Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, Avancerad nivå
Specialistsjuksköterskeprogrammet 60 hp
Examinerat och godkänt: 2025-06-11

Egen svit eller tortyrkammare?

- Sjuksköterskors upplevelse av isoleringsvård

Private suite or a chamber of torture?

- Nurses' Experiences of Isolation Care

Författare: Therese Nordqvist
Asmeret Zegta

Handledare: Sara Stridh, PhD i medicin, lektor

Examinerande lärare: Stéphanie Paillard Borg, Med. Dr., Docent

Röda Korsets Högskola
Besöksadress: Hälsovägen 11C, 141 57 Huddinge | Postadress: Röda Korsets Högskola, Box 1059, 141 21 Huddinge
Telefon: 08 – 587 516 00 | E-post: info@rkh.se | www.rkh.se

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Isoleringsvård är en smittskyddsåtgärd som syftar till att förhindra smittspridning bland vårdpersonal, patienter och i samhället. Tidigare studier har visat att isolerade patienter kan uppleva känslor av begränsning samt utveckla ensamhet, ångest och rädsla. Sjuksköterskor ansvarar för att säkerställa vård av hög kvalitet och att erbjuda personcentrerad vård som främjar patientens delaktighet och värdighet. Det finns en brist i forskningen om hur sjuksköterskor upplever isoleringsvård , vilket motiverar denna studie.

Syfte: Att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med smittsamma sjukdomar under isoleringsvård.

Metod: En kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats . Data samlades in genom semistrukturerade intervjuer med tio legitimerade sjuksköterskor från tre infektionsavdelningar. Analysen genomfördes med stöd av kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Tre kategorier identifierades: prioriteringar i det dagliga arbetet, god omvårdnad och vårdmötets betydelse.

Slutsatser: Resultatet visar att sjuksköterskor upplever vården av smittsamma patienter i isoleringsvård som en integrerad del av sitt yrkesutövande, men att detta samtidigt innebär betydande psykosociala utmaningar för både sjuksköterskor och patienter. Trots en upplevd trygghet genom etablerade rutiner och adekvat skyddsutrustning kvarstår svårigheter, särskilt vad gäller kommunikation och ekonomiska begränsningar. För att främja en mer gynnsam arbetsmiljö och utveckla hållbara arbetsmetoder krävs ytterligare forskning och utvecklingsinsatser.

Nyckelord: Infektionsvård, Isolering, Sjuksköterska, Smittsamma sjukdomar, Upplevelser

ABSTRACT

Background: Isolation care constitutes an essential infection control measure aimed at preventing the transmission of infectious diseases among healthcare personnel, patients, and the broader community. Previous research has demonstrated that patients placed in isolation may experience feelings of confinement, as well as developing loneliness, anxiety and fear. Nurses hold a central responsibility for delivering high-quality, person-centered care that promotes patient participation and preserves dignity. However, there is a lack of research on how nurses experience isolation care, which motivates the present study.

Aim: To investigate nurses' experiences of caring for patients with infectious diseases during isolation care.

Method: A qualitative interview study with an inductive approach was employed. Data were collected through semi-structured interviews with 10 licensed nurses working in clinical practice at an infectious disease ward .The analysis was conducted using qualitative content analysis

Results: Three categories, as a response to the aim, were identified: priorities of the daily work, good nursing care and the meaning of the care meeting.

Conclusion: The findings reveal that while nurses perceive the care of patients in isolation as an integral aspect of their professional responsibilities; it simultaneously entails substantial psychosocial challenges for both patients and healthcare providers. Although established protocols and the availability of appropriate protective equipment contribute to a sense of safety, persistent difficulties remain, particularly concerning communication and financial constraints. To foster a more supportive work environment and to develop sustainable care practices, further research and targeted development initiatives are warranted.

Keywords: Experience, Infection care, Infectious diseases, Isolation, Nurse.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INNEHÅLLSFÖRTECKNING 1
INTRODUKTION 1
BAKGRUND 2
Smittsamma sjukdomar 2
Smittvägar 3
Smittförebyggande åtgärder 3
Hygienrutiner 3
Isoleringsvård 4
Tvångsvård vid isoleringsvård 4
Isoleringsvård ur patientens perspektiv 5
Sjuksköterskans ansvar 5
Bärande begrepp 6
Delaktighet 6
Vårdrelation 7
Problemformulering 7
SYFTE 8
METOD 8
Design 8
Urval 8
Datainsamling 8
Dataanalys 9
RESULTAT 12
Prioriteringar i det dagliga arbetet 12
Att känna empati 12
Emotionell belastning 14
Att tillgodose vårdbehovet 15
Praktiska utmaningar 16
God omvårdnad 17
Känsla av trygghet 17
Följsamhet till hygienrutiner 17
Vårdmötets betydelse 18
Att skapa god kontakt i vårdmötet 18
Att skapa en god vårdrelation 19
DISKUSSION 21
Metoddiskussion 21
Resultatdiskussion 23
Hållbar utveckling 25

SLUTSATSER 27
REFERENSER 28
BILAGOR 1
Bilaga 1. Intervjuguide 1
Bilaga 2. Förfrågan till verksamhetschef 1
Bilaga 3. Deltagarinformation och samtyckesformulär 2

INTRODUKTION

Minnen från en sjuksköterska på Karolinskas högisoleringsenhet:

”I januari 2020 rådde febril aktivitet på högisoleringsenheten på Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge. Misstänkta fall av det nya viruset från Kina skulle provtas enligt avdelningens inövade riktlinjer. Intaget av ”vanliga” patienter stängdes ner för att kunna prioritera provtagning och eventuell vård av patienter med det nya viruset. Personalen på avdelningen har regelbundet övat på provtagning av patienter med högsmittsamma sjukdomar och fick nu sätta sina kunskaper på prov. Efter många veckors febrilt arbete med provtagning av misstänkta fall så kom tillslut det första positiva provsvaret den 27 februari 2020. Efter det rullade det på med fler och fler positiva svar. Till slut bestämdes det att de mest lindrigt sjuka inte behövde vårdas inneliggande på sjukhus, utan kunde gå hem. De byttes då ut mot patienter med svåra andningssvårigheter som krävde höga flöden av syrgas. På vissa patienter sattes urinkateter endast för att de blev för andningspåverkade av att gå upp till toaletten. Varje pass behövde någon eller några patienter förflyttas till intensivvårdsavdelning och någon eller några patienter avled på avdelningen.

