

Avancerad nivå
Uppsatskurs 15 hp

HT 19

Vårdpersonalens erfarenheter av att vårda isolerade patienter på akutmottagning

Healthcare professionals' experiences of caring for patients with isolation precautions in the emergency department

Författare: Alicia Karlström

Handledare: Per Ekstrand

Examinator: Berit Seiger Cronfalk

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Långa vårdtider på akutmottagning ökar risken för vårdskada, försämrar patienters välmående och ger ökad mortalitet, vilket också har beskrivits om isolering i slutenvård. Omvårdnaden till dessa patienter är otillräcklig då livshotande tillstånd prioriteras, trots att omvårdnad är ett verktyg för att förebygga vårdskada. Isolering på akutmottagningen är inte tidigare beskrivet. Teorin om byråkratisk omvårdnad används för att skapa förståelse för faktorer som samverkar i sjukvårdsorganisationen och påverkar patienternas omvårdnad. **Syfte:** Syftet var att undersöka vårdpersonalens erfarenheter av vårdskador i samband med vården av patienter som är isolerade på akutmottagning.

Metod: Studien genomfördes med blandad metod och konvergent design. Data insamlades i en webbenkät och 70 personer deltog. Kvantitativa data analyserades med deskriptiv statistik och kvalitativa data analyserades med tematisk innehållsanalys.

Resultat: Vårdskador upplevdes inte vara vanligt förekommande vid isolering på akutmottagningen, men allvarliga händelser och dödsfall förekom. Svårt sjuka patienter upplevdes inte kunna isoleras på grund av risk för patientsäkerheten. Isoleringsbehov förlängde tiden till vårdplats och minskade tillgången på omvårdnad. Det var möjligt att följa isoleringsåtgärder, men hinder fanns såsom brister i lokaler och övervakningsmöjligheter samt kompetensbrist.

Slutsats: Patientsäkerhetsrisker förekommer för patienter som isoleras på akutmottagningen och omfattningen av omvårdnaden minskas för dessa patienter. Akutmottagningar har förmåga att följa isoleringsåtgärder. Förbättringspotential identifierades gällande kompetens och möjligheter att isolera svårt sjuka patienter.

Förslag på vidare forskning: Kartläggning av vårdskador under isolering på akutmottagningen är nödvändigt för att objektivt avgöra problemets omfattning. Intervjuer med patienter föreslås för att tillvarata deras intressen.

Nyckelord: Isolering, patientsäkerhet, akutsjukvård, vårdskada, akutmottagning

ABSTRACT

Background: Prolonged stays in the emergency department (ED), or emergency boarding, increases the risk of healthcare injuries and mortality, and decreases patient well-being, which is also previously described about inpatient isolation. Nursing care for boarding patients holds lower priority than life-threatening conditions, while nursing care is a tool to prevent healthcare injuries. The care of isolated patients in the ED is not previously described in the literature. The theory of Bureaucratic caring is used to describe the factors collaborating in the healthcare organisation and affect nursing care in the ED.

Aim: The study's aim is to examine the health care professionals' experiences of healthcare injuries among patients with isolation precautions in the ED.

Method: The study was conducted using mixed method and convergent design. A web survey was used to collect data. 70 people participated. Quantitative data were analysed with descriptive statistics and qualitative data were analysed with thematic analysis.

Results: Healthcare injuries were not perceived to be commonly occurring during isolation

precautions in the ED, but adverse events and deaths occurred. Isolating severely ill patients was not possible due to patient safety risks. Isolation precautions prolonged the time to inpatient care and reduced availability of nursing care. Providing isolation precautions in the ED was possible, but obstacles occurred such as lack of appropriate facilities, lacking monitoring and insufficient competence.

Conclusion: Patient safety risks occur for isolated patients in the ED, and the extent of nursing care decreases for these patients. EDs have the capacity to provide isolation precautions, but improvement areas were identified regarding competence and ability to isolate severely ill patients.

Further research: Mapping the occurrence of healthcare injuries during isolation in the ED is necessary to objectively determine the extent of the problem. Interviews with patients are suggested to protect patient interests.

Keywords: Isolation, patient safety, emergency care, health care injury, emergency department

INNEHÅLL

Sammanfattning	ii
Abstract	ii
INLEDNING	1
BAKGRUND	2
Patientens vård och väntan på akutmottagningen	2
Smittskydd och epidemier på akutmottagningen	3
Isolering – smittskydd och patientfara	4
Vårdskador	5
Teorin om byråkratisk omvårdnad	6
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE.....	8
METOD.....	8
Design.....	8
Urval.....	8
Datainsamlingsmetod	10
Dataanalys	11
Etiska aspekter.....	12
RESULTAT	13
Kvantitativ analys.....	13
Vårdpersonalens erfarenheter av vårdskador hos patienter under isolering	13
Fördröjd vård till följd av isolering	14
Minskad kontakt med vårdpersonal	17
Avsteg från isoleringsåtgärder.....	18
Sammanfattning av enkätsvaren.....	18
Kvalitativ analys.....	18
Orsaker till avsteg från isoleringsåtgärder	18
Kritiska patienttillstånd	19
Resursbrist.....	19
Utebliven identifiering av isoleringsbehov	20
Aktiva avsteg.....	21

Vårdpersonalens beskrivningar av allvarliga händelser under isolering.....	21
Allvarliga medicinska konsekvenser.....	21
Bristande omvårdnad.....	22
Fallolyckor	22
Sammanfattning av fritextsvar	23
Kvantitativ och kvalitativ syntes	23
DISKUSSION	24
Metoddiskussion.....	24
Metod och design	24
Urval.....	24
Datainsamling och dataanalys	25
Resultatdiskussion.....	26
Erfarenheter av vårdskador	26
Försenad och utebliven vård	27
Väntan på vårdplats	27
Risker vid isolering	28
Slutsats	29
Klinisk betydelse	29
Förslag på vidare forskning.....	29
BILAGOR ss	34
Bilaga 1. Matris för kvalitativ dataanalys	34
Bilaga 2. Enkätfrågor	41
Bilaga 3. Introducerande brev studiedeltagare	43

INLEDNING

Under höst och vinter ökar antalet patienter som söker sjukvård på akutmottagning för smittsamma infektioner. För att skydda andra patienter från smitta placeras patienten i ett eget rum. Den redan sköra och sjukdomspåverkade patienten är utom uppsikt från vårdpersonalen och i många fall inte förmögen att tillkalla hjälp om så skulle behövas. Vid välfungerande isolering har vårdpersonalen möjlighet att, med tillsyn och omvårdnadsåtgärder, säkerställa patientens välmående och patientsäkerhet. I verkligheten kan en sjuksköterska ensam ansvara för ett tjugotal patienter. Under de fem år jag har varit verksam som sjuksköterska på en akutmottagning har det vid flera tillfällen lett till att patienter som isoleras på akutmottagningen försämrats i sitt tillstånd och i vissa fall avlidit. Vid upprepade tillfällen har bristen på tillsyn av den isolerade patienten resulterat i fallolyckor och i att nödvändig omvårdnad försenats eller uteblivit. Det har också resulterat i att patienten, i sin väntan på att få en vårdplats i slutenvård, har blivit återställd av den behandling som givits på akutmottagningen och kan gå hem, dock inte sällan efter att ha vistats mer än ett dygn på akutmottagningen. Det är min erfarenhet att patienter som isoleras på akutmottagningen inte får vård av samma kvalitet som patienter utan isoleringsbehov. Forskning som specifikt behandlar isolering på akutmottagningar saknas, men det är väl förankrat i litteraturen att såväl isolering i slutenvård såväl som förlängda vårdtider på akutmottagning efter det initiala, akuta omhändertagandet medför risker för vårdskada liksom ökad morbiditet och mortalitet, vilket beskrivs vidare i bakgrundsredovisningen. Varje år vårdas ett ansevärt antal personer för smittsamma infektioner på akutmottagning. För att kunna omhänderta dessa patienter patientsäkert och samtidigt minimera risk för smittspridning behövs ett större kunskapsunderlag. Isolering i denna studie definieras som alla kontaktbegränsningar för personer med misstänkt eller bekräftad smitta, från ett behov av enkelsal i smittskyddssyfte till full isolering på rum med luftsluss. Mot denna bakgrund avser studien att undersöka vårdpersonalens erfarenheter av att vårda isolerade patienter på akutmottagning. I denna studie omfattar begreppet vårdpersonal yrkeskategorierna sjuksköterskor, undersköterskor och läkare.

BAKGRUND

I bakgrunden presenteras arbetets centrala begrepp inom problemområdet samt tidigare forskning rörande isolering och vård på akutmottagningen. De centrala begreppen är isolering och vårdskador. Vidare så beskrivs Marilyn Anne Rays teori om byråkratisk omvårdnad för att fördjupa förståelsen för studiens resultat.

Patientens vård och väntan på akutmottagningen

Långa vistelsetider på akutmottagningar har tidigare visats ha ett samband med ökad mortalitet, morbiditet och försämrad kvalitet på vården, till exempel genom fördröjning av omvårdnadsåtgärder och medicinska åtgärder. Lång vistelse på akutmottagningen kan även förlänga den totala vårdtiden och leder ofta till påtagligt minskad tillfredsställelse för patienten (Hoot & Aronsky, 2008; Salehi et al., 2018). Likaså finner Salehi et al. (2018) att en majoritet av de som har förlängd väntan på vårdplats är äldre och multisjuka. Detta gör att den redan sköra patientgruppen äldre och multisjuka löper större risk för allvarliga händelser under vårdtiden.

Även akutmottagningens övriga patienter drabbas om det är en hög belastning av kvarliggande i väntan på vårdplats på akutmottagningen. Trots ett välkänt samband mellan tidig identifiering av sepsis och tidig administrering av vätska och första dos antimikrobiell behandling (Kumar et al, 2006) löper patienter med allvarlig sepsis risk att inte erhålla behandling i tid. Gaieski med flera (2017) visar på ett samband mellan antalet patienter på akutmottagningen i väntan på vårdplats och mortalitet för patienter som söker med allvarlig sepsis. Vid hög belastning på akutmottagningen får patienter med sepsis vänta längre på korrekt behandling, vilket ökade mortaliteten under den fortsatta sjukhusvården. Patienter med sepsis som efter initierad behandling blir kvarliggande på akutmottagningen i väntan på vårdplats riskerar också att få kommande doser av antibiotika försenade. I en studie av Leisman och kollegor (2017) framgick att så många som 33% av patienterna med sepsis fick försenad andra dos av antibiotika, och att detta hade ett starkt samband med bland annat huruvida patienten fick tillgång till vårdplats eller fick stanna på akutmottagningen.

Patienter som blir kvar på akutmottagningen i väntan på vårdplats rapporterar att miljön på akutmottagningen förhindrar sömn och återhämtning. Själva väntan på att få komma till en vårdplats innebär ett lidande. Patienter berättar om att det är viktigt för dem att veta hur lång väntan kan bli, men upplever istället att information från vårdpersonalen blir allt mer bristande under tiden som går, och att väntan präglas av ovisshet. Patienter berättar också att de upplever en hopplöshet i sin situation då de på grund av sitt medicinska tillstånd är tvungna att uthärda väntan, trots att det innebär ett lidande för dem (Liu, Milne, Yun & Walsh, 2015; Han et al., 2016) Likaså rapporterar sjuksköterskor på svenska akutmottagningar att långa vårdtider och hög belastning innebär att mindre tid finns för den basala omvårdnaden, då medicinska och livräddande åtgärder prioriteras. Utöver att det drabbar patientsäkerheten och omvårdnaden blir också sjuksköterskors psykosociala hälsa påverkad, då dessa upplever sig maktlösa i sin arbetssituation (Eriksson, Gellerstedt, Hillerås & Craftman, 2018).

En vanlig orsak till förlängd väntan på vårdplats efter beslut om inläggning är behov av särskilt anpassad vårdplats, exempelvis i form av isolering (Salehi et al., 2018). I en experimentell studie av Kotkowski (2017) utförs en intervention som går ut på att isoleringskraven för patienter med bärarskap av VRE (vancomycinresistenta enterokocker) eller MRSA (meticillinresistenta *Stafylococcus Aureus*) ändras. MRSA och VRE är bakteriestammar som är resistenta mot flera typer av antibiotika och är vanligt förekommande inom sjukvård. Isoleringskraven gäller i interventionen endast de bärare som har pågående riskfaktorer för smittspridning, såsom diarré eller sårinfektion. Resultatet visar att väntetiden på vårdplats minskade för gruppen i stort och bekräftar således att isoleringsbehov kan ge förlängd väntan på vårdplats.

Ovan nämnda fördröjningar till vårdplats är inte i enlighet med svensk lagstiftning. Patientlagen (sfs, 2014:821, 6§) och hälso- och sjukvårdslagen (sfs, 2017:30, kap. 3, 7§) nämner att hela befolkningen har rätt till vård på lika villkor, med respekt för människors lika värde. Likaså skriver Smittskydd Stockholm (2019) i sin regionala handlingsplan för multiresistenta bakterier i öppenvård, slutenvård och på särskilda boenden att patienter med känt bärarskap av MRSA, VRE, ESBL (extended spectrum beta-lactamas) och/eller ESBL-carba (extended spectrum beta-lactamas och carbapenemas) ska tillhandahållas vård på samma villkor som patienter utan bärarskap. ESBL är benämningen för en grupp tarmbakterier som tillverkar enzymet betalaktamas, med förmåga att spjälka antibiotika tillhörande grupperna cefalosporiner och penicilliner. ESBL-carba tillverkar dessutom enzym som förstör karbapenemer, den antibiotikagrupp som ofta är det enda tillgängliga behandlingsalternativet vid ESBL-infektion (Folkhälsomyndigheten, 2013). Vid de tillfällen handlingsplanen avseende smittskyddande åtgärder inte kan efterföljas, exempelvis vid brist på enkelsalar, menar Smittskydd Stockholm (2019) att det medicinska behovet ska prioriteras.

Smittskydd och epidemier på akutmottagningen

Vid ankomst till akutmottagningen har få patienter en fastställd diagnos, vilket vid infektiösa sjukdomar också innebär ett okänt agens. Således inleds många vårdtillfällen med att smittskyddande åtgärder behöver vidtas i väntan på att ett agens påvisats, eller att de mest virulenta och smittsamma uteslutits. Exempelvis behöver patienter som uppvisar symptom på mag- och tarminfektion behöver isoleras till dess att norovirus och *Clostridioides difficile* (tidigare *Clostridium*) uteslutits som agens. Norovirus är ett virus med hög smittsamhet då det utsöndras i stora mängder i kräkning och avföring. Det är också ett virus med stor förmåga till överlevnad då det dels kan överleva i miljön utanför värden, dels för att sedvanlig, alkoholbaserad hand- och ytdesinfektion inte avdödar viruset (Folkhälsomyndigheten, 2014). Tillika är *Clostridioides difficile* en tarmbakterie som har hög smittsamhet då den bildar sporer med hög överlevnadsförmåga i patientens omgivning (Folkhälsomyndigheten, 2019).

Norovirus är den vanligaste orsaken till mag- och tarminfektion på amerikanska sjukhus (Cardemil, Parashar & Hall, 2017), och i en studie av vårdtillfällen på akutmottagningar i Danmark påvisades norovirus eller *Clostridioides difficile* hos 19% av patienterna som uppvisat symptom på gastroenterit (Skyum, Andersen, Chen, Pedersen & Mogensen, 2018).

