



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Nämnden för omvårdnadsutbildning

Akut omvårdnad av patient med misstänkt eller konstaterad smitta.

Sjuksköterskans upplevelse

Författare: Anna Jönsson, Magdalena Övall

Handledare: Marie Hübel

Magisteruppsats

Hösten 2015

Akut omvårdnad av patient med misstänkt eller konstaterad smitta.

Sjuksköterskans upplevelse

Författare: Anna Jönsson, Magdalena Övall

Handledare: Marie Hübel

Magisteruppsats

Hösten 2015

Abstrakt

Sjuksköterskan på akutmottagningen ställs ofta inför omvårdnads situationer med begränsad information om patienten, vilket kan vara problematiskt för att snabbt identifiera och vidta åtgärder vid omvårdnad av smittsamma patienter. Sjuksköterskans svåra uppgift är att finna strategier för god omvårdnad till smittsamma patienter. En strategi kan vara att använda Orlandos reflekterande frågeställning inför mötet. Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans upplevelser i samband med akut omvårdnad av patient med misstänkt eller konstaterad smitta. En empirisk kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats har genomförts på en akutmottagning i södra Sverige. Resultatet speglar sjuksköterskornas tankar och upplevelser i samband med akut omvårdnad av smittsam patient. Analysen resulterade i ett tema; *Det komplexa akuta mötet med smittsam patient* samt fyra kategorier; *Trygghet/Osäkerhet, Frustration, Rädsla* och *Otillräcklighet* samt underliggande subkategorier, vilka alla speglar sjuksköterskornas upplevelser av patienten som försummad. Resultatet pekar på behovet av evidensbaserade verktyg som är anpassade efter den akuta omvårdnaden med målet att smittsamma patienter ska erhålla likvärdig vård oavsett smittsamhet eller ej.

Nyckelord

Smitta, Sjuksköterska, Akut omvårdnad, Försummad patient, Smittsam patient

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

Introduktion	4
Problemområde	4
Bakgrund	5
Perspektiv och utgångspunkter	5
Vårdhygien	6
Smittsam patient	7
Akutsjuksköterskan och akut omvårdnad	8
Syfte	9
Metod	9
Urval	10
Datainsamling	10
Analys av data	11
Förförståelse	12
Forskningsetiska avvägningar	13
Resultat	14
Trygghet/Osäkerhet	15
Frustration	17
Irritation/Dömande	17
Misstro	18
Rädsla	19
Utsatthet	19
Ovisshet	20
Otillräcklighet	21
Omgivningen	21
Försummad patient	23
Diskussion	24
Metoddiskussion	24
Resultatdiskussion	27
Konklusion och implikationer	31
Referenser	32
Bilaga 1 (3)	39
Bilaga 2 (3)	40
Bilaga 3 (3)	43

Introduktion

Problemområde

Sjuksköterskan på akutmottagningen ställs ofta inför omvårdnads situationer med begränsad information om patienten vilket kan vara problematiskt för att snabbt identifiera och vidta åtgärder vid omvårdnad av patient med misstänkt smitta. För att patientsäkerheten ska tillgodoses är behovet av kompetens och tillgång av vårdrum en förutsättning för omvårdnaden av smittsamma patienter (Ives et al., 2009) Akutmottagningen är första ledet i vårdkedjan där patientflöden och arbetsbelastning är hög. Beredskap för att snabbt kunna identifiera patienter med smittsamma tillstånd och att ta hand om dessa på säkert tillvägagångsätt inte tillräckligt utvecklad på akutmottagningar (Liang, Theodoro, Schuur & Marschall, 2014). Smittskyddsåtgärder skall bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och får inte vara mer omfattande än vad som är försvarligt med hänsyn till faran för människors hälsa. Åtgärder skall vidtas med respekt för alla människors lika värde och enskildas integritet (SOSFS 2004:168, kap. 1, 4 §). Liang et al., (2014) beskriver att akutmottagningars kapacitet och rutiner för säkert omhändertagande av smittsamma personer påvisas problem med brister i utbildningen kring handläggning av konstaterad eller misstänkt smittsam patient. Otillräckliga eller ibland obefintliga möjligheter till isoleringsrum på akutmottagningar påvisades, samt i de fall isoleringsrum fanns att tillgå fattades riktlinjer för användning av rummen i hälften av fallen (ibid).

Sjuksköterskor utsätts ständigt för risker att bli smittad av patienter. I det akuta mötet med smittsamma patienter krävs det att sjuksköterskan har kunskap om smittvägar och använder den skyddsutrustning som finns. Smittsamma sjukdomar skapar ofta rädsla bland sjukvårdspersonal, framför allt vid allvarliga smittor t.ex. SARS (Svår Akut Respiratorisk Sjukdom) och Ebola (hemorragisk feber). Under SARS-utbrottet fanns sjukvårdspersonal som inte var villig att vårda patienter med misstänkt SARS (Ives et al., 2009). Flera studier beskriver extra belastning för sjuksköterskan vid omvårdnad smittsamma patienter samt rädsla att själv bli utsatt för smitta (Corley, Hammond & Fraser, 2009; Holroyd & McNaught, 2008; Koh, Hegney & Drury, 2012; Shih, et al., 2007). Enligt Lauri et al., (2001) utgår beslutsprocessen ifrån sjuksköterskans kompetens samt vilken situation sjuksköterskan ställs inför, genom att belysa beslutsprocessen kan kunskapsområden identifieras (ibid). Studier

förekommer som påvisar sjuksköterskans upplevelse kring omvårdnad av smittsamma patienter, men fåtal studier belyser den komplexa akuta omvårdnaden med misstänkt eller konstaterade smittsamma patienter. Studien avser att ge kunskap för säker omhändertagande vid akut omvårdnad av misstänkt eller konstaterad smittsam patient genom att belysa sjuksköterskans tanke och beslutsprocess.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Akut sjuka eller skadade patienter har potential att vara smittsamma och risk finns för smittspridning till andra patienter eller sjukvårdspersonal, att arbeta infektionsförebyggande inom akutsjukvård kan vara en utmaning (Liang et al., 2014). Sjuksköterskans svåra uppgift kan vara att finna strategier för god omvårdnad till smittsamma patienter då beslutstöd kan saknas. Strategin kan vara att använda Ida Jean Orlandos (1990) reflekterande frågeställningar inför mötet för att ge god omvårdnad. Orlandos människosyn är humanistisk och ser människan som unik och betonar starkt det individuella och menar att människan är under ständig tillväxt och utveckling. Den amerikanska omvårdnadsteoretikern Orlandos forskning beskriver interaktionen mellan sjuksköterskan och patienten. Orlandos omvårdnadsmål var att lindra men även avlägsna fysiskt och psykiskt lidande samt omhänderta individens omedelbara behov genom att främja välbefinnande i nuet. Orlando beskriver specifikt sjuksköterskans roll och metoder i det omedelbara mötet med patienten, interaktionen mellan sjuksköterska och patient i konkreta situationer och till sjuksköterskans val av handlingar och reaktion (ibid). Sjuksköterskan måste reflektera vid varje omvårdnadssituation istället för att reagera omedelbart. Som hjälp anser Orlando nyttan att ställa dessa frågor innan handling. Vad ser du? Vad tänker du? Vad känner du? Hur handlar du? (Orlando, 1990; Rooke, 1995). Varje människa och situation är unik och förändras kontinuerligt, vilket sjuksköterskan behöver ta hänsyn till i mötet och omvårdnaden av patienten. Sjuksköterskans förmåga och medvetenhet styr hur handlingar och beteende påverkar patienten (Orlando, 1990). Sjuksköterskan på akutmottagningen möter ofta patienter i oförutsedda situationer där sjuksköterskans val och reaktioner styr den initiala omvården, genom att använda Orlandos frågeställningar kan sjuksköterskan reflektera och belysa val av handling.

Vårdhygien

Smittskydd kan beskrivas med alla åtgärder som vidtas för att förhindra och handlägga spridning av sjukdomsframkallande ämnen. Smittskyddslagen (SOSFS 2004:168) reglerar de smittskyddsåtgärder som riktas till människor (ibid). Det arbete som specifikt har syftet att begränsa vårdrelaterade infektioner kallas numera vårdhygien. Vårdhygien utgör ett led ur vårdens kvalitetsarbete och är av betydelse för patienters och personalens säkerhet, målet är att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Vårdrelaterade infektioner är sjukdomar som uppkommer i samband med vård, undersökning eller behandling inom hälso- och sjukvården. För att kunna bedriva vård i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, bör lokaler och utrustning vara ändamålsenliga och personalen ha adekvata kunskaper (Folkhälsomyndigheten, 2015). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:736) skall vården vara av god kvalitet med god hygienisk standard (ibid). Vårdpersonal är skyldig att använda skyddsutrustning som arbetsgivaren föreskriver (AFS 2005:1; AFS 2012:7). Enligt Folkhälsomyndigheten (2015) ska all vårdpersonal ha tillräcklig kunskap om vårdhygien i relation till arbetsuppgifterna och vårdhygien skall ingå i grundutbildningen oavsett nivå. Vårdgivaren ansvarar för att vårdpersonalen får introduktion i lokala hygienrutiner, uppföljning och att hygienkunskapen utvecklas genom fortbildning (ibid).

I lagen SOSFS (2007:19) kan utläsas att vårdpersonalen är skyldig att följa socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvård. Sjukvårdspersonalen ska vid undersökning, vård och behandling eller annan direktkontakt med patienter begränsa risken för vårdrelaterade infektioner genom att byta arbetskläder dagligen och vid behov, arbetskläderna ska ha korta ärmar. Händerna och underarmarna ska vara fria från smycken, och vara desinfekterade med alkoholbaserat handdesinfektionsmedel före och efter patientkontakt, samt före och efter användning av handskar. Vid smutsiga händer och vid gastroenterit ska händerna tvättas med tvål och vatten sedan torka innan desinfektion. Dessutom skall användning av engångsförkläde av plast eller annan skyddsrock samt skyddshandskar användas, i de fall risk finns för att arbetskläderna kommer i kontakt med kroppsvätskor eller annat biologiskt material. Skyddshandskarna ska tas av direkt efter ett arbetsmoment och bytas ut mellan olika arbetsmoment (ibid). Noggrann handhygien kan vara den viktigaste förebyggande åtgärden av smittspridning (Iwarson et al., 2011).