Det var tungt arbete där personalen hade skyddskläder på sig i upp till två timmar innan man kunde sanera sig och vila ett tag. Behövde man få in material till rummet så fanns det personal på utsidan av rummet som kunde lämna in det i slussen för att arbetet skulle flyta på. Samtidigt fanns rädslan för det här nya viruset, man såg ju hur sjuka folk blev. Hade jag spritat mig ordentligt efter att jag tagit av mig skyddskläderna? Fanns det viruspartiklar kvar på mitt hår som jag kunde smitta min son med när jag kom hem från jobbet?”

Detta vittnesmål ger en konkret inblick i de påfrestningar och utmaningar som kan uppstå vid vård av patienter med smittsamma sjukdomar under isoleringsvård. Det belyser hur arbetsrutiner, säkerhetstänkande och emotionella påslag påverkar sjuksköterskans vardag, oavsett vilken smittsam sjukdom det handlar om. Även om berättelsen utspelar sig i början av covid-19-pandemin, illustrerar den mer generellt de villkor som råder inom isoleringsvård, där kraven på skyddsutrustning, strikt följsamhet till hygienrutiner och en ständig vaksamhet inför smittspridning är väsentligt. I denna typ av vårdmiljö utmanas sjuksköterskans yrkesroll både fysiskt och psykiskt, samtidigt som vårdrelationen påverkas av barriärer och begränsad kontakt. Mot denna bakgrund syftar föreliggande studie till att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med smittsamma sjukdomar i isoleringsvård, för att fördjupa förståelsen för deras upplevelser och identifiera behov av stöd i denna specifika vårdkontext.

BAKGRUND

I en globaliserad värld utgör smittsamma sjukdomar ett ständigt hot mot människors hälsa och samhällens stabilitet. Sjukdomars spridning känner inga geografiska gränser, vilket gör smittskydd och infektionskontroll till en central del av det internationella folkhälsoarbetet. Enligt Världshälsoorganisationen (World Health Organization [WHO], 2024) är förebyggande och kontroll av infektionssjukdomar avgörande för att säkerställa global hälsa och social trygghet. Vikten av detta arbete betonas även i Agenda 2030, där mål 3 "God hälsa och välbefinnande" lyfter fram behovet av att bekämpa epidemier och minska den globala bördan av infektionssjukdomar. Delmål 3.3 syftar till att "år 2030 ha utrotat epidemierna av aids, tuberkulos, malaria och försummade tropiska sjukdomar samt bekämpa hepatit, vattenburna sjukdomar och andra smittsamma sjukdomar" (Svenska FN-förbundet, 2023). Dessa ambitioner kräver global samordning, ökad beredskap och välutbildad vårdpersonal.

International Council of Nurses (ICN) framhåller sjuksköterskors nyckelroll i arbetet för global hälsa. I sin etiska kod betonar ICN (2021) sjuksköterskans ansvar att främja hälsa, förebygga sjukdom och lindra lidande, både på individnivå och i ett bredare samhällsperspektiv. Genom sin expertis inom hygien, omvårdnad och folkhälsoarbete har sjuksköterskor en central funktion i att förebygga smittspridning, särskilt vid infektionsutbrott. Detta gäller såväl i det lokala vårdarbetet som i det globala hälsosystemet. Mot denna bakgrund ämnar föreliggande examensarbete undersöka sjuksköterskors upplevelser av isoleringsvård och att vårda patienter med smittsamma sjukdomar. Som en orienterande inledning följer därför en beskrivning av vad som räknas som smittsamma sjukdomar, hur de sprids och hur de hanteras inom infektionsvården.

Smittsamma sjukdomar

Infektionssjukdomar utgör en växande global folkhälsoutmaning och har under de senaste decennierna ökat i både omfattning och komplexitet (WHO, 2024). Deras förekomst är nära sammankopplad med faktorer såsom ojämlik hälsa, urbanisering och global rörlighet, vilket gör dem särskilt relevanta i ljuset av de globala utvecklingsmålen. Denna utveckling ställer krav på förstärkt smittskydd, förbättrad övervakning och god vårdhygien. Både nyuppkomna infektioner och återkommande sjukdomar som tidigare bedömts vara under kontroll bidrar till den ökade bördan (Wang et al., 2024). Detta återspeglas även i statistiken. I en brittisk studie noterades en ökning av sjukhusinläggningar på grund av infektions- och parasitsjukdomar med 412,9 % mellan 1999 och 2019 – från 151 336 till 776 215 fall (Sweiss et al., 2022). Liknande tendenser har setts i Sverige, där sjukhusinläggningar med infektionsdiagnoser ökade från 115 000 till 182 000 mellan perioderna 1998–2002 och 2015–2019, vilket motsvarar en incidensökning från 17,4 till 23,0 per 1 000 personår (Gustav et al., 2022). Denna ökning speglar en växande vårdbelastning och understryker behovet av effektiva preventiva åtgärder samt ett robust smittskydd för att säkerställa en hållbar och jämlik hälso- och sjukvård.

I Sverige regleras hanteringen av smittsamma sjukdomar genom Smittskyddslagen (SFS 2004:168).