På grund av den höga smittsamheten leder norovirus inte sällan till utbrott i form av säsongsbetonade epidemier i samhället och lokalt inom sjukvården. Uteblivna smittskyddsåtgärder kan därmed få stora konsekvenser för drabbade patienter såväl som för sjukvårdens logistik (Cardemil, Parashar & Hall, 2017). Likaså är identifikationen av orsakande agens av vikt för att kunna utvärdera behovet av fortsatt isolering (Skyum, Andersen, Chen, Pedersen & Mogensen, 2018).

Ytterligare en sjukdom som årligen ger hög sjukdomsburda är influensa. En studie av influensasäsongens påverkan på verksamheten på en akutmottagning i Schweiz visade en ökad väntetid på akutmottagningen för patienter med positivt influensaprov. Detta innebar en påtagligt ökad arbetsburda för akutmottagningens personal. Även patienter med behov av inneliggande vård som testades negativt för influensa fick en förlängd vårdtid på akutmottagningen, med en mediantid på 24,8 timmar. Medeltiden för väntan på vårdplats på intensivvårdsavdelning eller intermediärvårdsavdelning var 38,5 timmar för patienter med positivt influensaprov. Behovet av intensivvård eller intermediärvård hade emellertid uppstått i väntan på vårdplats i lägre vårdnivå, då patienternas tillstånd försämrats. Vid de tillfällen behov av intensivvård identifierades vid ankomst till akutmottagningen erhöll patienterna vårdplats trots misstanke om influensa. Patienter med misstänkt influensa upptog cirka 16% av sängplatserna på akutmottagningen, oavsett om de hade behov av inneliggande vård eller kunde återgå till hemmet. (Beysard, Yersin, Meylan, Hugli & Carron, 2018). Även i detta fall är det avgörande att snabbt kunna avfärda eller bekräfta misstänkt agens. Tidig identifikation innebär förbättrad effekt av behandling och minskad mortalitet till patientens vinning. Det innebär också frigörandet av isoleringsrum och undersökningsrum på akutmottagningen, liksom minskad väntan på vårdplats i de fall misstanken om influensa kunnat avskrivas (Brachmann, Kikull, Kill & Betz, 2019).

Isolering – smittskydd och patientfara

Isolering är ofta en nödvändig åtgärd för att undvika smittspridning, och används i olika grad för flera olika tillstånd av smitta eller misstänkt smitta. Det finns ingen gemensam definition av isolering och begreppet, liksom tillämpningen, används på olika vis i kliniken. I en artikel jämför Vuichard Gysin, Cookson, Saenz, Dettenkofer och Widmer (2018) åtgärder som används för att hindra nosokomial spridning av multiresistenta organismer, där organismerna och deras smittvägar är väl kartlagda. Trots kända smittvägar används varierande former av kontaktåtgärder och/eller isolering, såsom inga kontaktåtgärder alls, isolering på enskild sal, kohortvård, och användning av både handskar och förkläde vid inträde i patientrummet. Kohortvård innebär att en grupp av patienter med samma smittsamma sjukdom vårdas av särskilt avsedd personal, avskilt från andra patienter (Folkhälsomyndigheten, 2014).

I en litteraturoversikt av Abad, Fearday och Safdar (2010) framkommer att isoleringsåtgärder har en negativ påverkan på patientens psykiska och fysiska välmående. Patienter i isolering rapporterar i högre grad symptom på depression och ångest än patienter som inte isoleras. Patientsäkerheten påverkas likaså i negativ riktning, då isolerade patienter i högre utsträckning drabbas av allvarliga incidenter, såsom trycksår, fall och

vätskebalansrubbing. Studier har också visat att sjukvårdspersonal interagerar med isolerade patienter vid färre tillfällen än med patienter som inte är isolerade (Abad, Fearday & Safdar, 2010). Dessa fynd bekräftas i en litteraturoversikt av Morgan, Diekema, Sepkowitz och Perencevich (2009) som undersöker oönskade effekter av kontaktåtgärder (contact precautions), där patienten inte nödvändigtvis är strikt isolerad, men åtgärder sätts in för att minska risken för kontaktsmitta av exempelvis multiresistenta bakteriestammar. Även dessa åtgärder ökar risken för allvarliga händelser, försämrar patientens välmående och minskar antalet kontakttillfällen mellan personal och patient.

Vårdskador

Som ovan nämnt är patienter under isolering särskilt utsatta för risk för flera typer av vårdskador (Abad, Fearday & Safdar, 2010; Morgan et al., 2009). En vårdskada är skada eller sjukdom som uppstår under vårdtiden, till följd av exempelvis ingrepp eller bristande omvårdnad. Detta leder inte bara till lidande för patienten som drabbas, utan även omfattande kostnader genom bland annat förlängda vårdtider. Kostnaden för sjukdomar och skador uppkomna i vården beräknas till cirka nio miljarder årligen. Därutöver bidrar en liten andel av vårdskadorna till att patienten avlider. I en journalgranskning gjord av SKL (2018) redovisas att det i 0,1% av de granskade fallen varit en undvikbar vårdskada som bidragit till patientens död. Procentuellt är det ett ytterst fåtal, men på nationell nivå innebär det att 1400 personer avlider årligen till följd av förebyggbara vårdskador. Så många som 60% av alla vårdskador bedöms vara undvikbara.

En av de vanligast förekommande skadorna som uppstår i vården är trycksår. Prevalensen av trycksår i akutsjukvården uppmättes år 2013 till 16,1% och på äldreboenden 11,8% (SBU, 2014). I en journalgranskning finner SKL (2018) att trycksår uppkommit i 1,1% av vårdtillfällena år 2013. Trycksår benämns i samma rapport som en lindrig vårdskada (SKL, 2018), men innebär inte desto mindre lidande för patienten. Trycksår kan innebära kraftig smärta och långvariga behandlingar. Patienter som drabbas av trycksår upplever ofta försämrad livskvalitet och rapporterar om känslor av frustration, ilska och sorg. Både under och efter behandling behöver trycksåret avlastas och detta kan innebära obekväma vilopositioner för patienten (Langemo, Melland, Hanson, Olson & Hunter, 2000; SBU, 2014). Prevention av trycksår är väl beskrivet i litteraturen och det finns flertalet vedertagna riskbedömningsverktyg för att identifiera riskfaktorer och vidta förebyggande åtgärder. Den huvudsakliga åtgärden är tryckavlastning genom lägesändring och avlastande underlag. Det är också av vikt att hålla huden torr och ren, i synnerhet vid inkontinens då urin och avföring har frätande egenskaper. Det är således möjligt att förebygga trycksår med korrekt planerad och utförd omvårdnad (SBU, 2014).

Ytterligare en typ av vårdskada som till stor del är förebyggbar är fallskador. Fallskador utgör ca 5% av vårdskadorna. Incidensen för fallskador bland granskade vårdtillfällen år 2013 till 2017 var 0,8%. Dessa utgör enbart de tillfällen då fallet lett till direkt fysisk skada för patienten, och motsvarar alltså inte det totala antalet rapporterade fallolyckor eller falltillbud som förekom i granskningen (SKL, 2018). Ungefär 20–50% av fallolyckorna leder till någon form av fysisk skada. Fallolyckor i sjukvården varierar i frekvens beroende på typen av enhet.

Det står däremot klart att fallrisken är mångdubbelt högre för patienten på sjukhus än i det egna boendet, ofta på grund av akut sjukdom och läkemedelsbiverkan (SKL, 2011). Så många som 7% av höftfrakturer inträffar när patienten redan är inlagd på sjukhus, och innebär en omfattande vårdskada med hög morbiditet såväl som mortalitet (Foss, Palm & Kehlet, 2005). De fall som inte leder till direkt fysisk skada också leda till lidande. Patienter som tidigare har fallit har ökad rädsla för nya fallolyckor, och begränsas därför i sin mobilitet och självständighet. Begränsningar i fysisk aktivitet leder i sin tur till tilltagande fysisk skörhet, och ökar därför den reella risken för fallolyckor (Delbaere, Crombez, Vanderstraeten, Willems & Cambier, 2004; Cumming, Salkeld, Thomas & Szonyi, 2000). Många olika metoder används i fallprevention på sjukhus såsom miljöanpassning, golvlarm med rörelsesensorer, riskbedömningsinstrument, markering av patienter med särskild fallrisk och revidering av läkemedelsbehandlingar. Inga av dessa metoder har stark evidens, men exempelvis miljöanpassning används enligt beprövad erfarenhet inom omvårdnad (Cameron, Dyer, Panagoda, Murray, Hill, Cumming & Kerse, 2018). Ett begrepp som används för att beskriva skydd mot vårdskador är patientsäkerhet (Socialstyrelsen, 2013). Patientsäkerhet präglas av aktivt, systematiserat arbete med preventiva åtgärder mot vårdskador och rapportering av avvikelser vid vårdskada eller risker för patientens säkerhet.

Teorin om byråkratisk omvårdnad

Trots att några av omvårdnadens principer är att lindra lidande och att inte göra skada är just skador och lidande, som ovan beskrivet, något som inträffar under sjuksköterskans vård. En teori som faciliterar förståelse för den komplexa verklighet i vilken sjuksköterskan verkar är Marilyn Anne Rays teori om byråkratisk omvårdnad (Ray & Turkel, 2015). Teorin uppkom när Ray genomförde en etnografisk studie av kulturen på ett sjukhus. Informanter som var verksamma på olika enheter hade vitt skilda beskrivningar av innebörden av omvårdnad. Omvårdnad beskrevs i termer om strukturer och processer i den komplexa sjukhusorganisationen. Det vårdande mötet mellan sjuksköterska och patient hade inte bara humanistiska, sociala, etiska eller spirituella egenskaper, utan präglades även av strukturer, politik, ekonomi, lagar och teknologi. I den initiala studien uppgavs ekonomi och politik som det som hade starkast inflytande över sjuksköterskans omvårdnadsarbete, följt av lagar och teknologi, för att slutligen påverkas av sociala, etiska och spirituella faktorer. I senare bearbetning av teorin kommer Ray fram till att omvårdnad i sig utgörs av de spirituella, etiska egenskaper som beskrivits i den initiala studien, men med lika stort inflytande av de andra värdena.

Innebörden av teorin om byråkratisk omvårdnad är att den beskriver sjuksköterskans omvårdnadsarbete som mer än enbart sjuksköterskans vårdande relation med patienten där empati, värdighet, etik, rättvisa och kunskapsbaserade åtgärder är centrala. Ray & Turkel (2015) skriver att sjuksköterskans arbete traditionellt har definierats som kunskapsbaserat vårdande, medan omvårdnadsarbetet och dess mening i modern tid också definieras inom den organisatoriska kontext i vilken sjuksköterskan verkar. Omvårdnad sker inte i ett vakuum utan är en del av ofta stora, komplexa organisationer eller byråkratier. Byråkratier har historiskt

uppfattats som rigida och begränsade, men kan också utgöra effektiva organisationer av komplexa system. Ray och Turkel (2015) redogör för teorins praktiska implikationer som en medvetenhet hos sjuksköterskan för att bättre kunna förstå och jämka paradoxerna mellan byråkratins krav och omvårdnadens kvalitet. Exempelvis kan en sjukvårdsorganisation som ett sjukhus eftersträva minskade ekonomiska utgifter genom att minska antalet sjuksköterskor. Det finns evidens som talar för att antalet sjuksköterskor påverkar patientsäkerheten, och att högre personaltäthet minskar antalet vårdskador och leder till bättre utgångar för patienten. Brister i omvårdnad och vårdskador leder till förlängda vårdtider och ökade kostnader. För ett etiskt beslutsfattande i den komplexa organisationen är sjuksköterskans kompetens värdefull. Teorin syftar således till att synliggöra tidigare osynliga dimensioner omvårdnad och deras interdependens. Omvårdnad och dess etiska, spirituella värden är beroende av ekonomi, politik, teknologi och lagar för dess framgång, men dessa är, inom sjukvårdsorganisationen, också beroende av omvårdnad (Ray & Turkel, 2015).

Implikationerna för teorins användande i denna studie är att bättre förstå hur vårdskador kan tillåtas uppstå om vårdpersonalen som vårdar patienter under isolering syftar till att lindra lidande och att inte göra skada. Akutmottagningar är i sig komplexa organisationer, som verkar i och tillsammans med ytterligare mer omfattande organisationer. Verksamheten och omvårdnaden som sker på akutmottagningen påverkas i hög grad av faktorer bortom det faktiska mötet mellan patient och vårdpersonal. Exempelvis påverkar politiska beslut som begränsar tillgängligheten av andra vårdnivåer hur många patienter som söker akutsjukvård, ekonomiska begränsningar påverkar antalet vårdpersonal som arbetar, och utbildningsmässiga förutsättningar påverkar vad för kompetens den tillgängliga vårdpersonalen har. Teorin används i denna studie för att belysa dessa faktorer i resultatdiskussionen.

PROBLEMFORMULERING

Var för sig innebär förlängda vårdtider på akutmottagningen och isoleringsåtgärder stora risker för patientsäkerheten och patientens välmående. Isoleringsåtgärder i slutenvård har visat sig ge ökad risk för vårdskador, leder till färre kontakttillfällen med vårdpersonal och korrelerar med psykisk ohälsa. Långa vårdtider på akutmottagningen i väntan på vårdplats, eller så kallad boarding, är förknippat med lidande för den väntande patienten. Långa väntetider innebär också risk för allvarlig försämring, förlängt behov av ineliggande vård, uteblivna eller försenade medicinska åtgärder och omvårdnadsåtgärder samt ökad mortalitet. Hög belastning på akutmottagningen med långa väntetider medför dessutom påverkan på vårdpersonalens upplevelse av kontroll och skapar etisk stress. Behov av isolering leder till ytterligare förlängd väntan på vårdplats för patienten med behov av ineliggande vård. Kunskap kring vård under isolering på akutmottagningen behövs för att kunna omhänderta patienter korrekt ur en smittskyddande synpunkt, samtidigt som hänsyn tas till patientens hälsa och välmående. Det är inte tidigare undersökt huruvida de kända, negativa konsekvenserna av isoleringsåtgärder inom slutenvården kan återfinnas vid isoleringsåtgärder på akutmottagningen. Det saknas därutöver helt beskrivningar i tidigare forskning av hur vårdpersonal uppfattar vården av isolerade patienter på akutmottagningen. Med dessa

utgångspunkter är studiens fokus att ta reda på hur vårdpersonalens erfarenheter av vårdskador i samband med vården av isolerade patienter på akutmottagning.

SYFTE

Syftet med studien var att undersöka vårdpersonalens erfarenheter av vårdskador i samband med vården av patienter som är isolerade på akutmottagning och att undersöka vårdpersonalens erfarenhet av möjligheterna till följsamhet till isoleringsåtgärder på akutmottagning.