Smittsam patient

I den akuta omvårdnaden kan smittämnet vara okänt, och kanske inte uppdagas förrän senare i vårdkedjan. Det är av vikt att vårda utifrån symtom för att förhindra smittspridning. Symtom som har risk för smittspridning är hosta och feber, stora blödningar, diarréer och/eller kräkningar, sårinfektioner och stora hudskador, barn med blåsor och hudutslag eller personer som sökt vård utomlands senaste 6 månaderna (Edstedt & Ransjö, 2015). Vid misstänkt smittspridning vårdplaceras patienten beroende på symtom. Patienter med diarré, infekterade sår med riklig sekretion och stora blödningar placeras i enkelrum. Enkelvårdsrum innebär vård på eget rum med egen toalett, patienten får vistas utanför vådrummet. Luftburen smitta, infekterade eksem och vissa luftvägsinfektioner placeras patienten i enkelrum enligt isoleringsvård som innebär att patienten vistas på rummet med stängd dörr. Vattkoppor, stora brännskador, särskilt smittsamma sjukdomar bör placera i enkelrum med luftsluss enligt isoleringvård (Edstedt & Ransjö, 2015; Vårdhygien, 2014). Vådrummet skall märkas neutralt och informativt med tanke på sekretess (Edstedt & Ransjö, 2015).

Personal inom hälso- och sjukvården blir utsatta för smittämnen såväl från patienter, anhöriga och kollegor (Liang et al., 2014). Kunskap om de vanligaste smittvägarna är av vikt. Smittvägar är överföringsvägar som mikroorganismer använder för att sprida sig. Kontaktsmitta är den vanligaste smittvägen i sjukvården, delas in i direkt eller indirekt. Direkt kontaktsmitta innebär kontakt mellan smittkälla och mottagare. Indirekt kontaktsmitta innebär kontaminerat mellanled mellan smittkälla och mottagare t.ex. händer. Det är ofta sjukvårdspersonalens händer som utgör ledet mellan smittkälla och patient vid t.ex. influensa och gastroenterit. Infektioner som uppkommer i sjukvården kallas för nosokominala infektioner. Smittämnen som sprids genom aerosoler via hosta eller nysningar som inhaleras, kallas luftburen smitta. Smittämnen kan överföras via droppsmitta exempelvis genom nysning, hosta, kräkning och diarré som sprider smittämnet via aerosoler. Aerosolerna smittar genom direktkontakt med slemhinnor eller indirekt genom kontaminering av ytor. Smittämnen som sprids via blodet kallas blodsmitta då blod överförs till blod eller slemhinnor t.ex. spridning via injektionsnålar som kontamineras av smittbärare (Gustavsson, 2013; Iwarson et al., 2011).

Sjuksköterskan på akutmottagningen ställs inför oförutsedda möten med den smittsamma patienten, där interaktionen kan innefatta flera nivåer. Det ställs krav på att sjuksköterskan ska besitta kunskaper om smitta samt hur patienterna ska omhändertas, kontra verkligheten där det finns få isoleringsrum att tillgå. Kunskap om vad som borde göras kan ställas mot vilka resurser som egentligen finns att tillgå (Ives et al., 2009).

I genomförd studie definieras misstänkt smittsam patient utifrån följande symtom, enskilt eller i kombination; feber, hosta, kräkning, andningsbesvär, diarré, sårinfektioner med riklig sekretion, barn med hudutslag eller blåsor, stora brännskador. Patienter som söker vård med konstaterad smitta inkluderas *Multiresistentabakterier* såsom *MRSA (meticillinresistent Staphylococcus aureus)*, *VRE (vankomycinresistent Enterokocker)*, *ESBL (extended spektrum betalaktamaser)*, *ESBLCARBA (karbapenemas-producerande ESBL)*, *MBL Pseudomonas aeruginosa (metallobetalaktamas-producerande)*, *Karbapenemresistent Acinetobacter*, *tuberkulos*, *salmonellos*, *clostridium difficile*, *Calici/norovirus*, *Campylobacter*, *parasiter t.ex. amöba, giardia och kryptosporider*, *Hepatit A, B, C*, *HIV*, *AIDS*, *Influenza*, *RS-virus*, *vattkoppor* och *Herpes zoster*.

Akutsjuksköterskan och akut omvårdnad

Kompetensbeskrivningen för akutsjuksköterskan färdigställdes 2010. Akutsjukvård innefattar den vård och omvårdnad som ges till patienten inom de första 24 timmarna vid akutmottagning och akutvårdsavdelning eller motsvarande (Riksföreningen för akutsjuksköterskor, 2010). Studien stödjer sig mot Orlandos (1990) omvårdnadsteori som beskriver omvårdnad som en process där faktorerna baseras på interaktionen och samspelet mellan patient och sjuksköterska vid en given tidpunkt. Processen är en interaktionsprocess där sjuksköterskan identifierar patientens behov i här- och nu situationer (ibid).

Omvårdnadsåtgärder prioriteras och koordineras utifrån patientens tillstånd och utifrån de resurser som finns tillgängliga. Detta kan innebära att snabbt kunna fatta korrekta beslut trots att bakgrundsinformation är begränsad (Nyström, 2002; Riksföreningen för akutsjuksköterskor, 2010). Kompetensramarna för akutsjuksköterskan inbegriper att självständigt och systematiskt ta fram, prova och vidareutveckla rutiner och metoder för hög patientsäkerhet och god kvalitet av omvårdnaden. Akutsjuksköterskan skall även utföra triage

med syfte att sortera och prioritera för att ge patienterna en god, säker och evidensbaserad omvårdnad. Dessutom skall akutsjuksköterskan identifiera smitta såväl som att förebygga både smittspridning och vårdrelaterade infektioner. (Riksföreningen för akutsjuksköterskor, 2010; Socialstyrelsen, 2005).

Författarna upplever brister såväl inom litteratur, forskning, riktlinjer och organisation avseende akuta omvårdnaden av smittsamma patienter. Dock finns evidensbaserad forskning och riktlinjer när patienten har konstaterad smitta men dessa är inte anpassade till den akuta omvårdnaden. I det akuta skedet är det vanligtvis symtom som pekar på eventuell smitta, det innebär i praktiken att beslutstöd för sjuksköterskan på akutmottagningen saknas. Författarnas mål med den planerade studien är att omvården av misstänkt eller konstaterade smittsamma patienter ska förbättras genom att belysa sjuksköterskans tanke- och beslutprocesser samt kunna identifiera möjligheter och hinder vid den akuta omvårdnaden.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans upplevelser i samband med akut omvårdnad av patient med misstänkt eller konstaterad smitta.

Metod

Föreliggande studie var en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats, datan analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Kvalitativa studier innebär att försöka förstå människor sätt att resonera, reagera eller särskilja varierande handlingsmönster (Hsieh & Shannon, 2005; Polit & Beck, 2013; Trost, 2010). I enighet med Kvale och Brinkmann (2009), valdes intervjuer då denna metod ansågs vara mest adekvat för att besvara vald forskningsfråga.

Urval

Studien baserades på intervjuer med 14 sjuksköterskor som arbetade på medelstor akutmottagning i södra Sverige. Förfrågan skickades ut per mejl till de 32 sjuksköterskor som uppfyllde kriterierna för deltagande i studien. Både män och kvinnor med olika erfarenheter och bakgrund såväl allmänsjuksköterskor som specialistsjuksköterskor tillfrågades, för största möjliga variation i enlighet med Danielson (2014a) rekommendationer. I studien valde 16 stycken sjuksköterskor att delta. Två stycken avböjde studien p.g.a. sjukdom. Författarna tillämpade bekvämlighetsurval. Urvalet bestod av individer som var tillgängliga och tackat ja till deltagande i studien vid de tillfällen datainsamlingen genomfördes i enlighet med Jakobsson (2011). Totalt deltog tretton kvinnor och en man. Åldern på deltagarna varierade från 29-50 år. Inklusionskriterierna var yrkesverksamma sjuksköterskor som arbetade på akutmottagning samt utförde triagering. Exklusionskriterier var sjuksköterskor som inte triagerar.

Datainsamling

Kvalitativa forskningsintervjuer fokuserar på deltagarnas upplevelser (Danielson, 2014b). Intervjuguide med semistrukturerad frågor (*Bilaga 1*), användes och utgick från teman och följde inte en bestämd ordning. Ifall frågorna skulle ha varit allt för detaljerade riskerades interaktionen i intervjun. Författarna uppmanade deltagaren att prata fritt och öppet kring teman i intervjuguiden enligt Danielson (2014a) och Polit och Beck (2013). Pilotintervju genomfördes för att testa intervjuguiden samt intervjuteknik. Intervjuguiden testades på pilotintervjun för att säkerhetsställa att instrumentet kunde ge information om vad som avsetts att undersöka (Polit & Beck, 2013). Efter pilotintervjun diskuterades intervjuguiden med handledaren och mindre justeringar gjordes. Pilotintervjun avkodades och skrevs ut ordagrant, efter genomgång tillsammans med handledaren beslutades att pilotintervjun skulle ingå i studien trots att intervjuguiden ändrats.

Författarna kontaktade verksamhetschefen personligen, som erhöll både muntlig och skriftlig information om studien, samt fick skriva under samtyckesblankett (*Bilaga 2*). Därefter kontaktades sjuksköterskor via mail med information om studiens syfte och metod samt förfrågan om samtycke. Vid intresse mejlade deltagarna samtycket till författarna. Sjuksköterskorna som lämnat samtycke kontaktades av författarna via telefon för att boka tid och plats för intervjun. Samtliga deltagare fick såväl muntlig som skriftlig information om studiens syfte, metod och etiska överväganden (*Bilaga 3*). Datainsamlingen genomfördes under två veckor, deltagarna fick välja var och när genomförandet skulle utföras. Före intervjun informerades deltagarna om rättigheter samt ifall samtycket kvarstod och att samtyckesblanketten var underskriven. Båda författarna närvarade under intervjuerna, en författare agerade aktivt medan den andra författaren intog en lyssnande roll under intervjun och kontrollerade att intervjuguiden följdes. Intervjuerna varade mellan 35 minuter och 55 minuter. Samtliga intervjuerna spelades in, transkriberades ordagrant och avidentifierades av författarna.