Där definieras en smittsam sjukdom som en sjukdom som kan överföras till eller mellan människor och som utgör ett hot mot människors hälsa. Lagen utgör grunden för de smittskydds- och vårdhygienåtgärder som tillämpas inom vården. Smittsamma sjukdomar kategoriseras utifrån deras samhällsfara, vilket avgör vilka insatser som krävs för att begränsa smittspridning. Allmänfarliga sjukdomar är sådana som kan vara livshotande, kroniska eller ge allvarliga följdsjukdomar. Dessa kräver särskilda åtgärder såsom anmälningsplikt och smittspårning (Folkhälsomyndigheten, 2006). Exempel på sådana sjukdomar är hivinfektion, tuberkulos, fågelinfluensa (H5N1) och infektioner med enterohemorragisk Escherichia coli (EHEC), vilka i vissa fall kan kräva isoleringsvård. En ännu striktare kategori utgörs av samhällsfarliga sjukdomar, vilka kan spridas snabbt och orsaka omfattande störningar i samhällsviktiga funktioner som hälso- och sjukvård, transporter och försörjningssystem (SFS 2004:168; WHO, 2024). Dessa sjukdomar kräver ofta omfattande åtgärder, såsom karantän, reseförbud och särskilda hygienregler. Exempel inkluderar ebola, smittkoppor och SARS. Under covid-19-pandemin klassificerades även covid-19 som en samhällsfarlig sjukdom på grund av dess höga smittsamhet och omfattande samhällspåverkan (Li et al., 2020; WHO, u.å.). För att effektivt hantera dessa hot krävs att hälso- och sjukvårdspersonal har god kunskap om smittsamma sjukdomar och relevanta skyddsåtgärder. Detta är avgörande inte bara för att skydda patienter och personal, utan även för att förebygga samhällsspridning av potentiellt allvarliga infektioner (Petersen et al., 2020). Därmed en grundläggande förståelse för hur dessa infektioner sprids är avgörande.

Smittvägar

Smittvägar avser de olika sätt på vilka mikroorganismer överförs från en smittkälla till en mottaglig individ, och har stor betydelse för förståelsen av hur infektioner sprids inom vårdmiljöer (Ericson et al., 2018, s. 37–40). Grundläggande kunskap om smittvägar är avgörande för att kunna implementera effektiva förebyggande åtgärder och minska risken för vårdrelaterade infektioner (Li, 2021). Mikroorganismer kan spridas genom flera vägar, där de fyra huvudsakliga är: direkt kontaktsmitta, indirekt kontaktsmitta (via föremål och ytor), droppsmitta och luftburen smitta (Leung, 2021).

Kontaktsmitta kan ske antingen direkt, genom fysisk kontakt mellan en smittad och en mottaglig individ, eller indirekt, via kontaminerade föremål och ytor (Leung, 2021). Den indirekta formen är särskilt relevant i vårdmiljöer, där god handhygien och noggrann desinfektion av ytor utgör centrala åtgärder för att minska smittspridningen (Cortez & Weitz, 2013). Droppsmitta innebär att mikroorganismer sprids via större vätskedroppar (50-100 µ) som uppstår vid hosta, nysningar, tal eller kräkningar (Li, 2021). Dessa droppar färdas oftast mindre än en meter innan de faller till marken eller på ytor, vilket möjliggör smitta genom direkt kontakt med slemhinnor eller indirekt via kontaminerade ytor (Leung, 2021). Luftburen smitta sker genom väldigt små partiklar (>5 µ) , så kallade aerosoler, som kan hålla sig svävande i luften under lång tid och spridas över stora avstånd (Li, 2021; Tang et al., 2023). Aerosoler kan bildas vid samma aktiviteter som orsakar droppsmitta, men även vid vissa medicinska ingrepp såsom sugning och intubation (Tang et al., 2023). Eftersom dessa partiklar kan inhaleras av individer som befinner sig långt från smittkällan, är ventilation och luftflöde viktiga faktorer för att begränsa spridningen (Giri et al., 2024). Exempel på infektioner som sprids via denna smittväg är tuberkulos, mässling och vattkoppor (Rygh et al., 2020).

Smittförebyggande åtgärder

Hygienrutiner

För att förebygga smittspridning mellan personal och patienter inom vården används både basala och specifika hygienrutiner (Folkhälsomyndigheten, 2022). Basala hygienrutiner omfattar generell skyddsutrustning och god handhygien vilket syftar till att minimera risken för smittöverföring via personalens händer och arbetskläder (Socialstyrelsen, 2015). Specifika hygienrutiner är anpassade efter identifierade smittämnen och smittvägar och benämns som personlig skyddsutrustning [personal protective equipment, PPE] (Folkhälsomyndigheten, 2022). Vid vård av patienter med sjukdomar som exempelvis tuberkulos eller covid-19 kompletteras basala hygienrutiner med personlig skyddsutrustning, däribland andningsskydd för personalen (Smittskydd Stockholm, 2024). Dessa andningsskydd klassificeras enligt standarderna FFP2 och FFP3 (Filtering Facepiece Particles), där klass 3 ger den högsta graden av skydd mot luftburna partiklar (Folkhälsomyndigheten, 2022).

Isoleringsvård

Isoleringsvård är en smittskyddsåtgärd där en patient vårdas avskilt från andra patienter, antingen för att förhindra smittspridning från en smittsam individ eller för att skydda personer med nedsatt immunförsvar (Folkhälsomyndigheten, 2006). Enligt smittskyddslagen (SFS 2004:168) är isolering obligatorisk vid förekomst av allmänfarliga sjukdomar där det finns en påtaglig risk för vidare smittspridning. Vid isoleringsvård ska både patienter och närstående få tydlig information om gällande hygienrutiner, särskilt handhygien, och alla som vistas i patientrummet ska bära korrekt skyddsutrustning enligt dessa rutiner (Folkhälsomyndigheten, 2006). För att vårdpersonal konsekvent ska kunna följa dessa rutiner krävs utbildning, återkoppling och ett stödjande arbetsklimat (Gammon & Hunt, 2018).