METOD

Metoden som valts för studien utgör en blandad metod, så kallad *mixed method*. Detta innebär att både kvantitativ och kvalitativ metod tillämpas i en och samma studie för att fynden av de båda ansatserna sedan ska integreras i en gemensam slutsats. Blandad metod tillåter en dynamisk och mer fullständig förståelse av ett fenomen, då forskaren inte avgränsas till enskilda metodens begränsningar, utan kvantitativa och kvalitativa ansatser tillåts komplettera varandra. Kvalitativ metod bidrar till en utförligare förståelse och beskrivning av de kvantitativa fynden, med metodens mer utforskande karaktär. Blandad metod kan också stärka fyndens validitet, om dessa har stöd i flera typer av data (Polit & Beck, 2017). I denna studie utnyttjas fördelen med blandad metod genom att kunna pröva företeelser som är kända kring vård av isolerade patienter i slutenvården med hjälp av kvantitativ metod, men i en kontext som är utforskad.

Design

I studien tillämpas konvergent design. Designen innebär att kvalitativa och kvantitativa data insamlas simultant och med lika hög prioritet, och analyseras parallellt. Resultatet av analyserna jämförs och sammanslås för att nå en övergripande förståelse av det undersökta området. Vidare tillämpas en deskriptiv ansats för både kvalitativ och kvantitativ analys. Den kvantitativa analysen genomfördes med deskriptiv statistik, vars syfte är att summera och beskriva kvantitativa data (Polit och Beck, 2017). Likaså var syftet med den deskriptiva ansatsen gällande kvalitativ analys att beskriva det explicita i data, i kontrast mot en tolkande ansats (Braun & Clarke, 2006).

Urval

Respondenterna utgjordes av sjuksköterskor, undersköterskor och läkare som arbetar på akutmottagningar, då dessa har erfarenhet av att vårda patienter på akutmottagning med misstänkt eller bekräftad smittsam sjukdom som föranleder isoleringsåtgärder. En geografisk avgränsning gjordes till Stockholms län på grund av dess geografiska tillgänglighet för författaren, och är därför att betrakta som ett bekvämlighetsurval (Polit & Beck, 2017). Urvalet av deltagare baserades likaså på tillgänglighet, och inklusionskriterierna utgjordes av att respondenter skulle vara sjuksköterskor, undersköterskor och läkare samt ha erfarenhet av fenomenet, vilket också specificerades i det introducerande brev som potentiella deltagare erhöll. Ingen avgränsning gjordes gällande längd på arbetserfarenhet. Under september månad

år 2019 kontaktades verksamhetschefer för samtliga sju akutmottagningar för vuxna i Stockholms län, i syfte att få tillgång till respondenter. Verksamhetscheferna erhöll en beskrivning av studien och fyra akutmottagningar valde att medverka. Verksamhetscheferna distribuerade därefter epost med information om studien och en länk till webbenkäten till anställda vid respektive klinik. På grund av ett initialt lågt antal respondenter togs ånyo kontakt med verksamhetscheferna för de fyra deltagande akutmottagningarna som bistod med att skicka ut en påminnelse om studien via epost.

Inklusionen av ett större antal kliniker och tillgång till ytterligare deltagare hade kunnat lyfta studiens generaliserbarhet och underlätta för randomisering. På grund av rekryteringsmetoden förutsattes ett stort bortfall, och ett randomiserat urval hade med stor sannolikhet blivit för litet för att anses vara representativt (Polit & Beck, 2017). Med anledning av studiens tidsbegränsning gjordes inte heller någon ansats att inkludera fler akutmottagningar och därmed fler deltagare. Vårdpersonal vid akutmottagningar i Region Stockholm inkluderades om de gav sitt medgivande att delta i studien. Urvalet baserades på deltagare från flera olika akutmottagningar för att inte påverkas av lokala rutiner kring isolerade patienter, förutsättningar i olika upptagsområden eller kriterier för intag på akutmottagningen såsom remisstväng.

Totalt tillfrågades 384 personer om deltagande, varav 70 personer deltog. En överblick över respondenternas demografi återfinns i tabell 1–3. En majoritet om 45 personer (64,29%) uppgav att de arbetar som sjuksköterskor, 12 personer (17,14%) var undersköterskor och 13 personer (18,57%) var läkare. Merparten av respondenterna (62%) har en yrkeserfarenhet i nuvarande yrkesroll som överskrider fem år, och 31,4% uppgav att de har mer än tio års yrkeserfarenhet. Könsfördelningen var 54 (77,14%) kvinnor, 15 (21,43%) män och en person (1,43%) ville ej uppge könstillhörighet.

Tabell 1. Yrkeskategorier respondenter

Yrkeskategori	
Sjuksköterska	45 (64%)
Undersköterska	12 (17%)
Läkare	13 (18,5%)

Tabell 2. Yrkeserfarenhet respondenter

Yrkeserfarenhet	
1–3 år	19 (27%)
3–5 år	7 (10%)
5–8 år	11 (15,7%)
8–10 år	11 (15,6%)
>10 år	22 (31%)

Tabell 3. Könstillhörighet respondenter

Könstillhörighet	
Kvinna	54 (77%)
Man	15 (21%)
Annat	0 (0%)
Vill ej uppge	1 (1,4 %)

Datansamlingsmetod

Datansamlingen genomfördes genom en webbenkät i enkätprogrammet SurveyMonkey. Webbenkäten gav möjlighet att nå många deltagare spritt i Stockholms län på ett kostnads- och tidseffektivt sätt. Insamlingsmetoden möjliggör total anonymitet för respondenterna, vilket också medför att risken för jäviga svar minskar. Respondenter kan ha lättare för att lämna sanningsenliga svar om de själva får fylla i en enkät, till skillnad från om frågorna ställs av en intervjuare. Det kan vara till följd av så kallad *participant bias*, vilket innebär att deltagare beter sig eller svarar så som de förväntar sig att forskaren vill att de gör. Risken för *participant bias* kan minska när forskaren inte kan utröna vilken deltagare som lämnat vilka svar, eller då direkt interaktion mellan deltagare och forskare saknas (Polit & Beck, 2017). Eftersom området är mycket sparsamt undersökt tidigare så saknas relevanta, validerade verktyg eller frågeformulär. Av den anledningen utformades ett nytt frågeformulär (se bilaga 2) i vilken vårdpersonalens erfarenheter efterfrågas. För att säkerställa frågornas tydlighet och relevans gjordes en pilotstudie på tre personer med erfarenheter som motsvarade inklusionskriterierna. Därefter korrigerades enkäten med hjälp av pilotdeltagarnas synpunkter. Ett introducerande brev och länken till enkäten förmedlades genom epost till potentiella respondenter via chefer för de aktuella klinikerna. I enkäten efterfrågades demografiska data om respondenten för möjlighet att beskriva urvalet. Enkäten var tillgänglig för respondenterna från 20 september till 16 oktober 2019. Datansamlingen var planerad att avslutas den tredje oktober 2019, men då få hade svarat skickades en påminnelse ut via kontakterna på akutmottagningarna och tiden för datansamling förlängdes.

Flervalsfrågor följde där respondenten, utifrån sin erfarenhet, rankade förekomsten av de problem som beskrivs i litteraturen kring isolering såsom fallolyckor, trycksår och andra allvarliga händelser. Svaren placerades på en likertskala med svarsalternativen *aldrig*, *sällan*, *ibland*, *ofta* och *alltid*. *Aldrig* innebär att händelsen inte har inträffat, *sällan* avser att händelsen skett någon enstaka gång eller endast undantagsvis. Med *ibland* menas att händelsen inträffar då och då eller emellanåt, *ofta* avser någonting som inträffar upprepade gånger med kort intervall, och *alltid* beskriver någonting som sker vid varje enskilt tillfälle. I enkäten fanns även tre öppna frågor där deltagaren fick lov att svara i fritext. Frågor med svarsalternativ ger högre svarsfrekvens än öppna frågor, medan öppna frågor kan ge en mer omfattande förståelse av fenomenet. Öppna frågor kan användas i genomgående kvantitativa studier, då data kodas, kategoriseras och placeras i tabeller för beräkning (Polit & Beck, 2017). I denna studie analyseras fritextsvar från öppna frågor enligt en kvalitativ analysmetod.

Såsom redovisas i tabell 4 förekom ett mindre antal interna bortfall från de slutna frågorna i enkäten. Bortfallen bestod av överhoppade frågor men också ogiltiga svar, exempelvis där

respondenten valt flera svarsalternativ. En stor andel respondenter avstod att besvara de öppna frågorna, men inga svar var här att betrakta som ogiltiga. Numreringen på frågorna i tabellen motsvarar den nummerordning frågorna hade i enkäten, se bilaga 2.

Tabell 2. Internt bortfall

Fråga	Frågetyp	Bortfall	Ogiltiga svar	Antal svar
1	Sluten	0	0	70
2	Sluten	0	0	70
3	Sluten	0	0	70
4	Sluten	2	0	68
5	Sluten	1	0	69
6	Öppen	30	0	40
7	Sluten	0	0	70
8	Sluten	3	0	67
9	Sluten	0	0	70
10	Sluten	0	0	70
11	Öppen	56	0	14
12	Sluten	0	0	70
13	Sluten	0	0	70
14	Sluten	0	0	70
15	Sluten	0	1	69
16	Sluten	0	1	69
17	Öppen	61	0	9

Dataanalys

Efter avslutad enkätundersökning exporterades data från SurveyMonkey till programmet Microsoft Excel i vilket dataanalysen utfördes. Kvantitativa data bearbetades med deskriptiv statistik för att ta fram percentiler i syfte att summera och beskriva kvantiva data, och dessa presenterades i diagram. På grund av att data insamlats i likertskala, där intervallen på skalan inte är av bestämd storlek, var möjligheten till vidare statistisk analys begränsad (Polit & Beck, 2017) men inte nödvändig för att besvara studiens syfte. Kvalitativa data analyserades med tematisk analys så som den beskrivs av Braun och Clarke (2006). Innan datainsamling och analys kunde börja beslutades, i enlighet med metodbeskrivningen för tematisk analys, huruvida analysen skulle vara teoretiskt driven eller datadriven, och alltså induktiv (Braun & Clarke, 2006). I denna studie bedrevs datainsamling och dataanalys mot en teoretisk bakgrund, med stöd i tidigare forskning.

Vidare valdes att teman som identifieras skulle vara semantiska, eller förekomma explicit i respondenternas svar, snarare än att tolkas genom antaganden om meningen i svaren. Detta för att undvika allt för stor partiskhet som enskild tolkare av data, men också på grund av att fritextsvaren är koncentrerad i sin kvalitet. Fortsatt vidtogs följande steg för den tematiska

analysen, i enlighet med Braun & Clarke (2006):

1. Fritextsvaren, bestående av totalt 63 enskilda svar, lästes upprepade gånger i sin helhet för att göra materialet bekant och idéer antecknades om vad som var intressant med innehållet.
2. Utdrag ur fritextsvaren organiserades i koder som matchades med citat ur respondenternas svar. Koder ska inte misstas för tematisering av data, utan är betydligt smalare än de teman som identifieras i nedan följande analysfas.
3. Koderna sorterades i potentiella teman. Teman baserades inte enbart på förekomst i fritextsvaren, utan fångade något viktigt i svaren i relation till frågeställningen eller visade på mönster.
4. Teman bearbetades genom att stöd för teman eftersöktes i alla fritextsvar som helhet. Vissa teman hade gemensamma egenskaper men fick förbli separata då de också hade väsentliga skillnader. Data lästes återigen i sin helhet för att potentiellt viktiga delar inte skulle missas.
5. Meningen med varje tema identifierades genom att det som var intressant i temat togs tillvara på och varför. För varje tema genomfördes en egen analys av temats betydelse i förhållande till frågeställningen och beskrevs sedan i löpande text. Temana namngavs därefter. Den tematiska analysprocessen redovisas i bilaga 1.

Etiska aspekter

Studiens projektplan är etiskt prövad och godkänd av Röda Korsets Högskola genom ifyllande av en blankett för etikredovisning/etikprovning vid empiriska examensarbeten på grund- och avancerad nivå. Tillstånd inhämtades från berörda klinikers verksamhetschefer innan påbörjandet av rekryteringen. Etiska överväganden hanterades i enlighet med Vetenskapsrådets (2002) forskningsetiska principer. De forskningsetiska principerna omfattar krav på information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande. Vetenskapsrådet uppger att undersökningsdeltagare och andra berörda av forskning ska informeras om deras roll i forskningen, studiens syfte och övergripande upplägg, villkoren för deltagande och frivillighet till deltagande. Enligt de forskningsetiska principerna ska samtycke inhämtas av deltagare, som bör ges tillräcklig information för att kunna ta ställning till sitt deltagande. Deltagare ska också kunna återta sitt samtycke och avbryta sitt deltagande utan risk för negativa följder (Vetenskapsrådet, 2002). I enlighet med informations- och samtyckeskravet erhöll tillfrågade respondenter ett introducerande brev (se bilaga 3) till undersökningen på epost via sin arbetsplats. I brevet informerades deltagaren om att deltagandet var frivilligt och kunde avbrytas när som helst utan risk för repressalier. Respondenterna informerades skriftligen innan påbörjandet av enkäten om uppskattad tidsåtgång till deltagandet, och att de genom sitt genomförande av enkäten gav samtycke till deltagande. Uppgifter om deltagare ska enligt konfidentialitetskravet hanteras med konfidentialitet, på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av dem. Uppgifter som har insamlats i forsknings syfte får inte utlämnas för andra ändamål enligt nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). Inga personuppgifter eller kontaktuppgifter till deltagaren samlades in och deltagandet i studien var således helt

anonymt. Distributionen av enkäten gjordes genom att verksamhetscheferna som godkänt klinikkens deltagande skickade epost till anställda. Således behövde inga epostadresser insamlas. Demografiska data såsom yrke, kön och arbetsplats efterfrågades. De uppgifter som insamlades förvarades lösenordskyddat på privat hårddisk och var bara tillgängliga för behöriga i studien, då även anonymiserade data kan innehålla uppgifter som är igenkännliga. Materialet förstördes efter studiens genomförande.

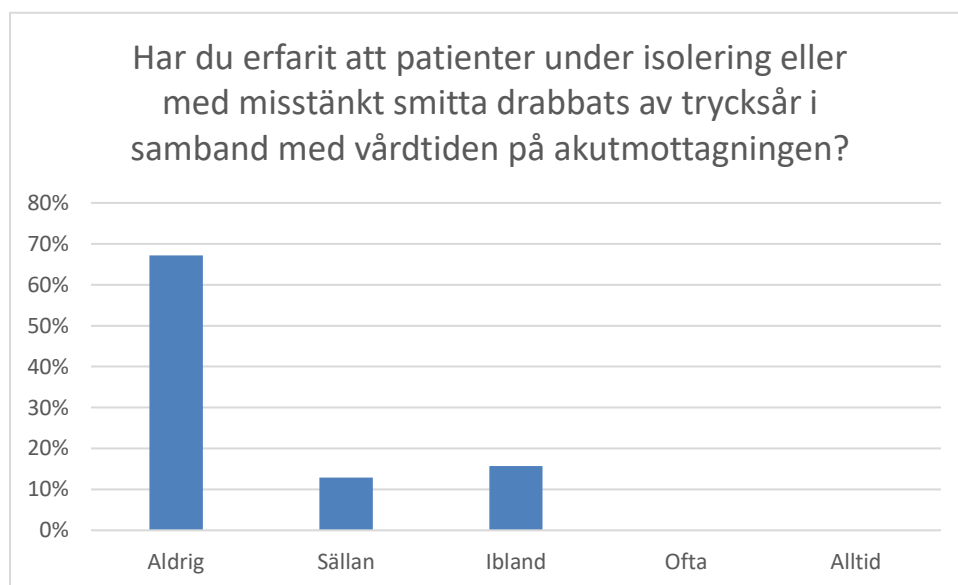
RESULTAT

Redovisningen av de kvantitativa svaren på enkäten presenteras nedan i löpande text och i diagram för att förtydliga fördelningen av respondenternas svar. Därefter presenteras resultatet av den tematiska analysen av fritextsvaren i löpande text tillsammans med citat från respondenternas svar. Slutligen redovisas syntesen av den kvantitativa och kvalitativa analysen.

