolation-based practices. *BMJ Qual Saf*, 24(10), 630-636. doi:10.1136/bmjqs-2015-003952
- da Silva, A. M., de Carvalho, M. J., da Silva Canini, S. R. M., de Almeida Cruz, E. D., Pimenta Simões, C. L. A., & Gir, E. (2010). Methicillin Resistant Staphylococcus aureus: Knowledge and Factors Related to the Nursing Team's Adherence to Preventive Measures. *Latino-Am. Enfermagem*, 18(3). doi: 10.1590/S0104-11692010000300008
- Ericson, E., & Ericson, T. (2009). *Klinisk mikrobiologi: Infektioner, immunologi, vårdhygien* (4 uppl.). Stockholm: Liber.
- *Findik, U.Y., Ozbaş, A., Cavdar, I. Erkan, T., & Topcu, S.Y. (2011). Effects of contact isolation application on anxiety and depression levels of the patients. *International Journal of Nursing Practice*, 18, 340-346. doi: 10.1111/j.1440-172X.2012.02049.x
- Folkhälsomyndigheten. (2016). *Anmälningspliktiga och smittspårningspliktiga sjukdomar*. Hämtad 27 april 2017, från Folkhälsomyndigheten, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/overvakning-och-rapportering/anmalningspliktiga-sjukdomar/>

- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 133-143). Lund: Studentlitteratur.
- *Gammon, J. (1998). Analysis of the stressful effects of hospitalisation and source isolation on coping and psychological constructs. *International Journal of Nursing Practice*, 14, 84-96. Hämtad från databasen PubMed.
- Hedelin, B., Jormfeldt, H., & Svedberg, P. (2014). Hälsobegreppet: Synen på hälsa och sjuklighet. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s. 361- 385). Lund: Studentlitteratur.
- International Council of Nurses (2014). *ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor* [Broschyr]. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening. Från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukoterskarnas.etiska.kod_2014.pdf
- Jones, D. (2010). How to reduce the negative psychological impact of MRSA isolation on patients. *Nursing Times*, 106(36), 14-16. Hämtad från databasen Nursing & Allied Health Database.
- Kawakami, K., & Misao, H. (2014). Framework for controlling infection through isolation precautions in Japan. *Nursing & Health Sciences*, 16, 31-38. doi: 1111/nhs.12115
- Lindahl, B., & Skyman, E. (2014). Kroppen, kroppslig vård och hygien. I A.-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 122-149). Lund: Studentlitteratur.
- *Mehrotra, P., Croft, L., Day, H. R., Perencebich, E.N., Pineles, L., Harris, A.D., Weingart, D.N., & Morgan, D.J. (2013). Effects of Contact Precautions in Patient Perception of Care and Satisfaction: A Prospective Cohort Study. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 34(10), 1087-1093. doi: 10.1086/673143
- Melhus, Å. (2013). *Klinisk mikrobiologi för sjuksköterskor* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- *Newton, J.T., Constable, D., & Senior, V. (2001). Patients' perception of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and source isolation: A qualitative analysis of source-isolated patients. *Journal of Hospital Infection*, 48, 275-280. doi: 10.1053/jhin.2001.1019
- *Pacheco, M., Spyropoulos, V., & Caron, I. (2010). The experience of source isolation for *Clostridium difficile* in adult patients and their families. *The Canadian Journal of Infection Control*, 166-174. Hämtad från databasen CINAHL Complete.
- Rangsjö, U., & Edstedt, G. (2016). *Smittvägar*. Hämtad 30 mars, 2017, från Vårdhandboken, <http://www.vardhandboken.se/Texter/Smitta-och-smittspridning/Smittvagar/>