Principerna för isoleringsvård bygger på att bryta smittkedjan genom att identifiera och isolera smittkällan (Gammon & Hunt, 2018). Valet av isoleringsform avgörs av smittämnets egenskaper och smittvägar, och kan innebära placering i enkelrum med stängd dörr eller i rum med luftsluss, beroende på smittsamhet och risk för spridning(Folkhälsomyndigheten, 2006). Enkelrum är att föredra vid droppsmitta och indirekt kontaktsmitta, särskilt för patienter med symtom som diarré, kräkningar eller okontrollerbar sekretion, då dessa innebär en ökad smittorisk och kräver tillgång till egen toalett och hygienutrustning (Rygh et al., 2020). En väsentlig komponent i att begränsa luftburen smittspridning är ventilationssystemet. Effektiv ventilation, särskilt i form av undertrycksventilation och kontrollerad luftväxling, minskar koncentrationen av smittämnen i luften och reducerar därmed risken för överföring (Atkinson et al.,2009). Bristfällig ventilation i vårdmiljöer har visat sig öka smittrisken, särskilt i trånga utrymmen där viruspartiklar kan cirkulera under längre tid (Qian et al., 2020). Patienter med luftburen smitta ska därför isoleras i enkelrum med egen dusch och toalett, helst utrustade med sluss och undertrycksventilation, där dörrarna till slussen och patientrummet aldrig får stå öppna samtidigt för att undvika kontaminering (Li et al., 2020). För att ytterligare minska risken för oavsiktlig spridning av mikroorganismer via ytor eller personalens kläder är det avgörande att vårdmiljön är välorganiserad och att arbetet planeras noggrant (Gammon & Hunt, 2018).

Tvångsvård vid isoleringsvård

I vissa situationer kan isoleringsvård aktualisera frågan om tvångsåtgärder. Enligt smittskyddslagen (2004:168) kan patienter med allmänfarliga sjukdomar isoleras mot sin vilja om det anses nödvändigt för att skydda omgivningen. Denna form av vård berör därmed både individens rätt till självbestämmande och samhällets ansvar att förebygga smittspridning. Tvångsvård kan också förekomma enligt andra lagrum, såsom lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), när smittspridning bedöms vara kopplad till pågående missbruk. Användningen av tvångsvård inom hälso- och sjukvården är omgärdad av strikta juridiska och etiska ramar, där patientens integritet, rättssäkerhet och mänskliga rättigheter måste beaktas. Trots detta är tvångsåtgärder ibland nödvändiga för att säkerställa allmänhetens hälsa och säkerhet, vilket gör det viktigt att väga individens frihet mot samhällets skyddsintressen. I vårdsammanhang kan detta skapa etiska dilemman och påverka vårdrelationen negativt, särskilt när patienter upplever sig kontrollerade snarare än vårdade.

Isoleringsvård ur patientens perspektiv

Isoleringsvård begränsar patientens sociala interaktioner och kan leda till både fysiska och psykosociala konsekvenser. Enligt en norsk studie av Rygh et al. (2020) upplevde patienter i isolering en förändrad känsla av sammanhang, vilket påverkade deras välbefinnande negativt. I en studie från Kroatien av Matić et al. (2023) framkom att isolering gav upphov till känslor såsom depression, ilska, frustration och skuldkänslor hos patienterna. Dessa fynd bekräftas i en systematisk översikt av Nair et al. (2020), som inkluderade studier från bland annat USA och Storbritannien, där det påpekades att patienter som vårdats isolerade under längre tid ofta upplever mer negativa erfarenheter, såsom oro och nedstämdhet, jämfört med patienter som inte vårdats isolerade. Enligt en amerikansk studie av Abad et al. (2010) visade självskattningsformulär att patienter i isolering rapporterade högre nivåer av psykisk ohälsa ju längre vårdtiden blev, vilket tyder på att isoleringsvård kan påverka patienters psykiska hälsa negativt.

Fregonese et al. (2023) från Storbritannien beskriver att patienter som vårdas isolerade kan uppleva både fördelar och nackdelar. För vissa framstår enkelrummet som ett privilegium, jämförbart med ett femstjärnigt hotell, där lugnet och avkopplingen framhävs som positiva aspekter. Samtidigt upplever andra isoleringen som påfrestande, och enkelrummet kan kännas som ett fängelse. Studien pekar också på att ensamhet är mer utbredd bland de som vårdas isolerat jämfört med patienter som vårdas icke-isolerade.

I en fransk studie av Eqylan et al. (2022) upplevde patienter i isolering bristande kommunikation med sjuksköterskor samt otillräcklig information om sitt hälsotillstånd. Luker et al. (2023) från Australien beskriver att isolering kan leda till minskad kontakt med vårdpersonal och anhöriga. Patienterna uppfattade isoleringen som en bestraffning och saknade social kontakt med andra människor. De upplevde att sjuksköterskorna vidtog överdrivna försiktighetsåtgärder för att undvika kontakt, istället för att lugna och informera patienterna. Patienterna beskrev även hur personalen endast kortvarigt besökte dem vid specifika behov, såsom medicinering eller måltider, vilket förstärkte deras känsla av ensamhet. Vidare uttryckte patienterna missnöje över att behandlingen av deras grundsjukdom blev eftersatt samt att fysioterapi uteblev på grund av isoleringen. Detta stöds även av en svensk studie av

Skyman et al. (2010), där patienter upplevde att de inte fick samma vård och rehabilitering som andra patienter samt att informationen om sjukdomen var bristfällig. Patienterna beskrev dessutom en känsla av utsatthet på grund av negativa reaktioner från vårdpersonal och personer i omgivningen.
I en studie från Tyskland av Gillitzer et al. (2024) undersöktes om den mentala ohälsa som isoleringsvården leder till kunde motverkas genom att i början av vårdtiden hålla ett informationsmöte där patienten får information om sin sjukdom, isoleringsrutiner och vårdtiden. Resultatet visade att patienter som medverkat i ett informationsmöte erhöll god kunskap om sin hälsosituation och hade bättre psykiskt mående under vårdtiden.

Sjuksköterskans ansvar

Enligt den etiska koden från International Council of Nurses (ICN, 2021) omfattar sjuksköterskans ansvar fyra väsentliga områden: att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande. Dessa ansvarsområden tydliggör sjuksköterskans grundläggande roll inom vård och omsorg. ICN betonar även att sjuksköterskans arbete ska vila på professionens kärnvärden, såsom respekt, rättvisa, empati, lyhördhet, omsorg, medkänsla, tillit och integritet. Att dessa värden förblir vägledande även under påfrestande förhållanden bekräftas i en studie av Peter et al. (2022), där sjuksköterskors erfarenheter under covid-19-pandemin lyfts fram. Trots resursbrist, isolering och emotionell belastning visade sjuksköterskorna i studien prov på etisk medvetenhet, där de aktivt verkade för att lindra lidande och bevara patientens värdighet. Svensk sjuksköterskeförening (2017) betonar i linje med detta att omvårdnad alltid ska grundas på respekt för mänskliga rättigheter samt patientens individuella värderingar och självbestämmande. Vidare framhålls vikten av att vården sker i nära samverkan med patienten, där relationen mellan sjuksköterska och patient är väsentlig för att uppnå en värdig och högkvalitativ vård.