Kvantitativ analys

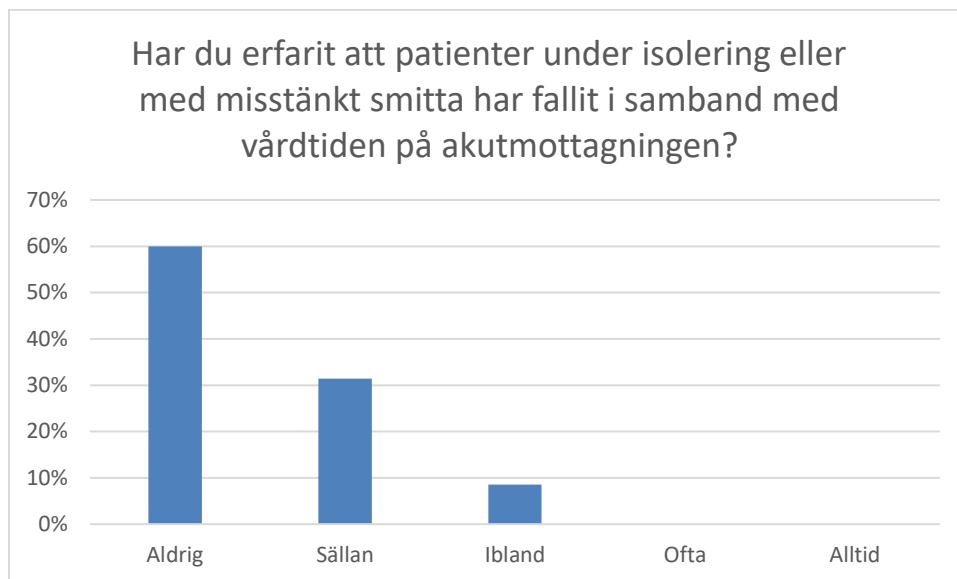
Vårdpersonalens erfarenheter av vårdskador hos patienter under isolering

Få respondenter uppgav sig ha erfarenhet av uppkomna vårdskador hos patienter under isolering på akutmottagningen. En majoritet om 67% (n=47) svarade att de aldrig erfärit att patienter fått trycksår under isolering på akutmottagningen, medan ytterligare 13% (n=9) svarade att detta sällan sker, och 16% (n=11) att det sker ibland, vilket vidare redovisas i figur 2.1.



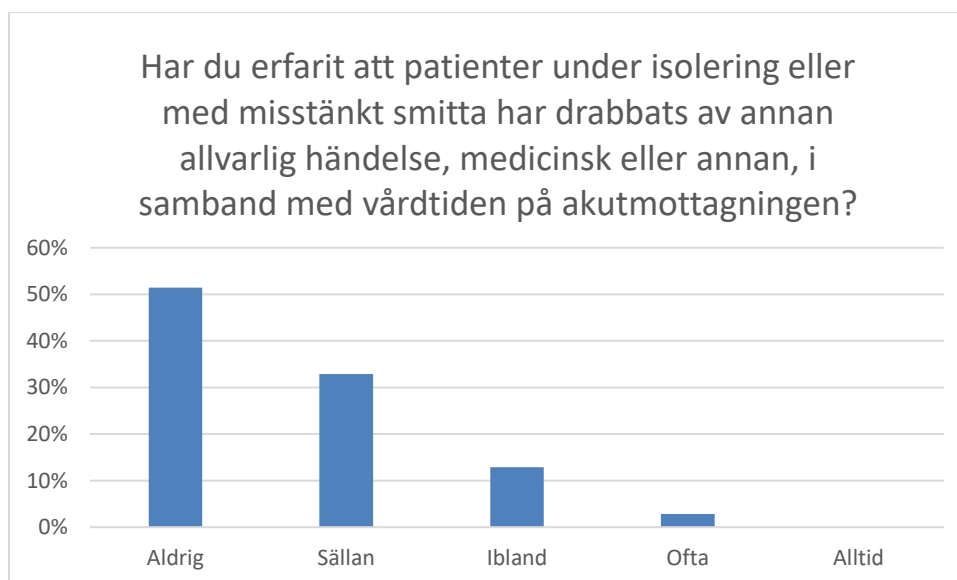
Figur 2.1 Trycksår

Vid frågan om erfarenhet av fallolyckor hos patienter under isolering på akutmottagningen uppgav 60% (n=42) av respondenterna att de helt saknade erfarenhet av att fallolyckor ska ha förekommit, 31% (n=22) att det sker sällan och 9% (n=6) att det sker ibland. Ingen respondent uppgav erfarenhet av att fallolyckor inträffar ofta eller alltid.



Figur 2.2 Fall

Vad gäller allvarliga händelser som drabbat patienter som vårdats under isolering på akutmottagningen förekom erfarenhet av att detta ska ha inträffat *ofta* hos 3% av respondenterna (n=2). Ingen av respondenterna hade erfarenhet av att allvarliga händelser *alltid* sker. Den största andelen respondenter svarar dock att allvarliga händelser *sällan* förekommer, motsvarande 33% (n=23) eller *aldrig*, motsvarande 51% (n=36).

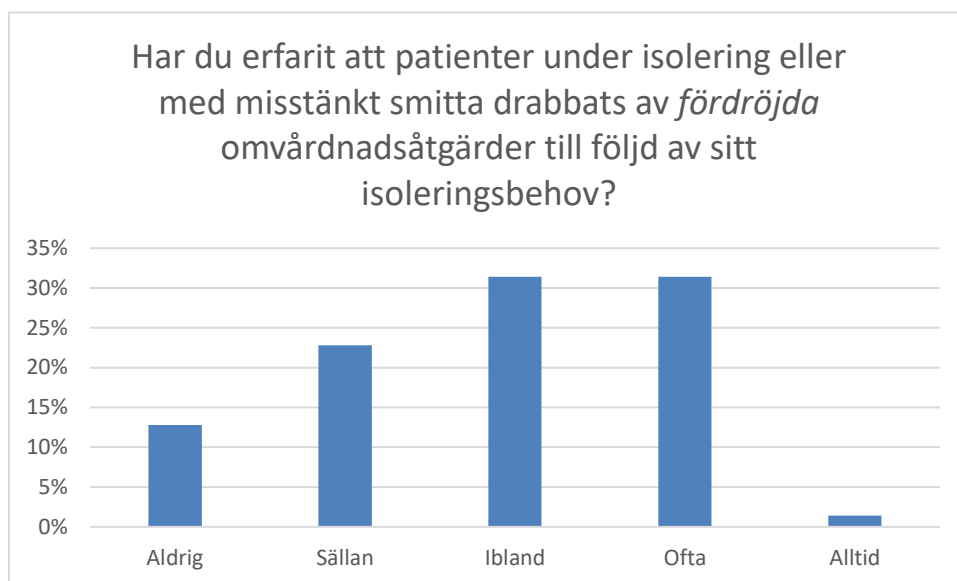


Figur 2.3 Allvarliga händelser

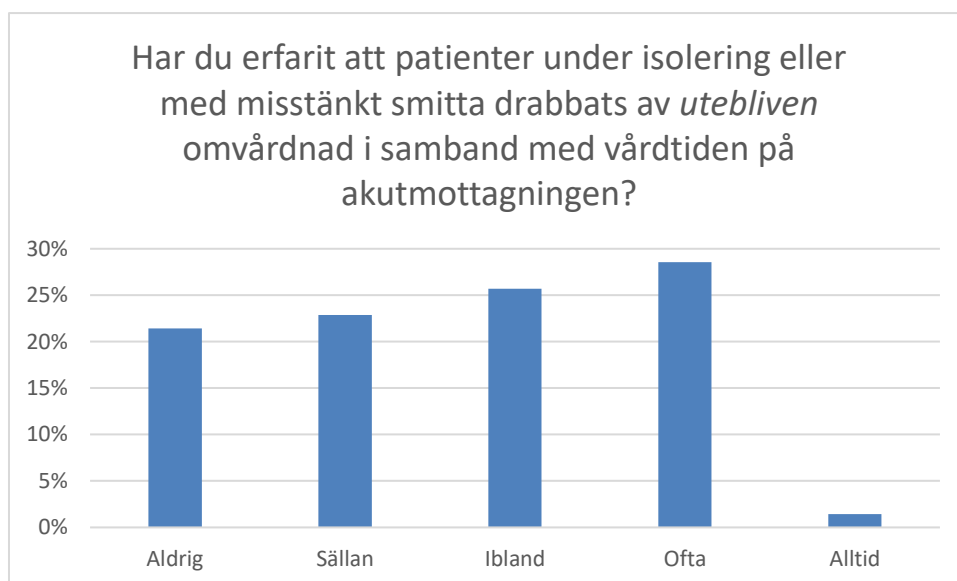
Fördröjd vård till följd av isolering

En allvarlig konsekvens som vårdpersonalen rapporterade att patienter under isolering drabbades av är fördröjda och uteblivna vårdinsatser. I störst grad erfor respondenterna att omvårdnadsinsatser fördröjdes *ofta* (n= 22) och *ibland* (n=22) i samband med isolering, medan ett mindre antal respondenters erfarenhet är att detta sker *sällan* (n=16) eller *aldrig* (n=9). Erfarenheten hos respondenterna är därutöver i ännu högre grad att omvårdnad helt

uteblir till följd av isolering på akutmottagningen, då så många som 20 respondenter (31%) svarar att detta sker *ofta*.

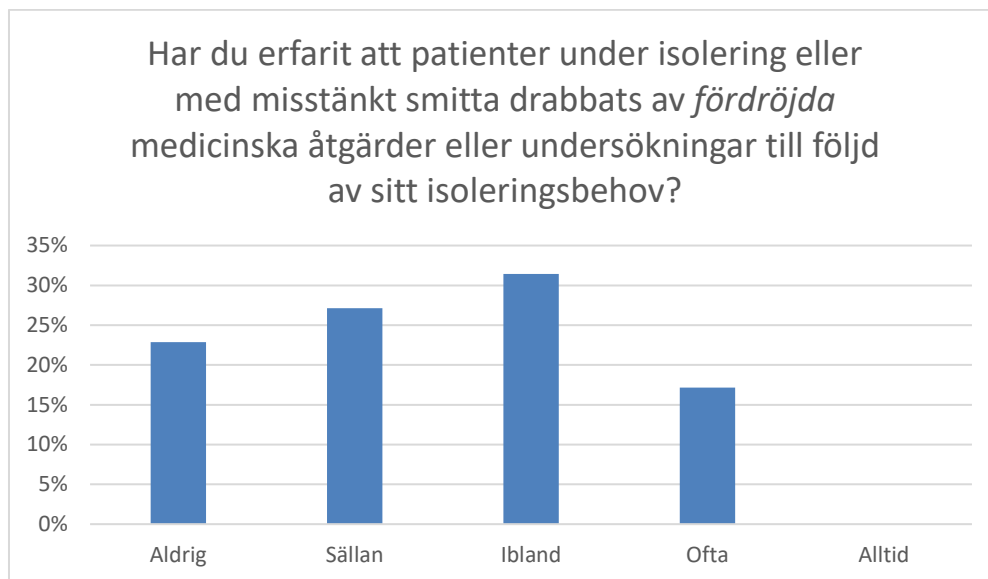


Figur 3.1 Fördröjd omvårdnad

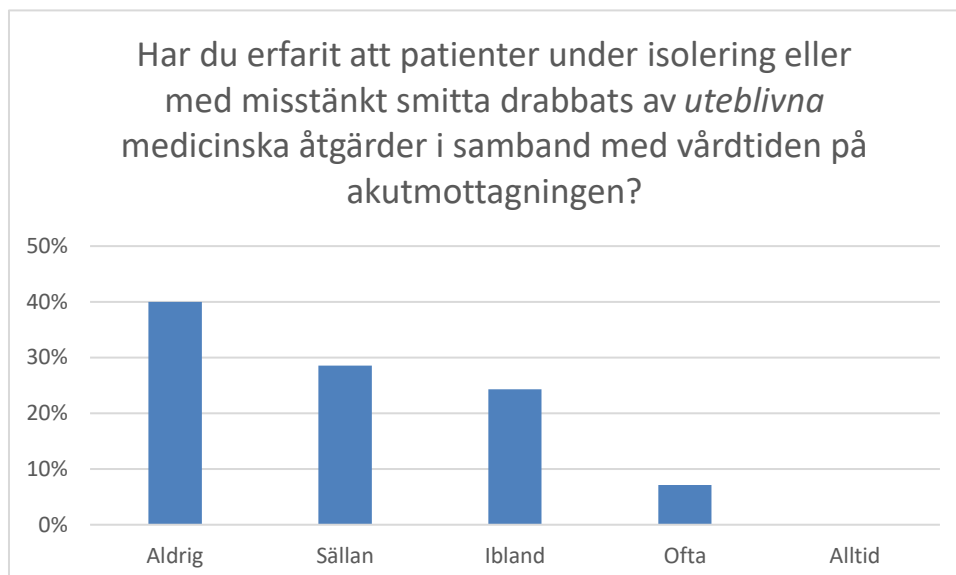


Figur 3.2 Utebliven omvårdnad

Trenden är inte densamma när det gäller fördröjning eller uteblivandet av medicinska åtgärder. 40% (n=28) av respondenter svarade att deras erfarenhet är att medicinska åtgärder *aldrig* uteblir till följd av isoleringsåtgärder, medan 7% (n=5) uppgav att detta inträffar *ofta*. 23% (n=16) erfor att medicinska åtgärder *aldrig* fördröjs till följd av isolering och 17% (n=12) erfor att det inträffar *ofta*.