Analys av data

Datan analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys utifrån Graneheim och Lundmans (2004) metod med syftet att tolka meningen och identifiera likheter och skillnader utifrån studies frågeställning. Analysen kan genomföras såväl manifest som latent (ibid). Analysen påbörjades med att båda författarna läste igenom alla intervjuer var för sig flera gånger i enlighet med Kvale och Brinkmann (2009) rekommendationer. Meningsbärande enheter togs ut var för sig. I nästa steg jämförde författarna meningsbärande enheterna ifrån varje intervju utifrån studiens syfte och skapade kondenserade meningsenheter. Därefter identifierades mönster och koder som bildade kategorier med tillhörande subkategorier som återspeglar det centrala från intervjumaterialet enligt Graneheim och Lundman (2014). Innehållet i alla intervjuerna beskrevs och tolkades via manifest beskrivande analys och sedan med latent tolkande analys genom att beskriva texten och sedan tolka den underliggande meningen som speglar deltagarnas uttalande (Danielson, 2014b; Graneheim & Lundman, 2004; Kvale & Brinkmann, 2009). I första skedet av analysen framkom tretton kategorier. I andra skedet av analysen identifierades likheter mellan kategorierna och sju kvarstod. Tredje skedet av analysen utfördes i samråd med handledaren, vilket resulterade i fyra kvarstående kategorier med tillhörande subkategorier. Ett gemensamt tema framkom. Under hela arbetet pågick

diskussioner och reflektioner mellan författarna och även handledaren med syfte att temat skulle svara på studiens syfte och följa en röd tråd. Analysen framkom systematisk enligt Graneheim och Lundman (2004).

Tabell 1. Utdrag ur analys avseende av meningsbärande enheter, kondenserade meningsenheter, koder, subkategorier, kategorier och tema.

Meningsbärande enhet	Kondenserade meningsenhet	Koder	Subkategori	Kategori	Tema
Är jag tillräckligt skyddad för att gå in till nästa patient sen.	Tillräckligt skyddad för att inte smitta andra.	Skyddad	Smittsamhet	Rädsla	Det komplexa akuta mötet med smittsam patient.
Jag blev ju irriterad, jag försökte ju även om det är låg misstanke så är ju misstanken där.	Irritation vid låg misstanke så finns misstanken.	Misstanke	Irritation	Frustration	

Förförståelse

Den kvalitativa forskningsintervjun är att förstå innebörden av vad den intervjuade berättar samt beskriva och tolka datamaterialet (Graneheim & Lundman, 2004; Kvale & Brinkmann, 2009). Enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2008) sätter förförståelsen sin prägel på analysen och kan påverka studiens trovärdighet.

Författarna har arbetat på infektionskliniken med smittsamma patienter. Idag arbetar författarna som yrkesverksamma sjuksköterskor på akutmottagning och har hygien som ansvarsområde. Det innebär att författarna bedriver lokalt utvecklingsarbete inom området. Författarna besitter ingen ledarposition. Studien utfördes på författarnas arbetsplats. Detta innebär att författarna hade kunskap och erfarenhet kring studiens område samt var arbetskollaboratörer med deltagarna.

Forskningsetiska avvägningar

I sjuksköterskans profession ingår evidens och kvalitetsutveckling med mål att patientens omvårdnad ska förbättras och vara säker. Sjuksköterskans internationella etik kod ICN tar upp forskningsetiska principer: rätt att inte bli skadad, rätt till full information, självbestämmande, rätt till privatliv, anonymitet och konfidentialitet (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

Forskare etik innebär etiska frågeställningar gentemot vetenskapssamhället och samhällsmedborgare. Enligt Belmontrapporten utgörs forskning i enlighet med de tre övergripande grundläggande etiska principerna; respekt för personer, göra gott och rättvis principen (Kjellström, 2014). Ansökan gjordes till Vårdvetenskapliga etiknämnden, VEN (dnr. 61-15) innan datainsamlingen genomfördes. Ändringar gjordes efter VENS yttrande och i samråd med handledare. Studien genomfördes utifrån forskningsetiska principer.

Målet och behovet med forskning är att befintliga kunskaper utvecklas och fördjupas och att metoder förbättras, det innebär att det finns ett forskarkrav i samhället. På vägen att finna och utveckla kunskap finns det behov av att skydda personer genom individskydds krav d.v.s. deltagande sjuksköterskor får inte utsätta för psykisk eller fysisk kränkning. Mer specifikt innebär detta att deltagare skyddas mot otillbörlig insyn. Individskydds kravet delas in i fyra huvudkrav på forskningen: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2012). Individskyddet tillgodosågs genom att sjuksköterskorna i studien skyddades och bemöttes med respekt, liksom de som valde att inte delta i studien. De deltagande sjuksköterskorna är autonoma, och beslutade själva om medverkan i studien. Enligt Kjellström, (2014) kan risker vara kränkning av personlig integritet när intrång sker i den privata sfären. I enlighet med Vetenskapliga rådet (2012) beaktades informationskravet då förhandsinformation skickades ut två månader innan datainsamlingen. Informationen beskrev studiens syfte och beskrivning av intervjuernas tillvägagångsätt. Information om frivilligt deltagandet framgick, liksom författarnas samt handledarens namn, kontaktuppgifter och institutionsanknytning. Risk fanns att sjuksköterskorna upplevde att kompetensen ifrågasattes och därmed blev otrygga. Sjuksköterskorna stod inte i beroendeställning till författarna men kan eventuellt upplevt det ändå. Samtyckeskravet säkerhetsställdes genom inhämtning av godkännande samtycke ifrån

sjuksköterskorna och arbetsgivaren. Sjuksköterskorna tillfrågades om deltagande i studien och informerades om att deltagandet var frivilligt och hade möjlighet att avbryta medverkan under studien, utan negativa följder. Inför denna studie informerades sjuksköterskorna om rättigheter skriftligt och muntligt såväl i förhandsinformation som innan intervjun.

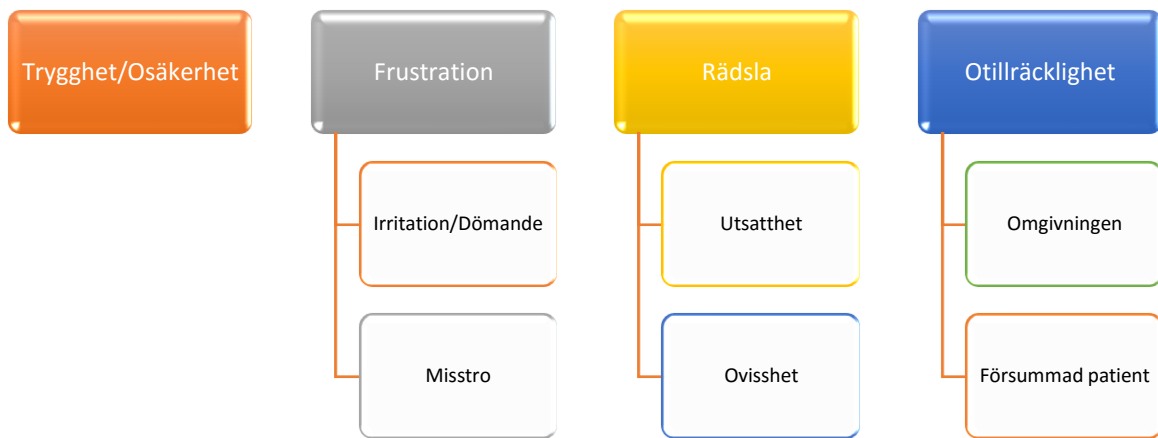
Informationsbrev skickades ut per mejl. Anledningen var att sjuksköterskorna skulle erhålla skriftlig information utan indirekt och direkta påtryckningar från författarna. Vid samtycke mejlade sjuksköterskorna till författarna, de personer som valde att inte delta kunde bortse ifrån förfrågan. Innan intervjuerna påbörjades fick sjuksköterskorna muntlig information från författarna. Konfidentialitetskrav uppfylldes genom att personuppgifter ej lämnades ut till utomstående samt intervjumaterialet avidentifierades och kodades med siffror.

Nyttjandekravet beaktades genom att insamlade uppgifter används för forskningsändamål, och kunskapen ifrån studien kan implementeras till verksamhetsområdet. Deltagarna får den färdigställda studien tilldelad (ibid).

Resultat

Resultatet speglar de intervjuade sjuksköterskornas tankar och upplevelser i samband med akut omvårdnad av smittsam patient. Analysen resulterade i ett tema; *Det komplexa akuta mötet med smittsam patient* samt fyra kategorier; *Trygghet/Osäkerhet*, *Frustration*, *Rädsla* och *Otillräcklighet* med respektive subkategorier se Figur 1. Det faktum att sjuksköterskans möte med smittsamma patienter på akutmottagning betecknas som komplext beror på att vårdsituationen innehåller flera dimensioner som påverkas såväl av patienternas tillstånd eftersom det oförutsägbara som en akut situation innebär liksom sjuksköterskans egna känslor och tankar.

Det komplexa akuta mötet med smittsam patient.



Figur 1. En översikt av tema, kategori och subkategori.

Trygghet/Osäkerhet

Trygghet/osäkerhet är en av kategorierna som påvisar sjuksköterskornas upplevelser kring omvårdnaden av smittsamma patienter. Kategorin är bipolärt i meningen att det innebär såväl en positiv som negativ aspekt.

Sjuksköterskorna menade att kunskap om smittsamma patienter och smittvägar resulterade i trygghet avseende omhändertagandet av patienten. Den upplevda tryggheten påverkade deras inställning till att vårda smittsamma patienter. Uttalandet tyder på att vårdsituationen upplevdes som både utmanande och tillfredställande. Sjuksköterskorna kopplade osäkerhet kring kunskapsbrist, då okunskap om smittvägar och handhavande skapade osäkerhet. Okunskapen berörde även praktiska ting såsom val av skyddsutrustning. Följande citat illustrerar de ofta klivna känslorna inför sitt arbete.

"...det finns ju vissa som uttrycker att de är rädda för att ta hand om patienter för att de själva är rädda för att bli smittade och bli dåliga. Det känner inte jag, jag har en trygghet i att jag vet hur man ska ta hand om patienten."(3)

Känsla av osäkerhet beskrivs även i relation till att sjuksköterskorna kände ansvar över att veta och kunna allting kring smittor, paradoxalt kunde det upplevas som utmanande och intressant.