Den personcentrerade vården framhålls av ICN (2021) och innebär att vården ska baseras på respekt och förståelse för varje individs unika egenskaper och behov, samt att patienten aktivt involveras i både planeringen och genomförandet av sin egen vård. Enligt Johnsen et al. (2022) bidrar en sådan vårdmodell till att stärka relationen mellan sjuksköterskan och patienten, vilket i sin tur leder till ökad arbetstillfredsställelse hos sjuksköterskan, bättre egenvårdsförmåga hos patienten och högre kvalitet på den vård som ges. Vidare understryker Andersson et al. (2015) vikten av ett holistiskt synsätt, där sjuksköterskor ser individen bakom sjukdomen och fokuserar på att stärka patientens känsla av värdighet. Detta kräver att sjuksköterskan är öppen, insiktsfull och kreativ samt närvarande, för att kunna ge tröst och stöd samtidigt som patientens åsikter och beslut fullt ut respekteras.

Bärande begrepp

Delaktighet

Rätten att vara delaktig i sin egen vård är en grundläggande princip som lyfts fram i Patientlagen (2014:821). Där anges att patienten ska ges möjlighet att tillsammans med vårdpersonalen utforma sin vård utifrån individuella behov och önskemål. Delaktighet innebär inte bara att patienten får information, utan även att denne är med och påverkar beslut som rör vården. För att detta ska bli

möjligt krävs en vårdrelation där patient och vårdpersonal möts i dialog och samarbete. Enligt Sahlsten et al. (2008) uppnås delaktighet när fyra centrala kriterier är uppfyllda: en etablerad relation mellan sjuksköterska och patient, ett ömsesidigt engagemang, delat informations- och kunskapsutbyte samt en viss maktförskjutning från vårdgivare till patient. Det innebär att sjuksköterskan behöver vara beredd att överlämna en del av sin kontroll för att möjliggöra att patienten tar en aktiv roll i vårdprocessen.

En jämlik maktbalans är avgörande för att skapa en vårdmiljö där patienten känner sig trygg nog att uttrycka sina önskemål och därmed återfår en känsla av kontroll i en potentiellt utsatt situation som en sjukhusvistelse ofta innebär. Genom att bygga en relation som präglas av respekt och förtroende ökar förutsättningarna för ett meningsfullt samspel, där patientens kunskap om sin egen kropp och livssituation ses som likvärdig den professionella kunskap som vårdpersonalen besitter (Sahlsten et al., 2008). Detta synsätt bekräftas även av Gillitzer et al. (2024), där informativa samtal i början av vårdtiden visade sig bidra till ökat välmående hos patienterna, vilket tyder på att information inte bara är ett verktyg för kunskapsöverföring utan också för att stärka patientens känsla av delaktighet.

För att skapa dessa förutsättningar är ett personcentrerat arbetssätt avgörande. Personcentrerad vård innebär att patienten inte bara betraktas som en mottagare av vård utan som en aktiv partner i det vårdande teamet, vilket i sin tur kräver att vården organiseras utifrån patientens berättelse, upplevelser och resurser (Edberg et al., 2021, s. 30–53). Fokus flyttas därmed från sjukdomen i sig till hur patienten upplever sin situation och vad hen själv anser är viktigt. En av grundprinciperna för personcentrerad vård är patientens berättelse där patienten beskriver sin hälsa och livssituation, vilket ska vara utgångspunkten och komplettera den medicinska bedömningen (Forsberg, 2022, s. 113–129). Partnerskap är ytterligare en grundprincip, där patienten förväntas ta en aktiv roll i sin vård. De två sista grundprinciperna för personcentrerad vård är delat beslutsfattande, vilket innebär att patientberättelsen är utgångspunkten för att fatta bästa möjliga medicinska beslut, samt teamet runt patienten där olika vårdgivare och yrkesgrupper strävar efter att vårda patienten som en helhet.

Vårdrelation

Begreppet vårdrelation syftar på den professionella och personliga interaktion som etableras mellan vårdpersonal och patient, och utgör enligt Björck och Sandman (2007) själva kärnan i omvårdnaden. Vårdrelationen är en väsentlig komponent inom hälso- och sjukvården, då den påverkar både de medicinska och de psykosociala aspekterna av vården (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). En god vårdrelation kännetecknas av ömsesidigt förtroende, respekt och ett etiskt förhållningssätt, där sjuksköterskan inte enbart verkar som medicinsk expert utan även som medmänniska och stödjande samtalspartner (Halldórsdóttir, 2008).
För att uppnå god och personcentrerad vård är det avgörande att patienten känner tillit till sjuksköterskan, både i sin professionella roll och som individ. Denna tillit skapas genom en kombination av yrkesmässig kompetens, empatiskt bemötande och kontinuitet i vårdkontakten (Edvardsson et al., 2017). Vårdrelationen grundar sig på vårdpersonalens kunskap, kliniska erfarenhet och förmåga att skapa trygghet och förutsägbarhet i vårdsituationen. Detta ger i sin tur positiva effekter för patientens hälsa, välbefinnande och upplevelse av vården (Gillitzer et al., 2024).
Trots denna strävan efter ömsesidighet kan vårdrelationen ses som obalanserad ur ett maktperspektiv då vårdpersonalen har en professionell maktposition (Doherty & Doherty, 2005).

Denna obalans kan dock hanteras genom att vårdpersonalen medvetet främjar patientens delaktighet och självbestämmande i vårdprocessen. Genom att involvera patienten i beslut och skapa förutsättningar för medinflytande stärks patientens autonomi och upplevelse av att bli sedd och respekterad (Ekman et al., 2011). Forskning visar att en välfungerande vårdrelation har en direkt koppling till förbättrade vårdresultat, stärkt hälsa samt ökad patientnöjdhet (Gillitzer et al., 2024). Det finns en stark evidens som visar att när patienter känner sig trygga, lyssnade på och delaktiga, ökar sannolikheten för att de följer behandlingsrekommendationer, känner sig mindre stressade och upplever en högre livskvalitet.