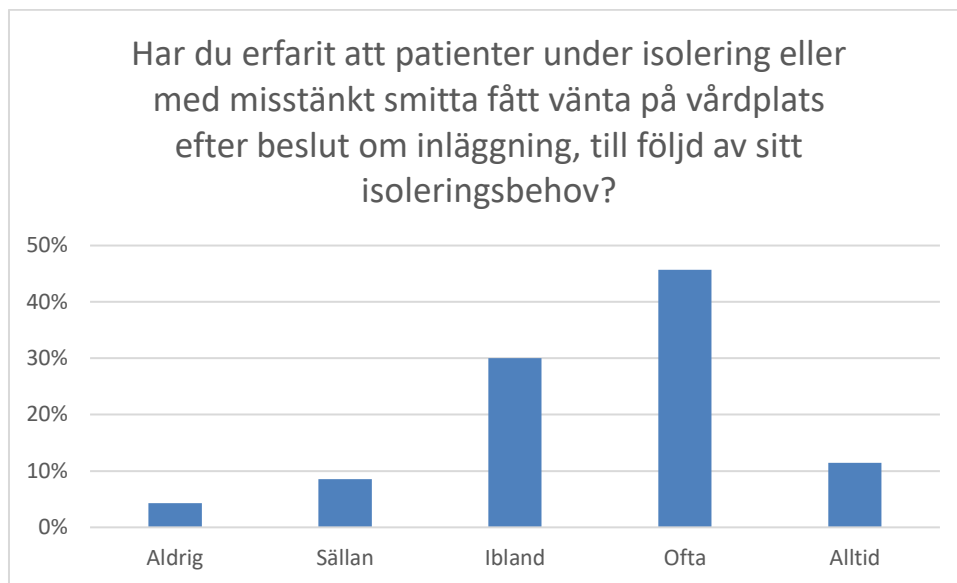


Figur 3.3 Fördröjda medicinska åtgärder



Figur 3.4 Uteblivna medicinska åtgärder

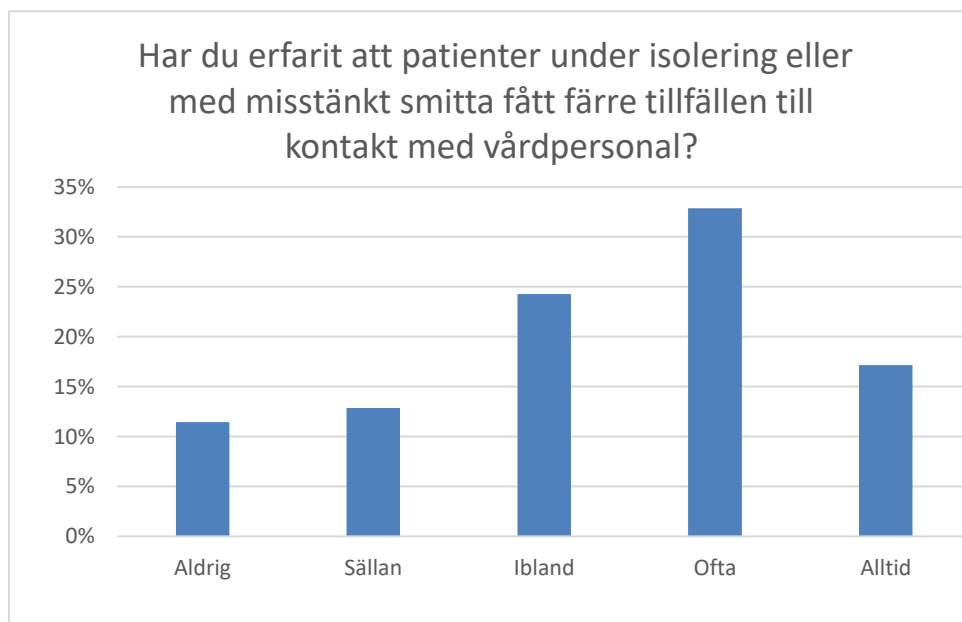
Ytterligare en aspekt av vården som vårdpersonalen erfor påverkades av isoleringsbehov var väntan på vårdplats. Så många som 46% (n=32) erfor att patienter under isolering på akutmottagningen *ofta* får vänta längre på vårdplats till följd av sitt isoleringsbehov, och 11% (n=8) uppgav att detta *alltid* inträffar. Så som fördelningen redovisas i figur 2.5 hade en majoritet av respondenterna erfarenhet av att behovet av isolering påverkar tiden till vårdplats i slutenvård.



Figur 3.5 Vårdplats

Minskad kontakt med vårdpersonal

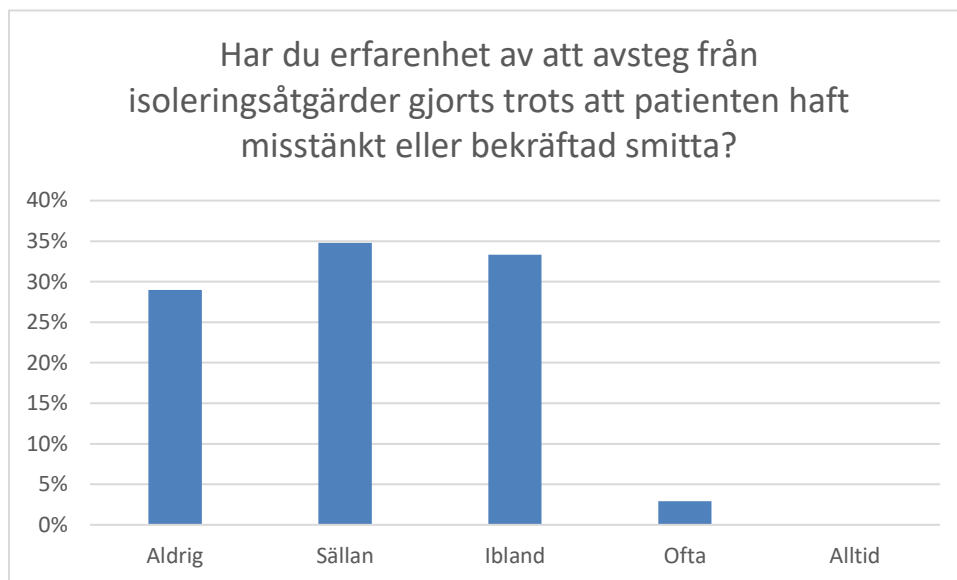
Respondenterna svarade i hög grad att de erfart att patienter under isolering på akutmottagningen fått färre kontakttillfällen med vårdpersonal. En andel om 33% (n=23) svarade att detta inträffar *ofta*, 17% (n=12) *alltid* och 24% (n=17) *ibland*. En mindre andel om 11% (n=8) svarade att de *aldrig* erfart att patienter under isolering fått färre tillfällen till kontakt, och 13% (n=9) att det *sällan* inträffar.



Figur 4.1 Personalkontakt

Avsteg från isoleringsåtgärder

Respondenterna tillfrågades om deras erfarenheter av att ta avsteg från isoleringsåtgärder trots misstänkt eller bekräftad smitta. Enligt de flesta respondenternas erfarenhet är detta någonting som sker *sällan* (35%, n=24), följt av *ibland* (33%, n=23) och därefter *aldrig* (29%, n=20). En liten andel erfor att avsteg från isoleringsåtgärder görs *ofta* (3%, n=2).



Figur 5.1 Avsteg från isoleringsåtgärder

Sammanfattning av enkätsvaren

- Merparten av respondenterna svarade att de aldrig erfarit trycksår eller fallolyckor hos isolerade patienter.
- En majoritet av respondenterna svarade att de aldrig erfarit allvarliga händelser hos isolerade patienter, men 3% svarade att det händer ofta.
- Respondenterna svarade i hög utsträckning att omvårdnadsåtgärder försenas ibland och ofta, medan en liten andel menade att omvårdnad alltid försenas. Trenden är motsvarande när det gäller utebliven omvårdnad.
- Vad gäller respondenternas erfarenhet av försenade medicinska åtgärder till följd av isolering var spridningen större och respondenterna svarade till störst del att det sker ibland, sällan och aldrig.
- Uteblivna medicinska åtgärder var mindre förekommande i respondenternas erfarenhet, och störst andel svarade att detta aldrig sker.
- Behov av isolering ledde ofta till förlängd väntan på vårdplats.
- Behov av isolering ledde ibland, ofta och alltid till minskad kontakt med vårdpersonal för den isolerade patienten.
- Avsteg från isoleringsåtgärder gjordes sällan, ibland och aldrig enligt vårdpersonalens erfarenhet.

Kvalitativ analys

Orsaker till avsteg från isoleringsåtgärder

Utifrån den tematiska analysen av fritextsvaren framkom fyra teman gällande respondenternas

erfarna orsaker till att isoleringsåtgärder inte tillämpades trots misstänkt eller bekräftad smitta. Temana var *kritiska patienttillstånd, resursbrist, utebliven identifiering av isoleringsbehov och aktiva avsteg*.

Kritiska patienttillstånd

När patientens tillstånd var så kritiskt att visuell översyn och kontinuerlig övervakning behövdes ansågs isolering inte tillämpligt. Respondenter skriver att tillräcklig utrustning saknas på isoleringsrummen för att tillgodose dessa patienters övervakningsbehov, och därför prioriteras patientsäkerheten för den enskilda patienten framför den smittskyddande åtgärden isolering. Detta framgår av citatet nedan.

” För att akuten inte har tillräckligt med isoleringsrum och de som finns saknar övervakning så de sjukaste kan inte ligga där av patientsäkerhetsskäl.” Respondent 6

Likaså ansågs livshotande patienttillstånd vara orsak till att avstå isoleringsåtgärder, då livräddande åtgärder skulle fördröjas vid upprätthållande av isoleringsrutin.

”Allvarligt akut medicinskt tillstånd där man pga livshotande situation inte hinner upprätthålla isoleringsrutin” Respondent 28

Vidare framgår det i svaren att patienten som isoleras på akutmottagningen inte har närvaro av personal som kan notera akuta förändringar i patientens tillstånd, trots att patienten anses vara svårt sjuk. Den kritiskt sjuka patienten kräver möjlighet till visuell övervakning, vilket inte anses förenligt med avskildhet som vid isolering.

”[...] kritiska patienter med isoleringsbehov kräver nära övervakning, inte ligga på ett rum längst ner i korridoren” Respondent 55

Vårdpersonalens erfarenheter visar att den kritiskt sjuka patienten inte kan tillgodoses övervakning och tillgång till personal under isolering. Smittskyddande åtgärder reserveras därför till patienter som är stabila.

Resursbrist

Bristen på resurser till patienter med behov av isolering avgränsas inte enbart till tillgång på personal och möjligheter till övervakning, utan omfattar även akutmottagningarnas lokaler. Temat *resursbrist* identifierades i data genom många respondenters beskrivningar av att de tillgängliga lokalerna inte motsvarar behovet.

” Brist på enkelsal med toalett eller isoleringsrum. Brist på möjlighet till övervakning av patient vid samtidigt behov av egen toalett.” Respondent 8

Belastningen på akutmottagningen har enligt vårdpersonalens erfarenhet gjort att det finns fler patienter med behov av isolering, inklusive enkelsal med toalett än lämpliga rum. Enskilda respondenter uppgav också att akutmottagningen där de var verksamma inte hade faktiska isoleringsrum, varför patienter isolerades på enkelsalar. Bristen på lämpliga lokaler leder till att isoleringsrutiner inte kan upprätthållas.

Utebliven identifiering av isoleringsbehov

Ytterligare en aspekt som försvårar en korrekt användning av isoleringsåtgärder är de fall där behovet av isolering inte uppmärksammas. Temat *utebliven identifiering av isoleringsbehov* kunde urskiljas då respondenter beskrev flera situationer då isolering inte kunnat tillämpas eftersom behovet inte uppmärksammats på akutmottagningen. Brister i anamnestagning och i kommunikation med patienten nämns som en orsak till att identifiering av isoleringsbehov uteblivit, men även gällande kommunikation mellan vårdpersonal. Akutmottagningen är ofta den första instans patienten söker och därför krävs utförliga anamneser vid omhändertagandet för att identifiera eventuella smittrisker. Det är inte nödvändigtvis den smittsamma infektionen som föranleder patientens besök på akutmottagningen, vilket ytterligare försvårar identifieringen av isoleringsbehov. Detta exemplifieras i följande citat:

” Patient sökte för brännskador men hade även vattkoppor. Det fick vi reda på efter att patienten tagits in på akutmottagning. ” Respondent 51

Det framgår i fritextsvaren att uppgifter som föranleder misstanke om smitta och behov av isolering inte alltid framkommer förrän senare under vårdtiden, när patienten redan vårdats utanför isolering.

” Förmodligen för att smittan upptäckts i efterhand? ” Respondent 2

Respondenter redovisar också okunskap och slarv som orsak till att isolering inte tillämpas trots egentligt behov. Anledningen till att isoleringsåtgärder uteblir är således att vårdpersonalen saknar kunskap om när smittorisk föreligger och i vilka fall isolering är tillämpligt. Okunskap och samtidig tidsbrist på grund av vårdpersonalens höga arbetsbelastning resulterar i att det egentliga behovet av isolering inte identifieras, vilket framkommer i respondenternas svar nedan:

” Tidsbrist och okunskap ” Respondent 57

”Tex inte uppmärksammat behov av att isolera pt. Med remiss från VC med frågeställning tuberkulos ” Respondent 36

Avstegen från isoleringsåtgärder beskrivs också som att vårdpersonal inte alltid tar potentiell smitta på allvar. En respondent skriver:

”Min upplevelse är att det ofta andra yrkeskategorier än undersköterskor och sjuksköterskor. Varför vet jag inte. Okunskap? Tar inte ev. smitta på allvar? Tidsbrist? ” Respondent 44

Ytterligare en respondent redogör för att om att det förekommer att isolering eller smittskyddande åtgärder inte tillämpas till fullo till dess att misstanken om smitta bekräftats, utan att ”sämre” skydd används när en utökad anamnes tas för att bedöma risken för smitta. Liksom i citatet ovan är det möjligt att vårdpersonalen inte anser smittorisken som genuin, eller saknar kunskap för att kunna skydda sig korrekt. Det kan också betraktas som ett aktivt

val att avstå smittskyddande åtgärder, något som fler respondenter redogör för och som föranleder temat *aktiva avsteg*.

Aktiva avsteg

Aktiva avsteg består av informerade beslut, från exempelvis behandlande läkare på akutmottagningen, att avstå från isoleringsåtgärder. Motivationen till sådana avsteg från isolering kan vara låg misstanke om smitta trots symptom, men det framgår också att vårdpersonal aktivt tar avsteg från isoleringsåtgärder innan de erhåller provsvar som bekräftar smitta.

”Ansvarig läkare bedömt smittrisk som låg.” Respondent 5

Aktiva avsteg från isoleringsåtgärder görs också för att anpassa situationen till akutmottagningens förutsättningar, såsom beskrivs i följande citat:

”Brist på isoleringsrum. Har då i samråd med infektionsbakjour bedömt vilken patient som kan vårdas på vanligt rum och vilka åtgärder som ska vidtas på det vanliga rummet”

Respondent 1

Ett aktivt valt avsteg från isolering är, till skillnad från de fall där respondenter beskriver att okunskap lett fram till uteblivna isoleringsåtgärder, informerade beslut från vårdpersonal med kompetens att avfärda behov av isolering.

Vårdpersonalens beskrivningar av allvarliga händelser under isolering

Respondenterna tillfrågades i enkäten om exempel på allvarliga händelser som de erfarit hos patienter som har varit isolerade på akutmottagningen. Ur analysen av fritextsvaren framkom tre teman: *Allvarliga medicinska konsekvenser*, *bristande omvårdnad* och *fallolyckor*.

Allvarliga medicinska konsekvenser

Temat *allvarliga medicinska konsekvenser* utgörs av respondenternas redogörelser av svåra vårdskador och tillstånd som uppkommit i samband med isolering på akutmottagningen. I vissa fall är det respondentens erfarenhet att det var till följd av isoleringen som den allvarliga händelsen uppstod, då patienterna varit utom uppsyn och utan monitorering, varför de har kunnat försämrats utan att vårdpersonal uppmärksammats på patientens tillstånd.