”...det jag är mest rädd för är tuberkulos. Jag är rädd för jag vet inte riktigt hur det smittar.”(7)

”Jag gillar stå i frontlinjen. Jag är inte som alla andra. Nya saker är jag positiv till...”(12)

Kollegorna upplevdes som ett stöd för sjuksköterskan vid de fall de kände sig osäkra vid omhändertagandet av smittsamma patienter. Stödet kunde vara i form av kompetens som användes som beslutstagande likväl som betydelsefull vid teamarbete. Flera sjuksköterskor uttryckte känsla av säkerhet då alla i teamet tog hand om patienten systematisk. Känslan av säkerhet förstärktes genom att teamet planerade omhändertagandet och var väl införstådda kring patientens omvårdnad. Sjuksköterskorna menade att ett gott teamarbete resulterade i att patienten fick lika omhändertagande oavsett smittsamhet eller ej. Sjuksköterskorna upplevde att erfarenheter från negativa situationer med smittsamma patienter kunde skapa osäkerhet vilket sjuksköterskan tog med i framtida beslut.

“...alla vad med på noterna, alla tyckte och alla man bad gjorde det utan... och sen gick det av sig själv nästa kontroll. Vi tänkte liksom ett gemensamt tänk.”(6)

Sjuksköterskorna saknade direktiv i form av beslutstöd för att avgöra om patienten var smittsam eller inte. Beslutet baserades på sjuksköterskans egen kompetens vilket kunde frambringa osäkerhet och stress. Ansvarstagande för beslut upplevdes svårt då besluten togs efter bästa förmåga. Sjuksköterskorna saknade riktlinjer hur misstänkta symtom behandlas generellt vilket kunde innebära en otrygghet för sjuksköterskan.

”...så det är lite dåligt från ledningens sida att man inte fått utbildning på det. För det kunde man väl fått. Det behöver inte vara så mycket och så långt men man kunde i alla fall få det viktigaste vad vi måste tänka på.”(10)

Övervakning av patienterna som låg på isoleringsrum resulterade i två utsagor av sjuksköterskorna. En del uttryckte trygghet då patienterna var uppkopplade och övervakade medan vissa sjuksköterskor upplevde övervakningen som falsk trygghet.

“... på isoleringsrummen är det ofta dåliga patienter som vi faktiskt inte har bra koll på, visst de kan ligga uppkopplade, de kan ha normalt EKG, de kan ha bra blodtryck men de blir bara blekare och blekare.”(5)

”Vi har bättre koll på dom nu när de är uppkopplade...”(8)

Frustration

Kategorin *Frustration* inbegriper de två subkategorierna *Irritation/Dömande* och *Misstro*.

Irritation/Dömande

Känslor av *Irritation* och *Dömande* attityder framkom då sjuksköterskorna berättade om att smittsamma patienter sökte i “onödan” och därmed enligt sjuksköterskan utsatte andra för smitta. Sjuksköterskan uttryckte även frustration när patienten inte svarade rätt på frågor gällande smittsamhet i det initiala skedet av omhändertagandet vilket enligt sjuksköterskans mening skapade mer arbete. Sjuksköterskorna beskrev det som frustrerande när de hade frågat patienterna om de hade några smittsamma symtom såsom diarré eller kräkningar. Och erhållit nekande svar, då det senare uppdagades att patienten trots förfrågan ändå hade smitta eller smittsamma symtom. Detta skapade irritation och sjuksköterskan upplevde sig själv som dömande, vilket kunde påverka patientens omvårdnad.

“...jag blir jätteirriterad med tanke på att jag har ju frågat dem i fall de har kräkningar och diarréer och svarar nej. Sen kommer det fram att de visst då har diarréer. Det påverkar säkert mitt tänkande kring patienten men jag hoppas inte det. Jag tänker nog lite halvtrög människa. Tyvärr gör jag, lite dömande alltså.” (2)

Sjuksköterskorna uttryckte värderingar som tolkas som dömande men betonade samtidigt att omvårdnaden inte påverkades negativt. Dock framkom att personer i missbruk med blodsmitta inte bemöttes korrekt trots detta negativa uttalande om patienten så beklagade sjuksköterskan att de inte har tålamod nog.

“De här med blodsmitta, de får gärna ligga stilla och uppföra sig i fall jag ska sticka dom...” (7)

Omhändertagandet av smittsamma patienter skapade irritation hos sjuksköterskorna då det upplevdes som tidskrävande och omständigt. Sjuksköterskorna upplevde att den smittsamma patienten belastade vården och medförde att de övriga patienterna blev lidande.

Skyddsutrustningen var otymplig vilket gjorde att sjuksköterskorna blev irriterade över arbets sättet, vilket kunde leda till att sjuksköterskor slarvade med skyddsutrustningen för att spara tid.

“Det är ju en längre process med på och avklädning och att du hela tiden måste tänka på vad du tar in och tar ut och hur du tar hand om patienten på rummet. Så det tar ju längre tid och mer resurser på så vis än om du har någon som inte har smitta...” (3)

Misstro

Känslor av *Misstro* uttrycktes både mot ledning samt vårdhygien. Sjuksköterskorna upplevde att de ofta blev lämnade ensamma om beslut avseende akut omvårdnad av smittsam patient, då varken ledning eller instansen vårdhygien utfört riktlinjer som var anpassade efter symtom och den akuta omvårdnaden. Även *misstro* uttrycktes kring de befintliga riktlinjerna och sjuksköterskorna menade att olika förfarande vid samma smitta ändras över tid och efter behov såsom tillgång till vårdplatser och smittstädning. Förtroendet för vårdhygien var vagt.

“Sen så när man lärt sig att så här är det idag, då är det inte så här imorgon. Då kan jag tycka att man tappar förtroende på regelverket som görs på sjukhuset...” (6)

Sjuksköterskan upplevde *nonchalans* från ledningen gällande arbetssituation, lokaler och beslutstöd som berörde akut omvårdnad kring smittsam patient. Ledningen upplevdes bortprioritera lokalerna med nästan obefintlig utrustning, vilket försvårade för sjuksköterskorna att ge god omvårdnad av smittsamma patienter. *Misstro* mot ledningen uttrycktes då sjuksköterskorna menade att de inte fick något stöd i beslutstagandet varken i

form av riktlinjer eller utbildning, vilket skapade frustration. Sjuksköterskorna upplevde misstro mot kollegor och externa vårdgivare då smittan inte togs på allvar.

“Det är lite farligt med de patienter som kommer med ambulans och de kör in direkt för då ser man inte patienten. Så tar det lång tid innan man får rapport av koordinatören också som inte heller vill gå ut och prata med patienten för att det är en infektionspatient...” (12)

Det uttrycktes att patientens vårdkedja inte fungerade optimalt vid smittsamt tillstånd och en del sjuksköterskor menade att de enbart kan lita på sig själva. Det upplevdes att ambulanssjuksköterskan inte tog smittan på samma allvar som sjuksköterskan själv, det kunde te sig genom nonchalans med att inte använda korrekta skyddskläder.

Rädsla

Kategorin *Rädsla* inbegriper subkategorierna *Utsatthet* och *Ovisshet*.

Utsatthet

Sjuksköterskorna upplevde känsla av *Utsatthet* då de ofta blev lämnade ensamma på isoleringsrum med smittsamma patienter oberoende om patientens tillstånd. Sjuksköterskor uttalade ensamhet över att inte få hjälp med instabila patienter och att teamarbetet oftast var obefintligt när det gällde smittsamma patienter.

“...sen stå där och ringa på klockan för jag blev ju lämnad ensam det är ju klart att man blir det, är ju ingen som vill stå där inne med en, jag blev själv på ett larm och det hade jag inte varit i vanliga fall.”(7)

Sjuksköterskorna uttryckte rädsla för att bli smittade och att föra smittan vidare till andra personer. Vårda patienter med smitta medförde en oro och rädsla för den egna familjens säkerhet. Det fanns även sjuksköterskor som beskrev att rädslan för att ta med smittan hem till familjen var större än att själv bli smittad.

“Jag är inte rädd för att bli smittad själv men i så fall rädd och jag skulle dra hem nåt. Jag tänker nästan mer så än på mig själv. För det hade nästan varit värre...”(11)

Det kunde innebära att sjuksköterskan undvek att gå in till smittsamma patienter och delegerade uppgifterna till kollegor för att inte själv utsättas för smitta. Farhågorna hos sjuksköterskorna var stora och användandet av skyddskläder överdrevs med förhoppning att det innebar lägre risk för att bli smittad.

”...vem ska offra sig kändes det liksom. Man var ju ändå rädd liksom i och med att det var så pass allvarligt.” (9)

”...i vilka situationer kan jag bli en smittsam bakterie liksom.” (8)

Sjuksköterskan upplevde svårigheter att vårda patienter med smitta då vissa patienter var aggressiva och missnöjda med vården och inte respekterade sjukvårdspersonalen. Sjuksköterskorna upplevde rädsla när situationer eller personer blev hotfulla, rädslan förstärktes vid ensamarbete.

”...som sagt om de är stökiga och bråkiga patienter som skvätter och sprätter omkring sig då vill jag inte vara själv.”(10)

Känsla av utsatthet framkom speciellt vid hotfulla situationer då sjuksköterskan oftast var ensam med den smittsamma patienten. Isoleringsrummens avlägsna placering menade sjuksköterskan förvärra känslan av utsatthet.

”För där ut går ju nästan ingen, även om du ringer på larmknappen så är det ingen som går ut där så snabbt, så man känner sig faktiskt lite utelämnad, det gjorde man...”(3)

”...det finns ingen mer där ute som ser mig och ingen som hör mig ens om jag skriker väldigt högt.”(5)

Ovisshet

Det specifika för det akuta mötet var att inte veta förutsättningar, detta ledde till *Ovisshet* hos sjuksköterskorna. Att aldrig kunna gardera sig mot smitta var central upplevelse. Detta

förstärkte deras rädsla för att bli smittade vid akuta omvårdnaden av smittsamma patienter. Sjuksköterskorna uttryckte att vid den akuta omvårdnaden var det patientens tillstånd som var prioriterat och att smittmisstankar uppkommer sekundärt således efter att sjuksköterskorna själva exponerats av smittan.