Problemformulering

Isoleringsvård är en grundläggande smittskyddsåtgärd, men innebär samtidigt en risk för att patienter upplever både psykiskt och fysiskt lidande. Sjuksköterskor har ett ansvar att erbjuda personcentrerad och delaktig vård samt att upprätthålla trygga vårdrelationer även under isolering. Trots detta visar forskning att patienternas behov inte alltid tillgodoses i dessa situationer. Tidigare studier har främst fokuserat på patienternas perspektiv, medan sjuksköterskors egna erfarenheter av isoleringsvård är mindre utforskade, särskilt i en svensk kontext. Det finns därför en kunskapslucka kring sjuksköterskors upplevelser, utmaningar och möjligheter, vilket motiverar denna intervjustudie för att ge ökad förståelse och för att kunna utveckla och förbättra isoleringsvården för patienter med smittsamma sjukdomar.

SYFTE

Syftet var att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med smittsamma sjukdomar under isoleringsvård.

METOD

Design

Studien är en kvalitativ intervjustudie som utfördes med ett induktivt förhållningssätt, vilket innebär att förståelsen för fenomenet skapades utifrån intervjuerna som genomfördes och bearbetades (Polit & Beck, 2022). Enligt Henricson och Billhult (2023) är denna metod lämplig för att erhålla en djupare förståelse av individers unika perspektiv och levda erfarenheter.

Urval

För att besvara syftet användes ett ändamålsenligt urval, vilket innefattar sjuksköterskor som arbetar på infektionsklinik då de ansågs kunna beskriva upplevelser av att vårda smittsamma patienter under isoleringsvård (Henricson & Billhult, 2023).

Inklusionskriterierna för studien omfattade legitimerade sjuksköterskor med anställning vid infektionsklinik och som vid intervjutillfället hade minst tre månaders klinisk erfarenhet från isoleringsvård av patienter med smittsamma sjukdomar. Kriteriet på minst tre månaders erfarenhet säkerställa att sjuksköterskorna hade tillräcklig praktisk erfarenhet för att kunna bidra med relevanta och innehållsrika beskrivningar som besvarade studiens syfte. Samtidigt möjliggjorde kriteriet en erfarenhetsmässig spridning, från relativt nyanställda till mer erfarna sjuksköterskor

Exklusionskriterier för studien omfattade sjuksköterskor som i sitt kliniska arbete inte arbetar patientnära med vård av patienter med smittsamma sjukdomar, exempelvis enbart administrativt anställda sjuksköterskor eller sjuksköterskor som huvudsakligen arbetade inom öppenvård. Därtill exkluderades sjuksköterskor med timanställning eller visstidsanställning, eftersom detta kunde innebära en lägre kontinuitet och därmed begränsad erfarenhet av isoleringsvård.

Datainsamling

För etiskt ställningstagande gjordes en etikprövning som bedömdes och godkändes av examinator vid Röda Korsets högskola.

För att rekrytera sjuksköterskor skickades ett mail med förfrågan om att få genomföra studien till verksamhetschefen på infektionskliniken (se bilaga 2). Efter godkännande från verksamhetschefen skickade omvårdnadscheferna på klinikens tre infektionsavdelningar ut mail med deltagarinformation och samtyckesblankett till sjuksköterskorna på respektive avdelning (se bilaga 3). I mailet informerades chefer och potentiella deltagare om examensarbetets syfte, vilka som skulle genomföra intervjuerna samt att deltagandet var frivilligt och att personuppgifter skulle behandlas

konfidentiellt (Vetenskapsrådet, 2024, s. 63). Rekryteringen av deltagare genomfördes dels via mejl och dels via direktkontakt med sjuksköterskorna på arbetsplatsen, dock efter att dessa sjuksköterskor först erhållit mejlet med deltagarinformation. Detta eftersom att alla inte läser sin mejl regelbundet och tiden för att utföra intervjuerna var knapp. För att undvika forcerat deltagande vid rekryteringen via direktkontakt så tänkte författarna på hur frågan om deltagande ställdes till dessa sjuksköterskor och lade fram det som en påminnelse.

Antalet deltagare planerades till mellan sex och tio informanter, vilket enligt Polit & Beck (2022) anses tillräckligt för att uppnå datamättnad och ge ett robust underlag för analysen. Under studiens gång gjordes kontinuerliga reflektioner över kvaliteten på de insamlade data för att avgöra när datamättnad uppnåtts och huruvida ytterligare intervjuer var nödvändiga för att nå en djupare förståelse för fenomenet.

Totalt intervjuades tio legitimerade sjuksköterskor som arbetar kliniskt på infektionskliniken, vilket enligt Polit och Beck (2022) är tillräckligt för att undersöka ett fenomen. Sjuksköterskorna hade mellan åtta månaders och trettiofem års erfarenhet av infektionssjukvård, och åldersspannet låg mellan tjugosex och femtiofem år. Fyra av deltagarna hade specialistutbildning, två inom infektionssjukvård, en inom intensivvård och en inom onkologisk vård.

Intervjuerna genomfördes i en lokal utanför sjuksköterskornas arbetsplats och varade mellan femton och trettiofem minuter. Vid varje intervju informerades deltagarna om att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande, att intervjun spelades in, samt att inspelningarna skulle raderas när examensarbetet var godkänt och avslutat. Deltagarna fyllde i en samtyckesblankett som förvarades inlåsta av en av författarna.

Intervjuerna var semistrukturerade med öppna frågor och författarna följde en intervjuguide med förslag på fördjupande frågor, vilket enligt Polit och Beck (2022) möjliggör flexibilitet vid datainsamling. Metoden lämpade sig väl med examensarbetets syfte, vilket är att utforska sjuksköterskors upplevelser av fenomenet. Se bilaga 1 för intervjuguiden.