Respondenterna beskriver dödsfall, hjärtstopp, panikångestfall och generell försämring av patientens tillstånd som resultat av bristande övervakning och tillsyn vid isolering.

”Försämrats i sitt medicinska tillstånd och/eller omvårdnadsbehov som missats r/t sämre övervakningsmöjligheter på akuten då dom ligger isolerade.”

Respondent 58

Ytterligare en respondent skriver att patienten under isolering har fått vänta på att erhålla vård och därmed försämrats. Detta trots att akutmottagningar ska ha kapacitet att omhänderta

patienter med akuta sjukdomstillstånd oavsett föreliggande smitta.

”Fått vänta på vård och då blivit sämre” Respondent 33

Respondenten ovan redogör inte vidare för varför vården uteblev i detta fall, men flera förklaringar till uteblivna åtgärder återfinns i temat *bristande omvårdnad*.

Bristande omvårdnad

I fritextsvaren återkom redogörelser för hur vårdpersonalens rädsla för att själva ådra sig smitta hindrade dem från att uppsöka patienten. Tillsyn och omvårdnad utfördes därför inte i samma grad som hos patienter utan isoleringsbehov. Rädslan för smitta påverkade patientens placering i akutmottagningens lokaler, även om patienten inte hålls isolerad, och patienten placeras avskilt utan tillsyn trots allvarliga medicinska tillstånd.

”Patient som visade sig ha ett kalium på 9,2 (akut njurskada efter gastroenterit) som blev liggande utan övervakning långt bort i korridoren med anledning av rädsla för calicismitta.”
Respondent 23

Det framkom i fritextsvaren att omvårdnaden av patienter som isoleras på akutmottagningen försenas eller uteblir till följd av tidsbrist, men brister i omhändertagandet av dessa patienter som respondenterna inte kunde förklara. Exempelvis fördröjdes tiden till triagering (bedömning av patientens tillstånd och vårdbehov) samt till personalens besvarande av patientens tillkallande av hjälp vid isoleringsbehov, utan någon tydlig förklaring.

”Brist på nutrition och omvårdnad. Mediciner som ej delas ut i tid på grund av för hög arbetsbelastning.” Respondent 31

”Bristande information till dessa patienter, samt förlängd tid till triage/prioritet, tolk bokas sällan (oklart varför egentligen).” Respondent 15

Fallolyckor

Slutligen återkommer den bristande omvårdnaden och tillsynen av patienter under isolering på akutmottagningen i temat *fallolyckor*. Patienter som isoleras är utom uppsyn för vårdpersonal, oavsett patientens omvårdnadsbehov och förmåga att tillkalla hjälp. Resultatet av bristen på uppsikt över patienterna blir i vissa fall vårdskador. Flera respondenter redogjorde för hur patienter som isolerades har försökt ta sig av britsen, exempelvis för att gå till toaletten, och fallit.

”Patienten har tex varit på enkelsal utan uppsikt av personal trots att denna hade behövt det, och till följd av detta fallit.” Respondent 8

Således präglades samtliga teman av bristande tillsyn av den isolerade patienten, vilket enligt respondenternas erfarenhet möjliggjort för vårdskador och allvarliga händelser. Det var också en av de primära anledningarna till att isoleringsåtgärder avstods ifrån, trots föreliggande misstanke om smitta, då vårdpersonalen inte upplevde att patientsäkerheten kunde upprätthållas under isolering.

Sammanfattning av fritextsvar

- Orsaker till att isoleringsåtgärder uteblev var att kritiskt sjuka patienter inte kunde övervakas under isolering, brist på lämpliga rum vid hög belastning på akutmottagningen, att isoleringsbehovet inte identifierades och otillräcklig kunskap bland vårdpersonalen.
- Allvarliga händelser som uppstått under isolering på akutmottagning var enligt respondenterna allvarliga medicinska konsekvenser, fallolyckor och bristande omvårdnad.

Kvantitativ och kvalitativ syntes

Vid jämförelse av de kvantitativa och kvalitativa resultaten förekom flera likheter. Den kvantitativa analysen visade att vårdpersonalens erfarenheter av trycksår i samband med isolering var låg eller obefintlig. Likaså saknades helt redogörelser om trycksår i fritextsvaren. Vad gäller allvarliga händelser svarade en något större andel respondenter att de hade erfarenhet av att allvarliga händelser inträffar ofta eller ibland vid isolering, även om majoriteten svarade att dessa sällan eller aldrig sker. I den kvalitativa analysen framgick tillika endast ett fåtal beskrivningar av allvarliga händelser, om än av grav karaktär då exempel som dödsfall och hjärtstopp förekom upprepade gånger. Ytterligare likheter bestod i den begränsade mängden redogörelser av fördröjd eller uteblivna medicinska åtgärder i fritextsvaren, vilket motsvarades av den kvantitativa analysen som visade att 40% av respondenterna saknade erfarenhet av att medicinska åtgärder uteblivit och 23% saknade erfarenhet av att medicinska åtgärder fördröjts. I fritextsvaren framkom flera beskrivningar av hur tillgången på omvårdnad och kontakttillfällena med vårdpersonal minskade vid isolering, något som överensstämmer med de kvantitativa resultaten där respondenter i hög utsträckning svarade att antalet kontakttillfällen minskar och även till stor del att omvårdnad fördröjs eller uteblir vid isolering. Av den kvalitativa analysen framgick att det minskade antalet kontakttillfällen kunde bero på rädsla för smitta.

Även inkongruenser mellan resultaten av den kvantitativa och kvalitativa analysen kunde noteras. På frågan om respondenternas erfarenhet av förekomsten av fallolyckor bland isolerade patienter på akutmottagningen svarade 60% av respondenterna att fallolyckor aldrig inträffar. I kontrast förekom flera redogörelser i fritextsvaren av fallolyckor, där respondenter uttryckligen beskrev hur bristande uppsikt av isolerade patienter lett till fall och ibland även fallskador. Fortsatt svarade 29% av respondenterna att de helt saknade erfarenhet av att avsteg tas från isoleringsåtgärder och 35% svarade att så sker sällan, vilket skiljer sig från de många beskrivningar av orsaker till utebliven isolering som respondenter lämnat.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Metod och design

Metoden som utgjordes av blandad metod medför både för- och nackdelar. Fördelen med metoden är möjligheten att undersöka fenomenet utan att begränsas till enbart kvalitativ eller kvantitativ metod. Således möjliggörs en bredare förståelse för fenomenet (Polit & Beck, 2017). I denna studie var det önskvärt att pröva om de patientsäkerhetsrisker som är kända i samband med isolering i slutenvården även förekommer i akutmottagningens kontext, vilket lämpligast genomfördes med kvantitativ metod. På grund av bristen på tidigare forskning i samma kontext var det också av nytta att ha en mer utforskande, kvalitativ ansats där respondenter kunde uttrycka sig i fritext. Blandad metod har också fördelen att kunna styrka och fördjupa de kvantitativa resultaten om dessa är kongruenta med de kvalitativa resultaten (Polit & Beck, 2017). Således ansågs blandad metod vara lämpligt för att besvara syftet och få en nyanserad bild av vårdpersonalens erfarenheter. Polit & Beck (2017) framhåller att blandad metod innebär högre krav på forskarens kompetens då denne ska vara väl bekant med kvantitativa såväl som kvalitativa metoder. Även Creswell & Clark (2011) menar att synnerliga skäl ska föreligga för att kunna motivera valet av en blandad metod på grund av dess komplexitet. De valda frågeställningarna krävde ingen avancerad statistisk analys för att besvaras, men författarens begränsade tidigare erfarenhet i kvantitativ metod har påverkat studiens kvalitet. Tiden för planeringen och utförandet av studien var mycket begränsad, vilket ytterligare motiverar användandet av en enskild metod i motsats till en blandad. Blandad metod med konvergent design, som använts i denna studie, innebär visserligen simultan datainsamling av kvantitativa och kvalitativa data (Creswell & Clark, 2011), vilka i denna studie också insamlats i samma webbenkät. Konvergent design kräver däremot två parallella dataanalyser (Creswell & Clark, 2011) och valet av blandad metod var således mer tidskrävande än om en enskild metod valts.

Urval

Som nämnt i urvalsredovisningen baserades urvalet på tillgänglighet för författaren, med målet att inkludera vårdpersonal som har erfarenhet av fenomenet. Isolering på akutmottagningen som fenomen i stort hade kunnat utforskas ur patientens perspektiv, men hade då inte kunnat omfatta förekomsten av vårdskador hos patienter som isoleras, vilket var en av huvudfrågeställningarna. Likaså hade vårdskador hos patienter som är isolerade på akutmottagningen kunnat undersökas genom journalgranskning, men med nackdel att datainsamlingsperioden var begränsad och dessutom förlagd till lågsäsong för säsongssmittor. Därmed hade tillgången på material varit osäker och sannolikt begränsad. Valet att belysa fenomenet ur vårdpersonalens erfarenheter ansågs därför mest lämpligt för studiens genomförande.

Urvalet bestod av 70 respondenter. Antalet respondenter och urvalets sammansättning är enligt Polit & Beck (2017) av vikt för urvalets representativitet. Ett slumpmässigt valt urval har större sannolikhet att vara representativt för en population än ett icke-slumpat urval (Polit

& Beck, 2017). I denna studie användes ett bekvämlighetsurval, en metod som enligt Polit & Beck (2017) gör att representativitet inte kan garanteras. Således talar resultatet för respondenternas egna erfarenheter och generaliserbarheten är begränsad. Randomisering hade kunnat göras om fler akutmottagningar inkluderades då detta skulle innebära tillgång till ett större antal respondenter. Enbart fyra av sju akutmottagningar i Stockholms län hade möjlighet att delta i studien. De kliniker som uteblev motiverade sitt nekande till deltagande med att ett flertal enkätstudier pågick samtidigt och att detta innebar en belastning för personalen. Fler akutmottagningar hade således haft möjlighet att delta om datainsamlingen hade kunnat fortgå under längre tid, eller om studiens planering hade kunnat påbörjas tidigare. Vidare hade den kvalitativa datainsamlingen kunnat dra nytta av ett meningsfullt urval, i vilket respondenter väljs ut baserat på exempelvis deras kännedom om fenomenet eller förmåga att lämna utförliga och innehållsrika svar (Polit & Beck 2017), något som potentiellt hade kunnat göra att fritextsvaren blivit mer omfattande.

Endast ett fåtal läkare kunde tillfrågas om deltagande i studien. Flera av verksamhetscheferna på Region Stockholms akutkliniker uppgav att endast ett begränsat antal läkare var lokalt anställda, till skillnad från övrig vårdpersonal. Istället tjänstgjorde läkare från många olika kliniker och specialiteter på akutmottagningarna, eller exempelvis som del av specialist- eller allmäntjänstgöring. Detta resulterade i att verksamhetscheferna vid flera av de tillfrågade sjukhusen inte hade uppgifter om vilka läkare tjänstgör på akutmottagningen och få läkare fick möjlighet att delta. Valet att inkludera läkare kan ytterligare haft påverkan på resultatet då studien undersöker omvårdnad, vilket inte är läkarprofessionens område. Likaså inkluderades undersköterskor, vars yrke omfattar omvårdnad, men har annan utbildning och andra ansvarsområden jämfört med sjuksköterskan.

Datainsamling och dataanalys

Användandet av en webbenkät för datainsamling gjorde det möjligt att nå många respondenter under kort tid och med små ekonomiska medel. Webbenkäten gjorde också att respondenternas anonymitet säkrades eftersom enkäten distribuerades genom verksamhetschefer för de aktuella klinikerna. Anonymiteten kan ha lett till att fler har känt sig trygga att besvara enkäten, medan avsaknaden av direktkontakt med författaren också kan ha gjort att möjliga respondenter undgått informationen om studien då den förmedlades genom epost (Polit & Beck, 2017). Vid enkätstudier är det lämpligt att använda befintliga, validerade instrument för att säkerställa att fenomenet fångas (Polit & Beck, 2017). Isolering på akutmottagningen som kontext är föga utforskat tidigare, varför lämpliga instrument saknas. Det har inte heller undersökts inför studien om befintliga instrument kunnat anpassas för att undersöka området. Istället utformades ett frågeformulär för den specifika studien. I enkäten användes begreppet *erfara* i frågorna för att undersöka respondenternas erfarenheter, vilket kan ha påverkat respondenternas svar då det var upplevelser som eftersöktes. Frågeformuläret testades på personer som överensstämmer mot urvalet, vilket är rekommenderat vid utformandet av nya instrument såsom enkäter (Polit & Beck, 2017).

Enkätens frågor bestod av slutna frågor med svarsalternativ på likertskala och öppna frågor med fritextsvar. Valet av likertskalan ansågs lämpligt för att kunna ranka erfarenheter av förekomst av exempelvis specifika vårdskador. Likertskalor ger däremot begränsad möjlighet till statistisk analys och kunde med fördel ersatts av exempelvis nominala svar om enkätfrågorna hade anpassats, alternativt hade svarsalternativen kunnat numreras. Bortfall förekom på enstaka slutna frågor och i högre grad på öppna frågor, vilket är en känd trend i enkätstudier. Att tillämpa tvingande svar i enkäten hade kunnat medföra förbättrad svarsfrekvens (Polit & Beck, 2017). Bortfallen från enkätens öppna frågor gjorde att underlaget för kvalitativ analys var begränsat, vilket noterades efter att samtliga enkätsvar insamlats. Därför planerades ett tillägg av semistrukturerade intervjuer med två till fem respondenter, för att få en djupare förståelse och mer utförliga beskrivningar av vårdpersonalens erfarenheter. På grund av tidsbrist kunde denna komplettering inte genomföras inom ramen för studien. Istället analyserades befintliga fritextsvar från enkäten med tematisk analys. Den tematiska analysen genomfördes i enlighet med den analysmetod som Braun och Clarke (2006) rekommenderar, vilken är strukturerad och vägleder analysen i enkla steg. Valet av Braun och Clarkes tematiska analysmetod gör att analysprocessen kan beskrivas tydligt, vilket bidrar till transparens och trovärdighet.

Resultatdiskussion

Diskussionen har fokus på följande huvudfynd: allvarlighetsgraden i respondenternas erfarenheter, patientsäkerhetsrisker vid isolering på akutmottagningen och bristande förutsättningar för omvårdnad vid isolering. Resultatet diskuteras utifrån Marilyn Ann Rays teori om byråkratisk omvårdnad som teoretisk ram.