”...grejen är ju det med de här patienterna dom bara kommer ju, helt plötsligt bara står dom framför mig och kräker på mina fötter.” (5)

Sjuksköterskorna upplevde att ovissheten i det initiala omhändertagandet medförde risker för att förbise missledande symtom. Sjuksköterskorna beskrev scenarior där patienter som sökt för smittsamma symtom såsom diarréer istället maskerade ett allvarligare tillstånd. Sjuksköterskorna uttryckte en rädsla för att göra fel bedömningar och känslan för missa svårt sjuk patient var central.

“Vi hade ju en flicka som kom med kräkningar och hade blivit hänvisad hem på natten som sen visade sig vara en diabetes, det tog man för en magsjuka...” (2)

Otillräcklighet

Kategorin *Otillräcklighet* inbegriper de två subkategorierna *Omgivningen* och *Försummad patient*.

Omgivningen

Omgivningen handlar om att sjuksköterskorna upplevde att lokaler och tillgång till utrustning vid omvårdnad av smittsam patient var undermånligen, detta gjorde att sjuksköterskorna kände sig otillräckliga. Sjuksköterskorna beskrev lokalerna som otillgängliga, för få och fysiskt avlägsna ifrån sjuksköterskan och teamet. Detta upplevde sjuksköterskorna försämra omvårdnaden av smittsamma patienterna genom att fokus då fick läggas på att ombesörja logistik kring patientens rumsplacering. Sjuksköterskan upplevde att de kände sig otillräckliga genom att tiden främst fick läggas på att finna rum och fokus på patienten kom sekundärt.

“...ändamålsenliga rum har vi inte. Vi har jättedåliga lokaler att ta hand om smittsamma patienter. Vi har inga rum med slussfunktion, vi har dåligt med rum med egen toalett, detta tycker jag liksom inte är tillräckligt” (1)

Sjuksköterskorna upplevde att de blev begränsade i sitt omvårdnadsutövande då utrustning och material saknades i anslutning till isoleringsrummen. De uttryckte att förutsättningarna för att hantera smittsamma patienter var otillräckliga och resurser fick läggas på att hämta utrustning istället för att vårda patienten.

“...fan ska jag behöva klä av mig alltihopa och hämta grejor och sen klä på mig igen och gå in igen liksom.” (10)

Sjuksköterskan beskrev att den akuta omvårdnaden av smittsamma patienter var resurskrävande, vilket sjuksköterskan upplevde som stressande. Det ökade behovet av isoleringsrum beskrevs av sjuksköterskorna som en oro över framtiden och upplevde att akutmottagningens lokaler inte var tillräckliga för att täcka framtida behov.

”Jag upplever att det inte är byggt för att kunna ta hand om så mycket, detta kommer mer för det kommer många från andra länderna nu, vi är inte förberedda för det...”(13)

De befintliga isoleringsrummen beskrevs av sjuksköterskorna med missnöje. De liknade rummen med ett fängelse som är gammalt, slitet och kallt, och uttryckte att de skämdes över rummen inför patienten. Sjuksköterskorna beskrev att med enkla medel kunde lokalerna förbättras genom fönster in till isoleringsrummen så de kunde se patienterna visuellt utifrån akutmottagningen och få patienterna att slippa känna sig isolerade.

“...sen kommer man in på detta rummet som jag kan tänka mig kändes som på 40-talet eller ett fängelse.” (7)

Känsla av otillräcklighet framkom speciellt gällande instabila larmpatienter som var smittsamma eller där smitta misstänktes. Sjuksköterskorna beskrev att de saknade anpassade lokaler för instabila smittsamma patienter. Akutrummet upplevdes som icke optimalt för att omhänderta smittsamma patienter ur vårdhygieniskt perspektiv. Omhändertagande av smittsam larmpatient på isolerings rum upplevdes inte optimalt ur patientsäkerhetsaspekt.

Detta skapade splittrade känslor hos sjuksköterskan inför ställningstagandet om vilket vådrum den instabila patienten ska vårdas i.

“Vi har ju haft MRSA patienter på akutummet och då har vi inte haft något val för den patienten var ju verkligen sjuk. Och då undrar man om det verkligen blev rätt med tanke på all utrustning...” (4)

“Det larmade på isoleringsrummet och några sprang in där och så fick någon springa och larma hjärtstopp. Sen kom hela hjärteamet ut så det blev väldigt trångt och mycket folk och svårt att arbeta i...”(14)

Försummad patient

Sjuksköterskan upplevde att smittsamma patienter blev *Försummade* jämfört med andra icke smittsamma patienter. Sjuksköterskorna beskrev att de inte gick ut i onödan till den smittsamma patienten, och att tillsynen hos patienten var sämre och ibland obefintlig. När patienten ringde på larmklockan för att påkalla hjälp undvek sjuksköterskan att svara på ringningar vilket gjorde att patient fick vänta längre på att få hjälp än om patienten inte varit smittsam. Sjuksköterskorna beskrev att de upplevde även att kollegorna undvek att svara på den smittsamma patientens ringningar.

”Alltså dom blir försummade kan jag säga. Det är många gånger dom inte får samma tillsyn i samma utsträckning, man drar sig ifrån att svara på ringningar, man går inte ut i onödan...” (1)

“...omvårdnaden där ute blir ju lidande, om man skulle räkna så är nog tillsynen sämre där.”(14)

Sjuksköterskorna uttryckte att de ofta hade dåligt samvete över den försämrade tillsynen hos smittsamma patienter. Sjuksköterskorna ställdes ofta inför dilemmat att välja mellan en smittsam patient kontra alla andra patienter. Detta medförde att sjuksköterskan ofta tvingades släppa kontrollen på alla andra patienter inne på akutmottagningen om den smittsamma patienten behövde deras uppmärksamhet. Sjuksköterskan upplevde att detta ofta resulterade i att den smittsamma patienten blev försummad.

”...nu är det lite det här med prioriteringsgrejen, för jag har femton patienter där inne och en patient där ute. Du har koll på alla de femton där inne och har hyfsad koll än att stå där ute med en patient.”(5)

Sjuksköterskorna upplevde att det var en risk att patienter placerades på isoleringsrum då detta krävde mer resurser. De uttryckte risker med att patienter som låg på isoleringsrum då de blev bortprioriterade i den stora massan av patienter som befinner sig på en akutmottagning. Sjuksköterskorna upplevde avsaknad av extra resurser i form av mer personal i omvårdnaden av smittsamma patienter. Sjuksköterskorna upplevde otillräcklighet över att patienten skulle försämrats och att detta förbisågs p.g.a. patientens smittsamhet, placeringen på isoleringsrum eller avsaknad av resurser.

”Jag brukar ju försöka springa och kolla på patienter när de kommer, men den dagen var rummen för långt ifrån för jag kunde inte lämna, jag kunde inte lämna det...”(2)

Diskussion

Metoddiskussion

Aktuell studie genomfördes med intervjuer för att beskriva sjuksköterskans upplevelser i samband med akut omvårdnad av patient med misstänkt eller konstaterad smitta. En kvalitativ studies trovärdighet utvärderas i relation till de metoder som använts för att komma fram till resultatet (Graneheim & Lundman, 2004).

Inför studien reflekterade författarna över sin livserfarenhet, yrkeserfarenhet och kunskap kring studiens fenomen i enlighet med Priebe och Landströms (2014) rekommendationer för att öka författarnas medvetenhet om vilken betydelse förförståelse har på studien och vilken roll författarna ska inta under studien. Författarnas ambition var att inta ett öppet förhållningssätt kring studiens ämne men det har varit utmanande att inte påverkas av sin egen förförståelse. I enlighet med Lundman och Hällgren Graneheim (2012) och Priebe och Landström (2014) genomförde författarna kontinuerliga diskussioner för att minska riskerna, dock går det inte att utesluta att resultatet kan påverkas. Författarnas förförståelse kan både

vara ett hinder och en möjlighet för att skapa ny förståelse. Förförståelsen blir avgörande för vilken ny förståelse som skapas (Friberg & Öhlen, 2014).

Att inta rollen som forskare på sin egen arbetsplats kan påverkas av sin andra roll som yrkesverksam sjuksköterska, vilket kan innebära att sjuksköterskornas öppenhet blir färgad gentemot författarna. Styrkan att utföra forskning på sin arbetsplats kan vara att deltagarna känner trygghet med författarna och därmed bidra till öppenhet i intervjuerna. Det är väsentligt att komma nära deltagaren för att förstå fenomenet (Polit & Beck, 2013). Att genomföra studier på författarnas arbetsplats kan vara kontroversiellt men det bekräftades under intervjuerna från flera sjuksköterskor att de kände trygghet att tala fritt.

Ett bekvämlighetsurval genomfördes av författarna och de sjuksköterskor som deltog hade gett samtycke och var tillgängliga under datainsamlingen. Enligt Jakobsson (2011) kan nackdelen med bekvämlighets urval vara begränsande gällande studiens generaliserbarhet d.v.s. hur representativt det är för den population som avses att avspglas (ibid). Genom att tydligt beskriva tillvägagångssätt, urval och analys av data stärks överförbarheten i studien (Graneheim & Lundman, 2004).

Anledningen till att bekvämlighetsurval tillämpades var att författarna inte ville påverka sjuksköterskornas samtycke till studien för att minimera risker att deltagandet påverkades av kollegiala förhållanden. I studien deltog 14 sjuksköterskor, varav en var man. Önskvärt var att få en jämn könsfördelning i deltagandegruppen för att stärka giltigheten. Deltagande sjuksköterskor varierade i ålder vilket kan vara en styrka för att erhålla varierande utsagor. Inklusionskriterier i studien var sjuksköterskor som var yrkesverksamma, arbetade på akutmottagning samt utförde triagering. Exklusionskriterier var sjuksköterskor som inte triagerar. Anledningen till att triagerande sjuksköterska var ett inklusionskriterier baserades på författarnas förhoppning att det då innebar upplevelser även ifrån den initiala vårdkedjan.