Datainsamlingen genomfördes med ljudinspelning via telefon och dator samtidigt som intervjuerna automatiskt transkriberades med ett digitalt dikteringsverktyg i Microsoft Word.

Dataanalys

Dataanalysen genomfördes med kvalitativ innehållsanalys. Kvalitativ innehållsanalys är ett systematiskt sätt att bearbeta ett omfattande textmaterial för att få fram en tydlig och välstrukturerad sammanfattning av de viktigaste resultaten. Detta sker genom att stegvis analysera rådata och successivt bearbeta det ordagranna innehållet till koder, kategorier eller teman (Graneheim & Lundman, 2004).

Den automatiska transkriberingen kontrollerades noggrant och eventuella fel korrigerades mot inspelningarna för att säkerställa att varje ord inkluderades och att ingen viktig information förlorades. I detta steg delade författarna upp intervjuerna och kontrollerade hälften var. Därefter lästes alla transkriptionerna igenom upprepade gånger av båda författarna i syfte att utveckla en fördjupad förståelse för materialet och identifiera relevanta meningsenheter. Denna process utgör

en viktig inledande fas i analysarbetet för att få ett grepp och känsla för textens helhet och upprätthålla en tydlig koppling till studiens syfte (Graneheim & Lundman, 2004).

Meningsbärande enheter identifierades och markerades med digital överstrykningspenna och överfördes till ett separat analysschema i Word-dokument för att få en översikt och underlätta jämförelse och tolkning av data i nästa steg enligt Graneheim et al. (2023). Meningsenheter kondenserades sedan ned till det mest väsentliga med försiktighet för att bibehålla den ursprungliga innebörden, se tabell 1 för exempel från analysprocessen. Detta steg i processen delades på hälften mellan författarna, för att sedan gå igenom resultatet tillsammans.

Det kondenserade innehållet utgjorde därefter underlag för kodning. Kodning av meningsenheterna innebär att kortfattat beskriva deras betydelse och därefter skapa en kod som symboliserar denna betydelse (Graneheim et al., 2023). Kodningen utfördes tillsammans av båda författare genom ett noggrant, jämförande och återkommande arbete där författarna granskade och diskuterade kodernas relevans i förhållande till studiens syfte. Koden beskrevs med etikett som är textnära och ger stöd för att förstå sammanhanget genom deras relation till texten.

I det efterföljande steget sorterades likartade koder och grupperades i subkategorier och kategorier. Kategoriseringen skedde genom att författarna gemensamt diskuterade kodernas likheter och skillnader, och kategorierna definierades utifrån hur väl de svarade mot studiens syfte (Graneheim & Lundman, 2004). Slutligen bildades fyra kategorier och elva subkategorier som var relevanta för syftet.

Tabell 1. Exempel från analysprocessen

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
"Jag har haft jättemånga som frågat mig 'är du inte rädd att bli smittad själv?', men eftersom att vi har basala hygienrutiner och korrekt utrustning är jag absolut inte rädd."	Upplever trygghet i hygienrutiner och skyddsutrustning och känner ingen rädsla för smitta	Trygghet i rutiner	Att känna sig trygg i omvårdnads-åtgärder	God omvårdnad
"Med patienten fungerar det ju definitivt sämre... extra hinder för spontant möte... Skydden kanske hamnar i vägen för kommunikationen... De kan inte se mig ordentligt när jag pratar."	Kommunikationen med isolerade patienter försvåras av skyddsutrustning och minskar spontana möten	Kommunikations-hinder	Att skapa god kontakt i vårdmötet	Vårdmötets betydelse

Etiska aspekter

Forskning som involverar människor ska bedrivas med respekt för individens värdighet, integritet och autonomi. Författarna har därför haft ett tydligt etiskt förhållningssätt genom hela examensarbetet och förhållit sig till de etiska principer som framhålls av både Vetenskapsrådet (2024) och Helsingforsdeklarationen (World Medical Association [WMA], 2024). I enlighet med dessa riktlinjer informerades samtliga deltagare om studiens syfte, genomförande, deras rättigheter samt hur uppgifter skulle hanteras. Detta gjordes både muntligt och skriftligt via ett informationsbrev. Särskild vikt lades vid att betona frivilligheten i deltagandet, att samtycke kunde återkallas när som helst utan negativa konsekvenser, samt att ingen deltagare skulle utsättas för påtryckningar. Ett skriftligt informerat samtycke inhämtades från varje deltagare, vilket är i linje med Helsingforsdeklarationens krav på att forskaren bär det yttersta ansvaret för att deltagarnas välbefinnande, autonomi och integritet skyddas under hela forskningsprocessen (WMA, 2024).

För att säkerställa deltagarnas konfidentialitet avidentifierades allt insamlat material vid transkribering. Namn och andra identifierbara uppgifter ersattes med kodnycklar (DT: 1–10) som förvarades separat från intervjudata. All data sparades på lösenordsskyddade datorer, endast åtkomliga för författarna. Efter avslutad och godkänd examination raderades allt inspelat och transkriberat material i enlighet med Europaparlamentet och Europeiska unionens råd (2016) . Författarna eftersträvade också att minimera risken för emotionell påverkan under intervjuerna, exempelvis genom att erbjuda en neutral miljö samt genom att förhålla sig lyhört och icke-värderande under samtalen. Den potentiella nyttan av studien , att öka kunskapen om sjuksköterskors erfarenheter av isoleringsvård bedömdes överväga de mindre risker som kunde uppstå, vilket stödjer principerna om att göra gott och att inte skada (Vetenskapsrådet, 2024).