Erfarenheter av vårdskador

Resultatet visade att vårdpersonalen hade lite eller ingen erfarenhet av förekomst av trycksår och fallolyckor bland patienter som är isolerade på akutmottagning. I respondenternas beskrivningar av allvarliga händelser förekom däremot fallolyckor frekvent som exempel. Således finns en tydlig skillnad mellan vårdpersonalens erfarenhet av frekvensen av fallskador och trycksår hos patienter som är isolerade på akuten och frekvensen av dessa vårdskador vid isolering i slutenvård, såsom beskrivits i tidigare forskning (Abad, Fearday & Safdar, 2010; Morgan et al, 2009). Vad gäller andra allvarliga händelser under vårdtiden på akutmottagningen hade vårdpersonalen varierande erfarenhet av händelsernas frekvens. En majoritet erfor att allvarliga händelser aldrig inträffar, medan ett fåtal svarade att de inträffar ofta. Beaktas enbart svaren på frågorna om personalens erfarenheter av förekomst av vårdskador verkar trenden vara att respondenterna inte betraktar isolering som en patientsäkerhetsrisk, då vårdskador inte är vanligt förekommande. Vid granskning av respondenternas exemplifiering av allvarliga händelser som de erfarit framkommer däremot flertalet händelser av allvarlig art, med svåra komplikationer eller död som utgång. Patienter som isolerades på akutmottagningen hade försämrats i sitt tillstånd, exempelvis för att de fått vänta på att erhålla vård eller på grund av att vårdpersonal inte hade möjlighet till medicinsk övervakning. Likaså erfor respondenterna att antalet kontakttillfällen med personal minskade

vid isolering på akutmottagningen. Respondenternas erfarenheter överensstämmer med tidigare forskning kring isolering i slutenvård (Abad, Fearday & Safdar, 2010; Morgan et al, 2009), men talar också för många risker som uppstår vid förlängda vårdtider på akutmottagningar.

Försenad och utebliven vård

Respondenterna hade i hög grad erfarenhet att vård försenades eller uteblev till följd av patienternas isoleringsbehov. I högst grad försenades och uteblev omvårdnad, men även medicinska åtgärder fördröjdes. Resultaten är förenliga med tidigare studier där sjuksköterskors upplevelse är att hög arbetsbelastning och långa vårdtider på akutmottagningen gör att medicinska och direkt livräddande åtgärder prioriteras med följd att omvårdnaden blir lidande (Eriksson, et al, 2018). Bristande omvårdnad leder däremot i förlängningen till risk för vårdskada, då riskfaktorer inte identifieras och omvårdnadsåtgärder som kan förebygga vårdskada uteblir (Recio-Saucedo, et al., 2018). Även om vårdpersonalen kan förväntas vilja omhänderta och hjälpa patienterna förekommer hinder för detta, vilket kan förstås genom Marilyn Anne Rays teori om byråkratisk omvårdnad. Ray & Turkel (2015) beskriver sjuksköterskors och annan vårdpersonals svårigheter att verka etiskt försvarbart och med medmänsklighet inom den byråkratiska organisationen. Kraven från organisationen på effektivitet och produktion återspeglas i vårdpersonalens redogörelser om tidsbrist och hög arbetsbelastning som orsak till försenad eller utebliven omvårdnad. Akutmottagningarnas verksamhet är utformad för det akuta omhändertagandet, varför tillgängliga resurser inte är anpassad för vidare vård. Vårdpersonalen tvingas fokusera på akuta tillstånd och livräddande åtgärder, medan kvarliggande patienters omvårdnadsbehov, eller såsom en respondent exemplifierade, behov av läkemedel får nedprioriteras. Likaså framgår det av respondenternas svar att rädsla för smitta hindrar omvårdnaden och tillsynen av patienter som isoleras på akutmottagning. Vårdpersonalens rädsla kan tillskrivas okunskap om smittöverföring och visar hur utbildningsmässiga förutsättningar påverkar omhändertagandet av den enskilda patienten.

Väntan på vårdplats

Väntan på vårdplats i slutenvården fördröjdes i stor utsträckning för patienter som isolerades på akutmottagning, och många respondenter svarade att detta alltid sker i samband med isoleringsbehov, i likhet med vad Salehi och kollegor (2018) beskriver kring förlängd vårdtid på akutmottagningen vid behov av särskild vårdplats såsom isolering. Långa vårdtider på akutmottagningen leder i sin tur till ökad morbiditet, mortalitet, risk för allvarliga händelser och förlänger den totala vårdtiden på sjukhus (Hoot & Aronsky, 2008; Salehi et al., 2018). Organisationens oförmåga att främja får således inte bara konsekvenser för den direkta omvårdnaden, utan resulterar i ökade kostnader för sjukvården genom behandling av vårdskador och långa vårdtider. Omvårdnaden visar sig, såsom Ray & Turkel (2015) beskriver, inte bara vara beroende av byråkratin och dess förutsättningar, utan byråkratin eller organisationen är likaledes beroende av omvårdnaden. Långa väntetider på akutmottagningen är inte bara förenat med bristande patientsäkerhet, utan också lidande för den drabbade patienten enligt tidigare forskning. Patienter som kvarstannar på akutmottagning under längre

perioder i väntan på vårdplats har i tidigare studier rapporterat känslor av hopplöshet och ovisshet, då de erhåller allt mindre information från vårdpersonalen ju längre tiden går (Liu, Milne, Yun & Walsh, 2015; Han et al., 2016). Patienternas upplevelser har inte undersökts i denna studie, men en respondent beskrev att, precis som för patienter som väntar länge på vårdplats, är informationen till patienter som isoleras på akutmottagningen undermålig.

Risker vid isolering

Resultatet visar vidare att vårdpersonal avstår isoleringsåtgärder för svårt sjuka patienter även om smittorisk föreligger, på grund av risk för patientsäkerheten. Vårdpersonalen är medvetna om att kontakten mellan patient och vårdpersonal minskar om patienten är isolerad, och att möjligheterna till övervakning är otillräcklig vid isolering. Vårdpersonalens erfarenhet var också att det tar längre tid att svara på ringningar om den isolerade patienten tillkallar hjälp, något som ytterligare talar för personalens otillgänglighet för den som isoleras. Den tidigare nämnda uppfattningen bland respondenterna att isolerade patienter fick färre tillfällen till kontakt med vårdpersonalen är också ett mått som mot bakgrund av vårdpersonalens motvilja att isolera svårt sjuka patienter på grund av bristande tillsyn talar för minskad patientsäkerhet. Således förekommer en uppfattning om isolering som hot mot patientsäkerheten, även om de kvantitativa resultaten i denna studie visar att vårdskador inte är vanligt förekommande enligt respondenternas erfarenhet.

Organisationens inflytande över isoleringsåtgärder

Avsteg från isoleringsåtgärder förekom enligt vårdpersonalens erfarenhet, men är inte vanligt. Utöver risker för patientsäkerheten då isolerade patienter inte kunde övervakas motiverades avsteg från isolering med brist på isoleringsrum, bristande kommunikation eller kompetens och informerade val att avstå isolering. Såsom beskrivs i Rays teori om byråkratisk omvårdnad (Ray & Turkel, 2015) framträder här många fler faktorer som påverkar omvårdnaden och omhändertagandet av patienten än enbart den enskilda sjuksköterskans förmågor och vilja att lindra lidande och att inte göra skada. Att avstå isoleringsåtgärder när smitta misstänks föreligga kan innebära att göra skada då andra patienter exponeras och riskerar att drabbas av den smittsamma infektionen. På grund av politiska, ekonomiska och fysiska förutsättningar kan isoleringsrummen eller enkelsalarna på en akutmottagning vara för få, och föranleda att isoleringsåtgärder uteblir. Likaså kan teknologiska förutsättningar förhindra samtidig isolering och möjlighet till övervakning, liksom politiska och ekonomiska faktorer avgör personaltätheten och således möjligheten för vårdpersonalen att vara närvarande hos den isolerade patienten. Faktorer bortom det enskilda patientmötet blir därmed av stor vikt för patientsäkerheten. Slutligen kan utbildningsmässiga faktorer avgöra om vårdpersonalen har kompetens att bedöma ett eventuellt isoleringsbehov. Den komplexa byråkratin som utgör sjukvården är nödvändig för att samordna och organisera verksamheter, inom vilka omvårdnad utförs. Emellertid saknas omvårdnadsperspektiv ofta i organisationen, vilket resulterar i att byråkratin verkar begränsande för omvårdnadens förutsättningar. Patienter med behov av inläggande vård och isolering har lagstadgad rätt att erhålla vård av samma kvalitet som patienter utan isoleringsbehov enligt patientlagen (sfs, 2014:821, 6§) och hälso- och sjukvårdslagen (sfs, 2017:30, kap. 3, 7§). Andra faktorer ur den byråkratiska delen

av byråkratisk omvårdnad går i strid med lagstiftningen, exempelvis genom bristande tillgång på slutenvårdsplatser i enkelsal, som resultat av ekonomiska, politiska och fysiska förutsättningar.

Slutsats

Det finns möjligheter till isolering på akutmottagningen och bevarad patientsäkerhet under isoleringsåtgärder, men i varierande grad beroende på organisationens premisser.

Vårdpersonalens erfor inte att svårt sjuka patienter kan få säker vård under isolering. Patienter som är isolerade på akutmottagningen får fördröjd eller utebliven vård, både när det gäller medicinska åtgärder och omvårdnadsåtgärder. Likaså finns risker för patientsäkerheten i form av minskad kontakt med vårdpersonal för den isolerade patienten, som vid flera tillfällen lett till allvarliga händelser och vårdskador enligt vårdpersonalens erfarenheter. Möjligheterna till att följa isoleringsåtgärder på akutmottagningen är över lag goda, men begränsas av tillgång på lämpliga lokaler, möjlighet till övervakning och svårigheter att korrekt identifiera isoleringsbehov hos patienter.

Klinisk betydelse

Kännedom om patientsäkerhetsriskerna vid vård under isolering på akutmottagning föranleder ett behov av rutiner för tät tillsyn av isolerade patienter. Tillsyn möjliggör identifierandet av omvårdnadsbehov och förändringar i patientens tillstånd, vilket underlättar prevention av vårdskador och lindrandet av lidande hos isolerade patienter. Likaså påvisas i denna studie ett behov av att anpassa lokaler för att kunna vårda svårt sjuka patienter under isolering med samtidig möjlighet till övervakning och uppsikt över patienten. Akutmottagningar rymmer ofta ett stort antal patienter, närstående och personal, varför det är av vikt att smittskyddande åtgärder såsom isolering följs korrekt. Spridning av smitta innebär inte bara ökad sjukdomsburda i en grupp, utan kan vara förödande och innebära stort lidande för den enskilda drabbade. Verksamheten bör därför möjliggöra patientsäker isolering och tillgång till omvårdnad och medicinska åtgärder även för isolerade patienter enligt alla patienters lagstadgade rätt till vård på lika villkor. Tillika behöver kompetensen hos akutmottagningens vårdpersonal säkerställas för att dessa ska kunna utföra bedömningar av patienters isoleringsbehov.

Förslag på vidare forskning

Denna studie baseras på vårdpersonalens subjektiva erfarenheter av vården av patienter som isoleras på akutmottagning, vilket visserligen fångar vårdpersonalens uppfattning om bristande omvårdnad av patientgruppen. För att få en objektiv kartläggning av förekomst av vårdskador hos patienter under isolering föreslås vidare studier genom journalgranskning. Det finns då också möjlighet att ta del av vårdskador som först noteras senare under vårdtiden, eller exempelvis påverkan på den totala vårdtiden och mått såsom morbiditet och mortalitet. Vidare är det av vikt att ta del av patienters egna upplevelser av att vara isolerade på akutmottagning för att ta tillvara denna grupps intressen. Att induktivt utföra semistrukturerade intervjuer med patienter som är eller har varit isolerade på akutmottagning är förslagsvis en metod för att möta detta behov.

REFERENSER

- Abad, C., Fearday, A., & Safdar, N. (2010). Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. *The Journal of Hospital Infection*, 76, 97-102. doi:10.1016/j.jhin.2010.04.027.
- Beysard, N., Yersin, B., Meylan, P., Hugli, O. & Carron, P-N. (2018). Impact of the 2014-2015 influenza season on the activity of an academic emergency department. *Internal emergency medicine*, 13. 251-256.
- Brachmann, M., Kikull, K., Kill, C., & Betz, S. (2019). Economic and operational impact of an improved pathway using rapid molecular diagnostics testing for patients with influenza-like illness in a German emergency department. *Journal of Clinical Monitoring and Computing*, 1-10.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2). 77-101. Doi: 10.1191/1478088706qp063oa.
- Cameron, I.D., Dyer, S.M., Panagoda, C.E., Murray, G.R., Hill, K.D., Cumming, R.G. & Kerse, N. (2018). Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9. doi: 10.1002/14651858.CD005465.pub4.
- Cardemil, C., Parashar, U. & Hall, A. (2017). Norovirus infection in older adults: Epidemiology, risk factors and opportunities for prevention and control. *Infect Dis Clin N Am*, 31. 839-870.
- Creswell, J.W. & Plano Clark, V.L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research*. (2. ed.). Los Angeles: SAGE Publications.
- Cumming, R.G., Salkeld, G., Thomas, M. & Szonyi G. (2000). Prospective study of the impact of fear of falling on activities of daily living, SF-36 scores, and nursing home admission. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 55. 299-305.
- Delbaere, K., Crombez, G., Vanderstraeten, G., Willems, T. & Cambier, D. (2004). Fear-related avoidance of activities, falls and physical frailty. A prospective community-based cohort study. *Age Ageing*, 33. 368-73.
- Eriksson, J., Gellerstedt, L., Hillerås, P. & Craftman, Å. (2018). Registered nurses' perception of safe care in overcrowded emergency departments. *Journal of clinical nursing*, 27. 1061–1067. Doi: 10.1111/jocn.14143.
- Folkhälsomyndigheten (2013). *Sjukdomsinformation om bakterier med ESBL-*

CARBA. Hämtad den 11 november, 2019, från Folkhälsomyndigheten, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/esblcarba/>.

Folkhälsomyndigheten (2019). *Sjukdomsinformation om Clostridioides difficile-infektion (tidigare Clostridium difficile)*. Hämtad den 11 november, 2019, från Folkhälsomyndigheten, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/clostridium-difficileinfektion/>.

Folkhälsomyndigheten (2014). *Vinterkräksjuka i vården: Kunskapsunderlag för att minska spridningen av norovirus*. Folkhälsomyndigheten: Stockholm. Från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/b6ac0268061d4fce99e057a21b25e6b7/vinterkraksjuka-i-varden.pdf>.

Gaieski, D.F., Agarwal, A.K., Mikkelsen, M.E., Drumheller, B., Cham Sante, S., Goyal, M., Pines, J.M. (2017). The impact of ED crowding on early interventions and mortality in patients with severe sepsis. *American journal of Emergency Medicine*, 35. 953-960. doi: 10.1016/j.ajem.2017.01.061.

Han, C-Y., Lin, C-C., Goopy, S., Hsiao, Y-C., Barnard, A. & Wang, L-H. (2016). Waiting and hoping: a phenomenographic study of the experiences of boarded patients in the emergency department. *Journal of clinical nursing*, 26. 840-848. doi:10.1111/jocn.13621.

Hoot, N., & Aronsky, D. (2008). Systematic Review of Emergency Department Crowding: Causes, Effects, and Solutions. *Annals of Emergency Medicine*, 126-136.

Kotkowski, K. (2017). Association of hospital contact precaution policies with emergency department admission time. *The Journal of Hospital Infection*, 244-249.

Kumar, A., Roberts, D., Wood, K.E., Light, B., Parrillo, J.E., Sharma, S., Suppes, R., Feinstein, D., Zanotti, S., Taiberg, L., Gurka, D., Kumar, A. & Cheang, M. (2006). Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. *Critical Care Medicine*, 34.1589-1596. doi: <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000217961.75225.E9>

Langemo, D., Melland, H., Hanson, D., Olson, B. & Hunter, S. (2000). The lived experience of having a pressure ulcer: a qualitative analysis. *Advances in skin and wound care*, 13. 225-235.