Författarna använde sig av intervjuguiden under intervjuerna. Bägge författarna närvarade under intervjun, en författare intog den intervjuade rollen medan den andra författaren ansvarade för tekniken och kontrollerade att intervjuguiden följdes. Enligt Polit och Beck (2013) stärks tillförlitligheten genom att alla sjuksköterskorna erhöll samma intervjufrågor. I intervjuguiden frågades efter en bra och en dålig situation. Vilket är en vanlig förekommande fråga dock upplevde sjuksköterskan svårigheter att besvara denna fråga. Under varje intervju

ombads sjuksköterskorna fritt beskriva en situation vid vård av smittsam patient, vilket resulterade i en betydligt mer beskrivande upplevelse från sjuksköterskorna.

Pilotintervju genomfördes för att testa intervjuguiden samt intervjuteknik (Polit & Beck, 2013). Efter samråd med handledaren gjordes mindre justeringar i intervjuguiden. Det innebar att valet av öppningsfråga justerades, ingen fråga ändrades eller togs bort. Det finns en risk för resultatets trovärdighet när intervjuguiden ändras men författarna menar att så ej skedde.

Sjuksköterskorna fick själva välja, tid och plats för intervjun för att de skulle känna sig väl till mods i enighet med Lantz (2013) rekommendationer. Alla sjuksköterskor tillfrågades ifall det gick bra att spela in intervjun, både i förhandsinformation samt vid intervjutillfälle och blev upplysta att de kunde avbryta intervjun om önskemål fanns enligt Danielson (2014a). Intervjuerna spelades in med ljudupptagning. För att inte påverka resultatet har författarna medvetet intagit en lyssnande roll under datainsamlingen och låtit deltagaren prata fritt. Fortlöpande under studien har författarna diskuterat vilken betydelse förförståelsen kan innefattat på studien för att medvetandegöra eventuell påverkan från författarna.

Induktiv innehållsanalys användes för att förutsättningslöst undersöka fenomenet utan att antagande gjorts på förhand (Danielson, 2014b). Författarna hade för avsikt att tolka materialet utefter latent analys med avsikt att klargöra den underliggande meningen av sjuksköterskans upplevelse. Analysens djup kan ha påverkats då författarnas erfarenheter kring att utföra vetenskapliga studier var begränsad. Författarna gav sin syn på analysen genom medvetenhet om sin förförståelse. Genom att analysen är tydligt beskriven i metoden och citat från datamaterialet används i resultatet ges möjlighet att skapa en egen uppfattning om resultatets trovärdighet. Lundman och Hällgren Graneheim (2012) menar att noggrann beskrivning av analysens tillvägagångsätt och användning av citat stärker resultatets pålitlighet och trovärdighet.

En kvalitativ studies överförbarhet handlar enligt Polit och Beck (2013) och Graneheim och Lundman (2004) om generaliserbarhet. Författarna anser att urval, metoden, datainsamling, analys och tillvägagångsättet är tydligt beskrivet vilket ger läsaren underlag att applicera föreliggande resultatstudie i annat sammanhang.

Resultatdiskussion

Resultatet speglar det komplexa akuta mötet med smittsam patient. Det dominerade fyndet var att patienten blev försummad och fyndet beskrevs utifrån sjuksköterskornas egna känslor och tankar och berodde framförallt på de förutsättningarna sjuksköterskan arbetade kring så som organisation, lokaler, sjuksköterskans kunskaper och teamarbetet. Sjuksköterskorna beskrev risker för den smittsamma patientens säkerhet i den akuta omvårdnaden.

Sjuksköterskornas rädsla, osäkerhet, otrygghet, frustration, okunskap och otillräcklighet var centrala känslor i samband med akuta omvårdnaden av den smittsamma patienten. Rädslan för att bli smittad och att föra smittan vidare var dominant. På samma vis beskriver Poon et al. (2004) sjuksköterskans rädsla, studien visar dock i motsats till föreliggande resultat att rädslan inte innebar att sjuksköterskan undvek patienten (ibid). Flera studier beskriver rädslan för att bli smittad som central hos sjuksköterskan som en faktor som bidrar till sämre vård och tillsyn för den smittsamma patienten, genom att sjuksköterskan undvek då patienten (Barratt, Shaban & Moyle (2011a); Røndahl, Innala & Carlsson, 2003; Suominen et al, 2010; Wiklund, Fagerberg, Örtqvist, Broliden & Tammelin, 2015). Medan Corley et al. (2009) pekar på att rädsla innebar extra belastning för sjuksköterskan. Innebörderna av kunskap och information reducerade sjuksköterskornas rädsla och resulterade i bättre omvårdnad för patienten (ibid).

Sjuksköterskorna beskrev i resultatet att kunskap om smitta sattes i relation till rädsla d.v.s. desto mer kunskap desto mindre rädsla. Chung, Wong, Suen och Chung (2004) beskriver att sjuksköterskorna upplevde rädsla inför omvårdnaden med smittsam patient, men i motsats till föreliggande resultat kunde rädsla minskas i de möten sjuksköterskorna kunde identifiera sig med patienten, då patientens ålder, yrke eller liknande sociala status var likställda (ibid). Suominen et al. (2010) påvisar att sjuksköterskans kunskapsnivå om smitta minskade rädslan och patienten erhöll bättre vård ju högre kunskapsnivå sjuksköterskans hade (ibid). I den föreliggande studien framkom att trygghet i omvårdnaden av smittsamma patienter är förankrat sjuksköterskans kunskaper. Faseleh-Jahromi, Moattari och Peyrovi (2014) betonar vikten av utbildning för att tillägna sig nya kunskaper och erfarenheter (ibid). Sjuksköterskornas rädsla präglades av ovissheten i det initiala omhändertagandet. Att inte veta ifall patienten var smittsam med risk för att själv bli exponerad. Chung et al. (2004) beskriver liknande resultat.

Indirekta orsaker till risker för patienten menade sjuksköterskorna kunde vara att isoleringsrummen var avlägsna och att de inte kunde se patienten visuellt. Men även frustration kring skyddsutrustning som resulterade i sämre tillsyn och omvårdnad av den smittsamma patienten. Newton, Constable och Senior (2001) underbygger att i arbetsmiljöer med hög stressnivå och bristande tid bortprioriteras den smittsamma patienten, speciellt isolerade patienter som kräver skyddsutrustning blir åsidosatta (ibid). Sjuksköterskorna uttryckte även farhågor över att teamarbetet inte fungerade kring den smittsamma patienten och på så vis ledde till sämre omvårdnad. Användandet av skyddskläder överdrevs med förhoppning att de skulle vara mer skyddade. Även Andersson, Lindholm och Fossum (2010) visar att vid smittmisstankar blev vårdpersonalen mer noggranna i användandet av skyddsutrustning och basala hygienrutiner (ibid).

Resultaten i föreliggande studie påvisade att sjuksköterskorna hamnade i ett dilemma som innebar att välja mellan den smittsamma patienten och alla de andra patienterna, vilket resulterade i att den smittsamma patienten negligerades. Likväl framkom det att sjuksköterskorna medvetet undvek att gå in till den smittsamma patienten. Resultatet strider till viss del mot vad Wiklund et al., (2015) som påvisade att det snarare finns en medvetenhet hos sjukvårdspersonalen där sjuksköterskorna trots kaotisk arbetsmiljö försöker ge patienten bästa möjliga vård, och att det inte är en medveten handling att undvika patienten (ibid).

Ovissheten om patientens tillstånd kunde öka sjuksköterskornas rädsla över att misstolka symtom som mindre allvarliga, men som maskerade ett allvarligare tillstånd. Gerbier-Colomban et al. (2013) beskriver behov av tillgång till beslutstöd kring patientens tillstånd i form av algoritmer speciellt kring smittsamma tillstånd i det akuta omhändertagandet, och påvisade liksom sjuksköterskornas upplevelser i resultatet svårigheter speciellt kring bedömningar på patienter med diarré (ibid). Mishel (1990) menar att i situationer där risker förekommer och som inte kan förutsättas skapas rädsla och personer utsätts för risker vilket skapar komplexa situationer som präglas av ovisshet och rädsla (ibid). Författarna menar att det specifika för den akuta omvårdnaden var att inte veta förutsättningarna, vilket innebar risker för sjuksköterskan. En risk kan vara att själv bli exponerad för smitta då patientens tillstånd ofta är oklart i det initiala skedet. Enligt författarna kan ovissheten stärka rädslan för att smittas och som strategi undvek sjuksköterskan den smittsamma patienten. Författarna menar även att sjuksköterskornas rädsla och otrygghet påverkades utifrån avsaknaden av stöd i det kliniska beslutstagandet, likväl av brister på tillgänglig kunskap. Sjuksköterskorna

saknade direktiv i form av beslutstöd för att avgöra om patienten var smittsam eller ej och uttryckte att de saknade riktlinjer hur misstänkta symtom behandlades generellt och efterfrågade mer kunskap i form av utbildning. Det fattades gemensamma riktlinjer hur smittsamma patienter skulle hanteras. Easton et al. (2007) beskriver att tillgängliga riktlinjer av god kvalitet medför förbättrad vård, och påvisar även att bristande ledning och avsaknad av information kan resultera i bristfällig kompetens (ibid). Evidensen påvisar att kunskap reducerar rädsla och patienten får en bättre omvårdnad. Här ses en avsaknad av organisationens ansvar att utbilda sin personal och ta ansvar för sin del i patientsäkerheten och även säkerheten för den egna personalen.

Resultatet visade även att kunskap skapade trygghet vilket i sin tur påverkade sjuksköterskornas inställning till att vårda smittsamma patienter. Upplevelsen var delad vilket innebar såväl en positiv som negativ aspekt. Mullins (2009) konstaterade att sjuksköterskor behandlade alla patienter med samma försiktighet (ibid). Medan Frazer, Glacken, Coughlan, Stanines och Daly (2010) beskrev att de extra försiktighetsåtgärderna kunde påverka attityderna negativt mot patienten och resultera i diskriminerande upplevelser för patienten (ibid). Flertal studier påvisar kunskapens positiva betydelse för smittsamma patienters omvårdnad (Askarian, Shiraly & McLaws, 2005; Liang et al., 2014; Richmond, Dunning & Desmond, 2007).