- Reid, J., Wilson, K., Anderson, K. E., & Maguire, C. P. J. (2015). Older inpatients' room preference: Single versus shared accommodation. *Age and Ageing* 44, 331-333. doi: 10.1093/ageing/afu158
- Rico-Urbe, L.A., Caballero, F.F., Olaya, B., Tobiasz-Adamczyk, B., Koskinen, S., Leonardi, M., Haro, J.M., Chatterji, S., Ayuso-Mateos, J.L., & Miret, M. (2016). Loneliness, Social Networks, and Health: A Cross-Sectional Study in Three Countries. *PLoS ONE*, 11(1), 1-18. doi: 10.1371/journal.pone.0145264
- Roy, S. C. (2009). *The Roy Adaption Model* (3 uppl.). New Jersey: Pearson.
- Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etikboken: Etik för vårdande yrken* (3 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 20 april, 2017, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30
- SFS 2004:168. *Smittskyddslag*. Hämtad 14 mars, 2017, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/smittskyddslag-2004168_sfs-2004-168
- *Skyman, E., Thunberg Sjöström, H., & Hellström, L. (2010). Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and a subsequently source isolated. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 101-107. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00692.x
- Socialstyrelsen. (2016). *Säker vård: En indikationsbaserad uppföljning* [Broschyr]. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20464/2017-1-16.pdf>
- Stelfox, H. T., Bates, D. W., & Redelmeier, D. A. (2003). Safety of Patients Isolated for Infection Control. *American Medical Association*, 290(14), 1899-1905. Hämtad från databasen CINAHL Complete.
- Stenbock-Hult, B. (2003). *Kritiskt förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur.
- Svenska Akademiens ordbok. (2011). Hämtad 14 mars, 2017, Från Svenska Akademiens ordbok, http://www.saob.se/artikel/?seek=upplevelse&pz=1#U_U517_37750
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2014). *Vårdrelaterade infektioner: Framgångsfaktorer som förebygger* [Broschyr]. Stockholm: Kombineras AB. Från weebbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/978-91-7585-109-9.pdf
- *Tarzi, S., Kennedy, P., Stone, S., & Evans, M. (2001). Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: Psychological impact of hospitalization and isolation in an older adult population. *Journal of Hospital Infection*, 49, 250-254. doi: 10.1053/jhin.2001.1098
- Walsh, K., & Kowanko, I. (2002). Nurses' and patients' perceptions of dignity. *International Journal of Nursing Practice*, 8, 143-151. Hämtad från databasen CINAHL Complete.

- * Ward, D. (2000). Infection control: Reducing the psychological effects of isolation. *British Journal of Nursing* 9(3), 162-170. Hämtad från databasen PubMed.
- *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. Hämtad från databasen Nursing & Allied Health Database.
- Weston, D. (2013). *Vårdhygien för sjuksköterskor: Med bakgrund i mikrobiologi och infektionssjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Åhrén, C. (2016). *Multiresistenta bakterier*. Hämtad 14 mars, 2017, från Vårdhandboken, <http://www.varldhandboken.se/Texter/Multiresistenta-bakterier/Oversikt/>
- Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 57- 79). Lund: Studentlitteratur

Bilaga 1. Sökmatrix

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Datum	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
CINAHL Complete	"Patient isolation" AND "Infection" AND "Attitudes"	46	Peer reviewed	9	3	070317	#1 Barratt, Shaban & Moyle #2 Findik, Ozbaş, Cavdar, Erkan & Topcu #6 Pacheco, Spyropoulos & Caron
PubMed	"Source isolation" AND "Psychological effects"	6		4	2	310317	#3 Gammon
PubMed	"Perception" (Mesh) AND "Patient isolation" (Mesh) AND "Infection" (Mesh)	4		4	1	220317	#4 Mehrotra, Croft, Day, Perencewicz, Pineles, Harris, Weingart & Morgan
PubMed	"Patient isolation" AND "Infection" AND "Attitudes"	24		7	4	070317	#5 Newton, Constable & Senior
CINAHL Complete	"MRSA" AND "Isolation" AND "Qualitative research"	2	Peer reviewed	1	1	220317	#7 Skyman, Thunberg Sjöström & Hellström
PubMed	"Anxiety" (Mesh) AND "MRSA"	4		1	1	290317	#8 Tarzi, Kennedy, Stone & Evans
PubMed	"Social isolation" AND "Patient isolation" AND "Patient satisfaction"	2		2	1	310317	#9 Ward

Nursing and Allied Health Database	"Patient care team" (Mesh) AND "Patient isolation" (Mesh)	6		1	1	020317	#10 Webber, Macpherson, Meagher, Hutchinson & Lewis
------------------------------------	---	---	--	---	---	--------	--

Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
#1 R. Barratt, R. Shaban & W. Moyle.	Behind barriers: patients' perceptions of source isolation for Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA)	2010, Nya Zeeland, Australien Journal of Advanced Nursing.	Att studera den levda erfarenheten av MRSA isolering på en akutavdelning och hur det påverkade dessa patienter.	Design: Kvalitativ Urval: 10 vuxna under isolering som försiktighetsåtgärd vid MRSA-infektion. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer. De tillfrågades att beskriva upplevelsen av att vara i MRSA isolation. Analys: Tematisk analys.	Upplevelser som framkom var övergivenhet på grund av brist på besökare, frustration, känslan av att vara instängd, smutsig och oren och nedgraderade. Patienterna kände oro och rädsla av att vara smittad och att smitta andra. Positiv upplevelse av att ha eget rum var att det var en tröst att få vara privat. Kontakt till omvärlden minskade känslan av att vara isolerad.
#2 U. Y. Findik, A. Ozbaş, I. Cavdar, T. Erkan, & S. Y. Topcu.	Effects of the contact isolation application on anxiety and depression levels of the patients	2012, Turkiet, International Journal of Nursing Practice.	Att bedöma effekterna av kontaktisolering, vilka nivåer av ångest och depression det kan ge. Samt undersöka vilka tankar isolerade patienter har om sin isolering.	Design: Kvantitativ Urval: Totalt 117 personer deltog. 60 deltagare isolerades och 57 isolerades inte. Datainsamling: Frågeformulär innehållande frågan vad de tyckte om isoleringen och HADS. Analys: Analytisk statistik.	Det fanns inte någon statistisk signifikant skillnad mellan ångest och depression-nivåer av isolerade och icke isolerade patienter. Vissa deltagare kände tristess (16,2 %). 86,4 % var nöjda med att vara i isoleringsrum.
#3 J. Gammon	Analysis of the stressful effects of hospitalisation and source isolation on coping and psychological constructs	1998, Storbritanien, International Journal of Nursing Practice.	Var att undersöka psykologiska effekten av att vårdas på sjukhus och att isoleras och att bedöma om det påverkade en patients kognitiva hantering av de associerade stressfaktorerna.	Design: Kvantitativ metod med kvasiexperiment Urval: Totalt 40 personer valdes. Datainsamling: Frågeformulär, HADS och journalanteckningar. Analys: Deskriptiv och analytisk statistik.	Medelvärde för ångest och depression var högre för gruppen som blev isolerade än kontrollgruppen.
#4 P. Mehrotra, L. Croft, H.R. Day, E.N. Perencevich, L. Pineles, A.D. Harris, S.N. Weingart & D.J. Morgan.	Effects of Contact Precautions on Patient Perception of Care and Satisfaction: A Prospektive Cohort Study	2013, USA, Infection control and hospital epidemiology.	Förstå effekten av kontakt-försiktighetsåtgärder och patienters upplevelse av vården.	Design: Mixad metod Urval: Prospektiv kohort studie. 528 patienter gick med på att delta i studien, av dessa intervjuades 88 personer. Datainsamling: Intervju vid inskrivningen med 3 öppna frågor om hur deltagarna i studien upplevde sjukhusvistelsen. Frågorna återkom dag 3, 7 och 14. Analys: Statistisk analysmetod.	Deltagarna kände ensamhet och frustration. De kände sig smutsiga och orena.
#5	Patients' percept	2001,	Dokumentera hur	Design: Kvalitativ	Författarna kom fram till