Leisman, D., Huang, V., Zhou, Q., Gribben, J., Biaculli, A., Bernshteyn, M., Ward, M-F., Schneider, S. (2017). Delayed second dose antibiotics for patients admitted from the emergency department with sepsis: prevalence, risk factors and outcomes. *Critical Care Medicine*, 45. 956-965. doi: 10.1097/CCM.0000000000002377.

Liu, S., Milne, L., Yun, B. & Walsh, K. (2015). The boarding experience from the patient perspective: the wait. *Emergency Medicine Journal*, 32. 854-859. Doi: 10.1136/emmermed-2014-204107.

Morgan, D., Diekema, D., Sepkowitz, K., & Perencevich, E. (2009). Adverse outcomes associated with contact precautions: A review of the literature. *Am J Infect Control*, 85-83.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer.

Ray, M.A. & Turkel, M.C. (2015) Marilyn Anne Ray's Theory of Bureaucratic Caring. I M.C. Smith & M.E. Parker (ed.), *Nursing theories and nursing practice*. (pp. 461-482). Philadelphia, PA.: F.A. Davis.

Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Maruotti, A., Ball, J., Briggs, J., Meredith, P., . . . Griffiths, P. (2018). What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *Journal of clinical nursing*, 27(11-12), 2248-2249. doi:10.1111/jocn.14058.

Salehi, L., Phalpher, P., Valani, R., Meaney, C., Amin, Q., Ferrari, K., & Mercuri, M. (2018). Emergency department boarding: a descriptive analysis and measurement of impact on outcomes. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 929-937.

SBU (2014). *Svårsläkta sår hos äldre – prevention och behandling. En systematisk litteraturöversikt*. (SBU-rapport nr 226). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Från: https://www.sbu.se/contentassets/198b277c682b437dbaa4111b5439c020/svarlakta_sar_aldre_2014.pdf.

Skyum, F., Andersen, V., Chen, M., Pedersen, C. & Mogensen, C.B. (2018). Infections gastroenteritis and the need for strict contact precaution procedures in adults presenting to the emergency department: a Danish register-based study. *Journal of hospital infection*, 98. 391–397.

SFS 2014:821. *Patientlag*. Hämtad den 20 maj, 2019, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821.

SFS 2017:30. *Hälso och sjukvårdslag*. Hämtad den 20 maj, 2019, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30.

Smittskydd Stockholm. (2019). *Handlingsprogram för MRSA, VRE, ESBLcarba- och ESBL-bildande Enterobacteriaceae i öppen- och slutenvården samt särskilda boenden för äldre i Stockholms län*. Stockholm: Smittskydd Stockholm. Från <https://www.vardgivarguiden.se/globalassets/behandlingsstod/smittskydd/arb/handlingsprogram.pdf?IsPdf=true>.

Socialstyrelsen (2013). *Kartläggning av metoder för patientsäkerhetsarbete – en granskning av insatser för patientsäkerhetskultur och metoder för identifiering och analys av risker mot patientsäkerheten*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/kartlaggning-av-metoder-for-patientsakerhetsarbete/>.

Sveriges kommuner och landsting, SKL (2011). *Fall och fallskador: Åtgärder för att förebygga*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting. Från <https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/fall-och-fallskador-atgarder-for-att-forebygga.html>.

Sveriges kommuner och landsting, SKL (2018). *Skador i vården: utveckling 2013–2017. Nationell nivå*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting. Från <https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/skador-i-varden-utveckling-2013-2017-2.html>.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Elanders Gotab.

Vuichard Gysin, D., Cookson, B., Dettenkofer, M., & Widmer, A. (2018). Variability in contact precautions to control the nosocomial spread of multi-drug resistant organisms in the endemic setting: a multinational cross-sectional study. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 7, 81.

BILAGOR

Bilaga 1. Matris för kvalitativ dataanalys

Erfarna konsekvenser av smitta och/eller isolering på akutmottagningen		
Temat	Koder	Citat ur data
Allvarliga medicinska konsekvenser	Allvarliga försämringar i patientens status.	
	Otillräcklig övervakning.	<p><i>"Hjärtstopp"</i></p> <p><i>"Hjärtinfarkt, stroke"</i></p> <p><i>"Dödsfall. Panikattack med söderslaget rum som resultat"</i></p> <p><i>"Fått vänta på vård och då blivit sämre"</i></p> <p><i>"Försämrats i sitt medicinska tillstånd och/eller omvårdnads behov som missats r/t sämre övervakningsmöjligheter på akuten då dom ligger isolerade."</i></p>
	Vänta på vård.	
Fallolyckor	Patient utom uppsyn.	<p><i>"Pat. föll på väg till toaletten."</i></p> <p><i>"Patienten har tex varit på enkelsal utan uppsikt av personal trots att denna hade behövt det, och till följd av detta fallit."</i></p>

	<p>Fallolyckor.</p>	<p><i>” Patienten hade ingen ringklocka och steg upp för att gå själv till toaletten. Ramlade i samband med detta ”</i> <i>” Förvirrad, ostabil patient försöker själv gå på toa. Fall och lätt blödning, yttligt ”</i> <i>” Patient klättrade ur brits och ramlade på golvet.”</i> <i>” Ramlat av britsen på väg till toalett ”</i></p>
	<p>Minskad kontakt med personalen.</p>	<p><i>” Rädsla och oro från personal att gå in till isolerade patienter. Tar lång tid att svara på ringningar rt. till detta.”</i> <i>” Bristande information till dessa patienter, samt förlängd tid till triage/prioritet, tolk bokas</i></p>

Bristande omvårdnad	Personalens rädsla för smitta.	<p>sällan (oklart varför egentligen).”</p> <p>”Tar längre tid för personal att svara på ringningar för isolerade patienter.”</p> <p>” Patient som visade sig ha ett kalium på 9,2 (akut njurskada efter gastroenterit) som blev liggande utan övervakning långt bort i korridoren med anledning av rädsla för calicismitta.”</p> <p>” Brist på nutrition och omvårdnad. Mediciner som ej delas ut i tid på grund av hög arbetsbelastning.”</p> <p>” Jag upplever det som att patienterna ibland känner sig isolerade också, när de är instängda på ett rum och vi i personalen kommer in med full mundering (långärmat förkläde och munskydd.) Även fast jag försöker förklara anledningen så känns det ibland som att patienten kan ta illa vid sig.”</p>
	Otillräcklig omvårdnad och uppsikt.	
	Upplevelse av isolering/avskildhet.	

Personalens erfarna anledningar till att göra avsteg från isoleringsrutiner		
Temat	Koder	Citat ur data
Resursbrist	Brist på lämpliga lokaler i förhållande till patientantal.	
	Lokaler ur funktion.	<p><i>” Brist på enkelsal med toalett eller isoleringsrum. Brist på möjlighet till övervakning av patient vid samtidigt behov av egen toalett.”</i></p> <p><i>” Platsbrist på Akuten”</i></p> <p><i>” Brist på isoleringsrum”</i></p> <p><i>” För att det inte funnit tillräckligt med isoleringsrum tillgängligt alternativt för att man velat vänta in ett bekräftande provsvar.”</i></p> <p><i>” Slut på isoleringsrum.”</i></p> <p><i>” Lokalrelaterat, ej kunnat erbjuda egen toalett.”</i></p> <p><i>” Slussen har inte fungerat adekvat.”</i></p>

Kritiska patienttillstånd	Patientens tillstånd för allvarligt	<i>" Allvarligt akut medicinsk tillstånd där man pga livshotande situation inte hinner upprätthålla isoleringsrutin "</i>
	Behov av kontinuerlig övervakning.	<i>" För dålig patient. Behöver kontinuerlig övervakning visuellt "</i> <i>" Vid akuta symtom som uppkommer. "</i>
	Akut försämring.	<i>" Pga sjuk pat som man inte vill lämna ensam. "</i> <i>"[...]kritiska patienter med isoleringsbehov kräver nära övervakning, inte ligga på ett rum längst ner i korridoren "</i> <i>" Typ pat som visar sig ha tbc. är för dålig att flytta till isolering eller innan man vet "</i> <i>" För att akuten inte har tillräckligt med isoleringsrum och de som finns saknar övervakning så de sjukaste kan inte ligga där av patientsäkerhetsskäl. "</i>

Utebliven identifiering	Isoleringsbehov inte identifierat/uppmärksammat	<p><i>" På grund av dålig anamnestagning "</i></p> <p><i>" Typ pat som visar sig ha tbc. är för dålig att flytta till isolering eller innan man vet "</i></p>
	Okunskap	<p><i>" Tex inte uppmärksammat behov av att isolera pt. Med remiss från VC med frågeställning tuberkulos "</i></p> <p><i>" Låtit patienten vänta i väntrummet trots smitta "</i></p>
	Tidsbrist	<p><i>" Otydlighet mellan personal. Missförstånd hos patient. "</i></p> <p><i>" Förmodligen för att smittan upptäckts i efterhand? "</i></p>
	Bristande kommunikation mellan personal och/eller mellan patient och personal	<p><i>" Otillräcklig kunskap "</i></p> <p><i>" Bristande kompetens hos enskilda läkare, samt envishet/bristande kommunikationsförmåga "</i></p>
	Ej bekräftad smitta/misstanke	<p><i>" Platsläge. Okunskap. "</i></p> <p><i>" Okunskap/slarv. "</i></p> <p><i>" Patient sökte för brännskador men hade även vattkoppor. Det fick vi reda på efter att patient tagits in på akutmottagning. "</i></p> <p><i>" Tidsbrist och okunskap "</i></p> <p><i>" Min upplevelse är att det ofta andra yrkeskategorier än undersköterskor och sjuksköterskor. Varför vet jag inte. Okunskap? Tar inte "</i></p>

		<p><i>ev. smitta på allvar? Tidsbrist?"</i></p> <p><i>" Går in för att "verifiera" misstanken med sämre skydd."</i></p>
Aktiva avsteg	Aktivt valda avsteg	<p><i>" Brist på isoleringsrum. Har då i samråd med infektionsbakjour bedömt vilken patient som kan vårdas på vanligt rum och vilka åtgärder som ska vidtas på det vanliga rummet"</i></p>
	Låg misstanke om smitta	<p><i>" Ansvarig läkare bedömt smittrisk som låg"</i></p> <p><i>" Prioriteringar"</i></p> <p><i>"[...] låg misstanke om calici trots symtom[...]"</i></p>

Bilaga 2. Enkätfrågor

1. Yrke: *Sjuksköterska, undersköterska, läkare*
2. Kön: *Kvinna, man, annat, vill ej svara*
3. Yrkeserfarenhet i nuvarande yrke: *1-3 år, 3-5 år, 5-8 år, 8-10 år, >10 år*
4. Arbetsplats: *Danderyds sjukhus, Södersjukhuset, Södertälje sjukhus, Karolinska Solna, Karolinska Huddinge, Norrtälje sjukhus, Caphio S:t Göran*
5. Har du erfarenhet av att avsteg från isoleringsåtgärder gjorts trots att patienten haft misstänkt eller bekräftad smitta? *Alltid, ofta, ibland, sällan, aldrig*
6. Om ja, varför har man gjort avsteg från rekommenderade isoleringsåtgärder?: *[fritext]*
7. Har du erfarenhet att patienter under *isolering eller med misstänkt smitta* fått vänta på vårdplats efter beslut om inläggning, till följd av sitt isoleringsbehov? *Alltid, ofta, ibland, sällan, aldrig*
8. Har du erfarenhet att patienter under *isolering eller med misstänkt smitta* drabbats av trycksår i samband med vårdtiden på akutmottagningen? *Alltid, ofta, ibland, sällan, aldrig*
9. Har du erfarenhet att patienter under *isolering eller med misstänkt smitta* har fallit i samband med vårdtiden på akutmottagningen? *Alltid, ofta, ibland, sällan, aldrig*
10. Har du erfarenhet att patienter under *isolering eller med misstänkt smitta* har drabbats av annan allvarlig händelse i samband med vårdtiden på akutmottagningen? *Alltid, ofta, ibland, sällan, aldrig*
11. Om du svarade ja på den tidigare frågan: vad hände?: *[Fritext]*
12. Har du erfarenhet att patienter under *isolering eller med misstänkt smitta* drabbats av utebliven omvårdnad i samband med vårdtiden på akutmottagningen? *Alltid, ofta, ibland, sällan, aldrig*
13. Har du erfarenhet att patienter under *isolering eller med misstänkt smitta* drabbats av uteblivna medicinska åtgärder i samband med vårdtiden på akutmottagningen? *Alltid, ofta, ibland, sällan, aldrig*

14. Har du erfårit att patienter under isolering eller med misstänkt smitta drabbats av fördröjda medicinska åtgärder eller undersökningar till följd av sitt isoleringsbehov? *Alltid, ofta, ibland, sällan, aldrig*
15. Har du erfårit att patienter under isolering eller med misstänkt smitta drabbats av fördröjda omvårdnadsåtgärder till följd av sitt isoleringsbehov? *Alltid, ofta, ibland, sällan, aldrig*
16. Har du upplevt att patienter under isolering eller med misstänkt smitta fått färre tillfällen till kontakt med vårdpersonal? *Alltid, ofta, ibland, sällan, aldrig*
17. Är det något du vill tillägga som inte tagits upp i frågorna ovan?: *[Fritext]*

Bilaga 3. Introducerande brev studiedeltagare

Studie om isoleringsåtgärder på akutmottagningen och dess konsekvenser.

Hej!

Mitt namn är Alicia Karlström och jag är sjuksköterska på akutmottagningen i Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge. Jag studerar till specialistsjuksköterska i infektionssjukvård på Röda Korsets högskola.

Jag skriver ett examensarbete och söker dig som är läkare, sjuksköterska eller undersköterska för att delta i en webbenkät. För att kunna svara på enkäten ska du ha erfarenhet av att vårda patienter under isolering eller med misstänkt/bekräftad smitta på akutmottagning. Frågorna rör isoleringsåtgärder på akutmottagningen och deras eventuella konsekvenser. **Enkäten tar ca 5 minuter att fylla i.** Enkäten finns tillgänglig till och med den 3 oktober 2019.

Bakgrunden till detta är att både isoleringsåtgärder och lång vistelsetid på akutmottagning var för sig ger ökad risk för vårdskador. Det finns däremot inte beskrivet i litteraturen huruvida isoleringsåtgärder på akutmottagningen innebär några risker eller konsekvenser för patienten. Syftet med studien är att undersöka vårdpersonalens erfarenheter av vården av patienter under isoleringsåtgärder på akutmottagningen.

Ditt deltagande i studien är frivilligt, och du kan välja att avbryta ditt deltagande när som helst. Du kommer inte att behöva uppge några persondata eller kontaktuppgifter och är alltså helt anonym i undersökningen. **Genom att påbörja enkäten ger du ditt samtycke till att delta.**

Länk till enkät:

<https://sv.surveymonkey.com/r/7CVTQVN>

Har du några frågor eller är intresserad av att ta del av det slutgiltiga examensarbetet är du välkommen att kontakta mig på aliciacarlstrom@hotmail.com. I övrigt publiceras arbetet på DiVA portal.

Vänliga hälsningar

Alicia Karlström