Studiens resultat kan överföras till Orlandos teori (1990) där Orlando beskriver att sjuksköterskans medvetenhet och förmåga till reflektion resulterar i sjuksköterskans val av handlingar gentemot patienten. Detta tydliggörs genom att applicera Orlandos reflekterande frågor på resultatet; Vad ser du? Vad tänker du? Vad känner du? Hur handlar du? Författarna anser att studiens resultat påvisar hur sjuksköterskans känslor och reaktioner påverkas av vilken kunskapsnivå de besitter och att detta resulterar i vilken omvårdnad patienten erhåller. Sjuksköterskans handlande utgår ifrån sina egna känslor och tankar och valet av handlingar påverkas därefter. Sjuksköterskan saknade stöd i sina beslut vilket förstärkte således sjuksköterskans negativa känslor, beslut fick tas efter bästa förmåga och risker identifierades i beslutstagandet. Lauri et al., (2001) beskriver att i komplexa situationer där sjuksköterskan ställs inför att ta beslut som är förenat med risker är det beroende av sjuksköterskans utbildningsnivå (ibid). Orlando (1990) pekar på att kunskapen inbegriper som en del av sjuksköterskans medvetenhet och tillsammans med en reflekterande förmåga beslutas vilka handlingar som tas (ibid). Författarna hävdar att känslor såsom rädsla minskar och valet av

handlingar utförs därefter. Sjuksköterskans val av handlade styrs idag som ett resultat av den komplexa situation sjuksköterskan hamnar i vid akut omvårdnad av misstänkt eller konstaterad smittsam patient på akutmottagning. Här påtalas återigen vikten av kunskap och behovet av utbildning ifrån den organisation sjuksköterskorna arbetar i, och påvisar att organisationen bör ta sitt ansvar genom att utforma beslutsverktyg anpassat efter den akuta verksamheten.

Studiens syfte var att beskriva sjuksköterskans upplevelser dock inte patientens upplevelser, men för att förstå komplexiteten och interaktionsprocessen väljer här författarna att beskriva smittsamma patientens upplevelser av omvårdnad. Barratt, Shaban och Moyle (2011a, 2011b) beskriver att smittsamma patienter upplever att sjukvårdspersonalen tillbringade kortare tid hos dem p.g.a. deras smittsamhet. Patienterna upplevde att deras omvårdnad blev komprimerad och menade att sjukvårdspersonalen tillbringade minsta möjliga tid hos dem. Patienterna beskrev att detta påverkade deras förhållande med sjuksköterskan och interaktionen mellan patienten och sjukvårdspersonalen blev därhän negativ (ibid). Även Newton et al. (2001) fann att smittsamma patienter upplevde att deras tillsyn blev sämre (ibid). Ensamhet hos de smittsamma isolerade patienterna beskriver även Pacheco och Spyropoulos (2010). Isolerad betyder enligt Svenska akademins ordlista (2015) ensam och avskild, vilket även speglar sjuksköterskornas upplevelser i den aktuella studien. Andersson et al., (2010) bekräftade att smittsamma patienter upplevde att sjukvårdspersonalens kunskapsnivå inom det smittsamma tillståndet påverkade vilket bemötande och omvårdnad de erhöll. Okunskapen hos personalen kunde leda till rädsla, social isolering och lidande hos patienten (ibid).

Författarna anser att patientens reaktion på avsaknaden av omvårdnad påverkar interaktionen i en negativ mening. En missnöjd smittsam patient kräver sjuksköterskans uppmärksamhet i större utsträckning för att lindra vårdlidandet, och ännu mer resurser krävs. Patienterna i de ovannämnda studierna upplevde att omvårdnaden var i relation till sjuksköterskans kunskapsnivå. Detta ser författarna som en bekräftelse för hur innebörden av kunskap påverkar beslutstagandet, interaktionen och det bemötandet patienten får. Författarna hävdar då sjuksköterskan besitter kunskap om smittsamma tillstånd resulterar det i minskat lidande för den smittsamma patienten. Författarna menar att patienten har rätt att få likvärdig vård oavsett smittsamhet eller ej, som smittsam patient ska akut omvårdnad inte vara relaterat till risker och åsidosatt vård. I Hälso- och sjukvårdslagen HSL: 1997:142 2§ och 28§ fastställs att

målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården. Sjukvården ska bedrivas med säkerhet och att den ska uppfylla krav på god vård. Vården ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet, personalen har således ansvar att följa de lagar och föreskrifter som styr vården (ibid).

Sjuksköterskan fick ofta kompensera för bristande lokaler och avsaknad av riktlinjer i den initiala omvårdnaden, vilket innebar fokus på de yttre faktorerna istället för patienten. Författarna menar att de smittsamma patienternas omvårdnad inte får tillräckligt utrymme på den organisatoriska nivån och att sjuksköterskornas upplevelser speglar detta påstående. Författarna anser inte att detta är en medveten handling men att dagens akutsjukvård inte är anpassat efter det resurskrävande omhändertagande av de smittsamma patienterna. Otillräckliga organisatoriska förutsättningar innebär att sjuksköterskan får kompensera för detta i mötet med den smittsamma patienten. Detta medför en pressad arbetssituation för sjuksköterskan där tid för reflektion bortprioriteras. Författarna menar att detta skapar känslor som rädsla, frustration, otrygghet, osäkerhet och otillräcklighet och behovet av kunskap ställs på sin spets. Författarna hävdar att patienten blir försummad även på en organisatorisk nivå och effekten av detta påverkar sjuksköterskan handlande och känslor inför den akuta omvårdnaden av smittsam patient på akutmottagning.

Konklusion och implikationer

Författarnas slutsats är att sjuksköterskor på akutmottagningar i nuläget inte har tillräcklig kunskap om smittsamma patienter och behovet av beslutstöd som är anpassat efter den akuta omvårdnaden behövs. Författarna anser att forskning bör ske kring evidensbaserade verktyg som stöd i den akuta omvårdnaden. Organisationen måste anpassa verksamheten efter den akuta omvårdnaden av den smittsamma patienten och ta ett organisatoriska ansvar, istället för att föra över ansvaret till den verksamma sjuksköterskan. Målet är att den smittsamma patienten ska erhålla en likvärdig vård. Likväl ska sjuksköterskorna på akutmottagning känna sig kvalificerade och säkra i det akuta mötet med smittsam patient.

Referenser

AFS 2005:1. *Mikrobiologiska arbetsmiljörisiker - smitta, toxinpåverkan, överkänslighet*. Stockholm: Arbetsmiljöverket. Hämtad 10 maj, 2015.
http://www.av.se/lagochratt/afs/afs2005_01.aspx

AFS 2012:7. *Mikrobiologiska arbetsmiljörisiker - smitta, toxinpåverkan, överkänslighet*. Stockholm: Arbetsmiljöverket. Hämtad 10 maj, 2015
http://www.av.se/lagochratt/afs/afs2005_01.aspx

Andersson, H., Lindholm, C., & Fossum, B. (2010). MRSA- global threat and personal disaster: patients experiences. *International Nursing Review*, 58, 47-53.

Askarian, M., Shiraly, R., & McLaws, ML. (2005). Knowledge, attitudes, and practices of contact precautions among Iranian nurses. *American Journal of infection control*, 33(8), 486-468. doi:10.1016/j.ajic.2005.06.001

Barratt, R., Shaban, R., & Moyle, W. (2011a). Behind barriers: patients perception of source isolation för Methicillin- resistant Staphylococcus aureus (MRSA). *Australian Journal of Advanced Nursing*, 28(2),53-59.

Barratt, RL., Shaban, R., & Moyle, W. (2011b). Patient experience of source isolation: Lesson for clinical practice. *Contemporary Nurse*, 39(2), 180-193. doi:10.5172/conu.2011.39.2.180

Chung, B., Wong, T., Suen, E., & Chung, J. (2004). SARS: caring for patients in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 2005(14), 510-517.

Corley, A., Hammond, NE., & Fraser, JF. (2009). The experiences of health care workers employed in an Australian intensive care unit during the H1N1 Influenza pandemic of 2009: A phenomenological study. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 577–585.

Danielson, E. (2014a). Kvalitativ forskningsintervju. M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s.163-176). Lund: Studentlitteratur.

Danielson, E. (2014b). Kvalitativ innehållsanalys. M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s.330-343). Lund: Studentlitteratur.

Easton, PM., Sarma, A., Williams, FL., Marwick, CA., Phillips, G., & Nathwani, D. (2007). Infection control and management of MRSA: assessing the knowledge of staff in an acute hospital setting. *Journal of Hospital Infection*, (2007),66, 29-33.
doi:10.1016/j.jhin.2006.12.016

Edstedt, G, & Ransjö, U. (2015). *Vårdrutiner- smitta och smittspridning*. Hämtad 3 mars, 2015 från Vårdhandboken, <http://www.vardhandboken.se/Texter/Smitta-och-smittspridning/Vardrutiner/>

Faseleh-Jahromi, M., Moattari, M., & Peyrovi, H.(2014). Iranian nurses' perceptions of social responsibility: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 21(3), 289-298. doi: 10.1177/0969733013495223

Friberg, F., & Öhlen, J. (2014). Fenomenologi och hermeneutik. M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s.345-370). Lund: Studentlitteratur.

Frazer, K., Glacken, M., Coughlan, B., Stanines, A., & Daly, L (2010). Hepatitis C virus in primary care: Survey of nurses' attitudes to caring. *Journal of Advanced Nursing*, 67(3), 598-608. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05516.x.

Folkhälsomyndigheten. (2015). *Smittskydd och sjukdomar*. Hämtad 19 dec, 2015, från folkhälsomyndigheten, <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/smittskydd-och-sjukdomar/>

Gerbier-Colomban, S., Gicquel, Q., Millet, AL., Riou, C., Grando, J., Darmoni, S., Potinet-Pagliaroli, V., & Metzger, MH. (2013). Evaluation of syndromic algorithms for detecting

patients with potentially transmissible infectious diseases based on computerised emergency department data. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 13(101), Från <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/13/101>

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

Gustavsson, AM. (2013). *Personalinfektioner inom hälso- och sjukvård*. Hämtad 20 mars, 2015, från vårdhandboken, <http://www.vardhandboken.se/Texter/Personalinfektioner-inom-halso--och-sjukvard/Oversikt>

Hsieh, HF., & Shannon, SE. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative health research*, 15(9),1277-1288. doi: 10.1177/1049732305276687

Holroyd, E., & McNaught, C. (2008). The SARS crisis: reflections of Hong Kong nurses. *International Nursing Review*, 55, 27-33.