J.T. Newton, D. Constable & V. Senior	ions of methicillin-resistant Staphylococcus aureus and source isolation: a qualitative analysis of source-isolated patients	England, Journal of Hospital Infection.	patienter infekterade med MRSA uppfattade det och hur de upplevde isolering	Urval: 19 patienter valde att delta i studien. Datainsamling: Semistrukturerad intervjuer. Intervjuledaren ställde frågor om patienternas uppfattning och förståelse av isolering och MRSA. Analys: Tematisk analys.	5 teman: orsak till MRSA, spridning av MRSA, konsekvenser av MRSA, uppfattningar av isolering och vårdande med hygienbarriärer och inverkan av isolering. Resultatet visade att isolering fick patienterna att känna sig smutsiga och orena. Vissa deltagare kände att isolering gav större frihet och utrymme att få vara privat.
#6 M. Pacheco, V. Spyropoulos & I. Caron	The Experience of source isolation for Clostridium difficile in adult patients and their families	2010, Canada, The Canadian Journal of Infection Control.	Utforska upplevelsen av isolering för clostridium difficile-positiva patienter och deras familjer på sluten enhet.	Design: Kvalitativ Urval: 10 personer rekryterades (5 patienter och 5 familjemedlemmar). Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer. Öppna frågor användes för att ta reda på patienters upplevelse av isolering. Analys: Colaizzi's analys användes. Huvudteman och underteman gjordes.	Resultatet visade att deltagarna ansåg att vården inte försämrades på grund av isolering. Patienterna upplevde ensamhet på grund av brist på umgänge.
#7 E. Skyman, H. Thunberg Sjöström & L. Hellström	Patients' experiences of being infected with MRSA at hospital and subsequently source isolated	2010, Sverige, Scandinavian Journal of Caring Sciences	Få kunskap om patienters upplevelser av att få MRSA på sjukhuset och därefter behöva isoleras på klinik för infektionssjukdomar.	Design: Kvalitativ Urval: 6 vuxna patienter deltog i studien. Datainsamling: Djupintervjuer med öppna frågor om patienters upplevelse av att ha fått MRSA. Samt frågor om deras upplevelse av isolering. Analys: Tematisk analys.	Resultatet visade att patienter kände sig instängda, begränsade, uttråkade och att en vy till omvärlden gav patienterna tröst. Upplevelsen av att vara smittsam beskrev patienterna som att de kände sig rädda, gav skuld och skam, orena, smutsiga och övergivna. Patienter kände att de fick sämre behandlingsmöjligheter och var ovälkomna på grund av anhörigas reaktioner. De kände oro och rädsla av att vara smittad och att smitta andra.
#8 S. Tarzi, P. Kennedy, S. Stone & M. Evans	Methicillin-resistant Staphylococcus aureus: psychological impact of hospitalization and isolation in an older adult population	2001, England, Journal of Hospital Infection.	Få belägg för effekterna av sjukhusvård genom att jämföra nivåerna av ångest och depression som rapporteras av äldre vuxna som genomgår rehabilitering. Syftet var även att genom kontraster se respons från isolerade och	Design: Mixad metod Urval: 74 patienter deltog. Datainsamling: Tvärsnittsstudie gjordes med kontrollgrupp. Deltagarna intervjuades med öppna frågor och psykometriska instrument användes vilka var the abbreviated mental test score, the barthel index, (GDS), och (PDMS). Analys: Chi-squared test,	Resultatet visade att den isolerade gruppen hade signifikant högre nivå av depression och ångest än den icke-isolerade gruppen.

			icke-isolerade äldre vuxna, för att undersöka de psykologiska effekterna av fysisk isolering för äldre vuxna på sjukhuset.	oberoende t-test och Wilcoxon sign test användes för att se skillnader.	
#9 D. Ward	Infection control: reducing the psychological effects of isolation	2000, England, British Journal of Nursing.	Ta reda på vad patienter med dåliga erfarenheter av isolering kände skulle minska dessa dåliga erfarenheter.	Design: Mixad metod Urval: Urval 1, kvantitativ del med frågeformulär. Urval 2, kvalitativ del: de skulle haft negativa upplevelser av isolering. Datainsamling: 21 personer genomförde frågeformulär och 5 personer intervjuades. Analys: Burnard's 14 stegtematik analysmetod användes för att hitta teman.	Positiva upplevelser av isolering var att det var tyst, avslappnande och privat. De vanligaste negativa känslorna var ensamhet, frustration, tristess och känslan av att vara instängd. En vvy till omvärlden hade reducerat känslan av frihetsberövande.
#10 K. L. Webber, S. Macpherson, A. Meagher, S. Hutchinson & B. Lewis.	The impact of strict isolation on MRSA positiva patients: an action-based study undertake in a rehabilitation center	2012, Canada, Rehabilitation Nursing.	Söka insikter från patienter med MRSA, för att bättre förstå rehabiliterade patienters upplevelser av strikt isolering vid MRSA.	Design: Kvalitativ Urval: 9 inläggande rehabiliteringspatienter deltog. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer. Analys: Tematisk analysmetod.	Både negativa och positiva upplevelser förekom hos deltagarna. De negativa känslorna var ensamhet, frustration, tristess, depression. Vissa kände sig introverta under isoleringen och de kände sig smutsiga och stigmatiserade i vissa fall till och med omänskliga. Det fanns en oro och rädsla av att vara smittad och att smitta andra. De positiva upplevelserna som förekom var att ha ett eget rum.