HSL 1997:142. *Hälso- sjukvårdslag*. Hämtad 15 april, 2015, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

Ives, J., Greenfield, S., Parry, J., Draper, H., Gratus, C., Petts, J., Sorell, T., & Wilson, S. (2009). Healthcare workers' attitudes to working during pandemic influenza: a qualitative study. *BMC Public Health*. 9, (56). doi:10.1186/1471-2458-9-56

Iwarson, S. (Red). (2011). *Infektionsmedicin: epidemiologi, klinik, terapi*. Sundbyberg: Litiografia Alfaprint.

Jakobsson, U. (2011). *Forskningens Termer & Begrepp*. Lund: Studentlitteratur.

Kjellström, S. (2014). Forskningsetik. M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s.70-92). Lund: Studentlitteratur.

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

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Lantz, A. (2013). *Intervjumetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Lauri, S., Salanterä, S., Chelmers, K., Ekman, S., Hesook, S. K., Käppeli, S., & Macleod, M. (2001). An exploratory study of clinical decision-making in five countries. *Journal of nursing scholarship*, 33(1), 83-90.

Liang, S., Theodoro, D., Schuur, J., & Marschall, J. (2014). Infection Prevention in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, 64(3), 299-313.

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I: M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (sid.187-201). Lund: Studentlitteratur.

Mishel, MH. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Journal of Nursing Scholarship*, 22(4), 256-262.

Mullins, IL (2009). How caring for persons with HIV/AIDS affects rural Nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(5), 311-319. doi: 10.1080/01612840902754461

Newton, JT., 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.

Nyström M. (2002). Inadequate Nursing Care in an Emergency Care Unit in Sweden: Lack of a Holistic Perspective. *Journal of Holistic Nursing*, 20, 403-417.

- Orlando, I-J. (1990). *The dynamic nurse-patient relationship: function, process and principles*. New York, NY: National league for Nursing.
- Pacheco, M., & Spyropoulos, V. (2010). The experience of source isolation for *Clostridium difficile* in adult patients and their families. *The Canadian Journal of Infection Control*, 2010, 166-174.
- Polit, D., & Beck, C. (2013). *Essentials of nursing research: Methods, Appraisal, and Utilization* (8th edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Poon, E., Liu, KS., Cheong, DL., Lee, CK., Yam, LYC., & Tang, WN. (2004). Impact of severe acute respiratory syndrome on anxiety levels of frontline health care workers. *Hong Kong Medical Journal*, 10(5), 325-329.
- Priebe, G., & Landström, C. (2014). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar: grundläggande vetenskapsteori. M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s.31-50). Lund: Studentlitteratur.
- Richmond, JA., Dunning TL., & Desmond PV. (2007). Health professionals' attitudes toward caring for people with hepatitis C. *Journal of Viral Hepatitis*, 14(9), 624–632. doi: 10.1111/j.1365-2893.2007.00849.x
- Riksförening för akutsjuksköterskor & Svensk Sjuksköterskeförening. (2010). *Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialisering inom akutsjukvård*. Hämtad 4 april, 2015, från http://www.swenurse.se/contentassets/4bfb8375474740c79bda198a3d4f8f45/nr46_1okt_kompbeskr_akutweb.pdf
- Rooke, L. (1995). *Omvårdnad - teoretiska ansatser i praktisk verksamhet*. Stockholm: Liber.
- Röndahl, G., Innala, S., & Carlsson, M. (2003). Nursing staff and nursing students attitudes towards HIV-infected and homosexual infected patients. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 454-461.

SFS 1982:763. *Hälso- sjukvårdslag*. Hämtad 15 april, 2015: från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

Shih, FJ., Gau, ML., Kao, CC., Yang, CY., Lin, YS., Liao, YC., & Sheu, SJ. (2007). Dying and caring on the edge: Taiwan`s surviving nurses` reflections on taking care of patients with severe acute respiratory syndrome. *Applied Nursing Research*, 20, 171-180.

SOSFS 2004:168. Smittskyddslag. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning av legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 4 april, 2015, från Socialstyrelsen, http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.

SOSFS 2007:19. Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvården. Hämtad 20 mars 2015, från Socialstyrelsen <https://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2007-19>

Suominen, T., Koponen, N., Mockiene, V., Raid, U., Istomina, N., & Vänskä, ML. (2010). Nurses knowledge and attitudes to HIV/AIDS: an international comparison between Finland, Estonia and Lithuania. *International Journal of Nursing Practice*, 16(2),138-147. doi: 10.1111/j.1440-172X.2010.01822.x.

Svenska akademiens ordlista. Hämtad 24 november, 2015, från: <http://www.svenskaakademien.se/svenska-spraket/svenska-akademiens-ordlista-saol/saol-13-pa-natet/sok-i-ordlistan>

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor* [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Från <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Etik/ICNs-Etiska-kod-for-sjukskoterskor/>

Trost, J. (2011). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. (2012). *VEN -forskningsetiska principer- inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. ISBN 91-7307-008-4. Elanders Gotab

Vårdhygien-region skåne. (2014). Hämtad 11 nov, 2015, från Vårdhygien, <http://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/vardhygien/>

Wiklund, S., Fagerberg, I., Örtqvist, Å., Broliden, K., & Tammelin, A. (2015). Staff experience of caring for patients with extended-spectrum beta-lactamase- producing bacteria: A qualitative study. *American Journal of Infection Control*, 2015, 1-8.

Intervjuguide:

Vi vill veta om hur du känner och upplever vid akut omvårdnad av misstänkt eller konstaterade smittsamma patienter.

Berätta om en bra situation.

Möjligheter.

Berätta om en dålig situation.

Hinder.

Teman:

- Arbetsituation. Känslor och tankar
- Beslut. Känslor och tankar.
- Kunskap. Känslor och tankar
- Olika tankar och känslor vid icke smittsam eller smittsam patient

Följdfrågor att använda till frågan eller frågeområdena:

- Hur tänker du?
- Hur känner du?
- Hur menar du?



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

INFORMATIONSBREV

2015-12-27

Bilaga 2 (2)

Till verksamhetschef ...

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien ”Akut omvårdnad av patient med misstänkt eller konstaterad smitta. Sjuksköterskans upplevelse.”

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskans upplevelse i samband med akut omvårdnad av patient med misstänkt eller konstaterad smitta. Sjuksköterskan på akutmottagningen ställs ofta inför vårdssituationer med begränsad bakgrundsinformation om patienten vilket kan vara problematiskt för att snabbt identifiera och vidta åtgärder vid vård av patient med misstänkt smitta.

Studien planeras utföras som kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats med semistrukturerade frågor. Urvalet består av 10-15 st. sjuksköterskor som tackat ja till deltagande i studien. Avsikten är att inkludera både män och kvinnor med olika erfarenheter och bakgrund. Intervjuerna planeras genomföras i ett enskilt rum på akutmottagningen i anslutning till deltagarnas arbetspass. Innehållet i intervjuerna skall beskrivas och tolkas djupgående genom att identifiera kategorier och teman som speglar respondenternas uttalande.

Deltagarna tillfrågas personligen via mail samt informeras om att det är frivilligt och kan när som helt avbryta sin medverkan under hela studien. I det fall det finns intresse att delta i studien skickar deltagarna sitt intresse till författarna och om någon inte är intresserad av att delta behövs inget aktivt beslut. Urvalet består av individer som är tillgängliga och tackat ja till deltagande i studien vid det tillfälle datainsamlingen genomförs. Personuppgifter lämnas ej ut till utomstående och avrapportering kommer att ske med hjälp av avkodningar av datamaterial och insamlade uppgifter används för forskningsändamål.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs.

Studien ingår som ett examensarbete i specialist sjuksköterskeprogrammet akutsjukvård.

Om Du/ni har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning

Anna Jönsson
Leg. Sjuksköterska

Magdalena Övall
Leg. Sjuksköterska

Marie Hübel
Univesitetsadjunkt

Bilagor

- 1. Samtyckesblankett**
- 2. Projektplan**

Blankett för medgivande av verksamhetschef eller motsvarande

Akut omvårdnad av patient med misstänkt eller konstaterad smitta.
Sjuksköterskans upplevelse.

Er anhållan

- Medgives
- Medgives ej

Ort

Datum

Underskrift

Namnförtydligande och titel

Verksamhetsområde



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Bilaga 3 (3)

INFORMATIONSBREV

2015-12-27

Information till undersökningsperson

Akut omvårdnad av patient med misstänkt eller konstaterad smitta. Sjuksköterskans upplevelse

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie.

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskans upplevelse i samband med akut omvårdnad av patient med misstänkt eller konstaterad smitta. Sjuksköterskan på akutmottagningen ställs ofta inför vårdssituationer med begränsad bakgrundsinformation om patienten vilket kan vara problematiskt för att snabbt identifiera och vidta åtgärder vid vård av patient med smitta.

Intervjun beräknas ta cirka 1h och genomförs av Magdalena Övall & Anna Jönsson. Vi erbjuder plats för intervju alternativt att du själv föreslår plats.

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun på band. Inspelningen kommer att förvaras inlåst så att ingen obehörig kan ta del av den. Efter att arbetet har slutförts förvaras materialet till kursen slut och förstörs därefter.

Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för Dig. Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras.

Om Du vill delta ber vi Dig mejla tillbaka till oss inom 2 veckor. Om Du väljer att delta i studien så undertecknar Du samtyckesblanketten, se nedan.

Studien ingår som ett examensarbete i Specialistsjuksköterskeprogrammet inom akutsjukvård.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss, vår handledare.

Med vänlig hälsning

Anna Jönsson
Leg. Sjuksköterska

Magdalena Övall
Leg. Sjuksköterska

Marie Hübel
Univesitetsadjunkt

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om ”Akut omvårdnad av patient med misstänkt eller konstaterad smitta. Sjuksköterskans upplevelse”

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för min behandling.

Härmed ger jag mitt samtycke till att bli intervjuad och att intervjun spelas in på band.

Underskrift av undersökningsperson

Underskrift av student

Ort, datum

Ort, datum

Underskrift

Underskrift

Telefonnummer

Telefonnummer