Inför denna studie har en noggrann etisk övervägning gjorts av potentiella risker och nytta för deltagarna, i enlighet med forskningsetiska riktlinjer (Polit & Beck, 2022). Nyttan med deltagande bedöms överväga riskerna, då sjuksköterskorna ges möjlighet att reflektera över sina upplevelser av att vårda patienter i isoleringvård, vilket kan bidra till ökad medvetenhet, förbättrad praxis och stärkt kunskapsutveckling inom ett område där det i nuläget finns begränsat forskningsunderlag. Isoleringsvård i smittsamma sjukdomar förväntas dessutom bli allt vanligare, vilket ytterligare motiverar studiens relevans. Möjliga risker har identifierats, såsom att vissa frågor under intervjuerna skulle kunna väcka obehag eller emotionella reaktioner relaterade till svåra vårdsituationer. För att minimera dessa risker har författarna förberett sig genom att fördjupa sina kunskaper i intervjumetodik och använt sig av ett protokoll för att uppmärksamma stressnivåer hos deltagarna under intervjuns gång (Whitney et al., 2020). Deltagarnas autonomi har respekterats genom tydlig information om frivillighet och möjlighet att avbryta deltagandet när som helst utan negativa följder. Då studien inte omfattade känsliga personuppgifter enligt 3 § i lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460), men ändå involverade människors erfarenheter, genomfördes en etisk granskning som godkändes via Röda Korsets Högskola. Författarna har under hela forskningsprocessen vägletts av principerna att göra gott, inte skada, respektera självbestämmande samt upprätthålla rättvisa (Vetenskapsrådet, 2024).

RESULTAT

Resultatet redovisas i tre kategorier, där varje kategori har mellan två och fyra underkategorier (Figur 1). Det framkom att informanterna hade flera gemensamma erfarenheter av att vårda patienter i isolering, men visade också, i vissa situationer, skillnader i upplevelser mellan enskilda sjuksköterskor. Sjuksköterskorna beskrev också isoleringsvården utifrån hur de upplever att patienternas påverkas av isoleringsvård, vilket framgår nedan.

Figur 1. Kategorier och underkategorier.

Prioriteringar i det dagliga arbetet

Följande kategori belyser hur empatiska överväganden, emotionell belastning och omvårdnadsbehov upplevdes i det dagliga arbetet med patienter under isoleringsvård, samt hur dessa faktorer prioriterades i patientens omvårdnad. Kategorin innefattar underkategorierna *Att känna empati, Emotionell belastning, Att tillgodose vårdbehovet samt Praktiska utmaningar.*

Att känna empati

En aspekt som framkom i sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med smittsamma sjukdomar under isoleringsvård var det empatiska engagemanget och rollen som patientförespråkare. Det handlar inte enbart om att förstå patientens tillstånd, utan om att känna medkänsla för det psykiska lidande som isoleringsvård ofta medför. Sjuksköterskorna uttrycker oro över hur snabbt patienter kan utveckla symtom som nedstämdhet, apati och depression:

> *"Isoleringsvård under ett längre tag, så märker man ju redan efter några dagar hur man kanske... man pratar mindre, man kanske gör mindre saker, man ligger bara i sängen liksom, tecken på apati och depression kommer väldigt snart.*" (DT:10)

Vid långvarig isolering, exempelvis vid vård av patienter med multiresistent tuberkulos, beskriver sjuksköterskor hur allvarliga psykiska problem kan uppstå. Patienter riskerar att utveckla svår depression, tappa matlust och visa en påtaglig likgiltighet inför sin omgivning. En sjuksköterska uttrycker att: *"... Det är fruktansvärt jobbigt för patienterna, det är terror… kan nästan jämföras med tortyr." (DT:3).* Detta uttalande visar på den emotionella påverkan som isolering kan ha, och hur

viktigt det är att vårdpersonalen är medveten om dessa effekter för att kunna lindra patientens lidande. Sjuksköterskor även upplever att patienter som är fysiskt stabila och självständiga ofta får färre vårdkontakter, vilket kan förstärka känslan av ensamhet och instängdhet hos patienter:

> *"Jag har haft väldigt många patienter som har uttryckt att det känns som att de är som i ett fängelse... Framför allt om de är uppegående och sköter sig själva ..då kanske man inte riktigt går in till dem lika ofta." (DT:8)*

En särskilt viktig del av det empatiska förhållningssättet är att sjuksköterskor agerar som förespråkare (advocates) för patienterna, särskilt när dessa upplever stigmatisering. De uppmärksammar hur skyddsutrustning och isoleringsåtgärder i sig kan förstärka känslan av utanförskap, skuld och skam:

> "*Vi kommer in och är påklädda och liksom och att det i sig också, Även om vi jobbar för att patienten inte ska känna sig stigmatiserad, så är det ju, tror jag... det är många patienter som känner sig liksom att de har ett stigma ju med att alla är så påklädda och de känner sig smitt som smitthärdar och de känner sig smutsiga." (DT:4)*

I mötet med patienter från kulturer där vissa sjukdomar är tabubelagda, visar sjuksköterskorna en medvetenhet om den stigmatisering som kan följa av en smittsam diagnos. De beskriver hur patienterna kan uppleva rädsla för socialt utanförskap, förlust av arbete och skuld inför att ha smittat anhöriga. En sjuksköterska berättar att vissa patienter bär på en djup oro över de sociala konsekvenserna av sin sjukdom: "*de är rädda för att bli utstötta om det kommer ut vad de har för någon smittsam sjukdom… de kan bli isolerade under väldigt, väldigt lång tid" (DT:9).* En annan beskriver hur detta stigma kan ta sig uttryck i tystnad och psykisk belastning: "*vissa patienter har stigma i sig, berättar att de har smittat sina nära och kära, kanske blir av med jobb också… det kan vara mycket som cirkulerar i huvudet och mycket som man inte heller vill prata om heller" (DT:6)*. Genom ett empatiskt och stödjande förhållningssätt kan sjuksköterskan i dessa situationer fungera som en mellanhand och röst för patienten i vårdsystemet, och därigenom bidra till att minska de negativa effekterna av stigmatisering och social utsatthet.

Sjuksköterskor beskriver även hur de aktivt arbetar för att motverka stigmatisering som kan förstärkas av kollegors attityder och beteenden. Det handlar exempelvis om situationer där andra vårdpersonal drar sig för att gå in till patienter på grund av rädsla eller bristande kunskap om smittsamma sjukdomar. En sjuksköterska uttrycker detta som att *"man kanske drar sig för att gå in hos vissa, eller, jag vet att en del gör det för att man kanske tycker att det är obehagligt med vissa sjukdomar" (DT:1)*. I sådana situationer framträder sjuksköterskans roll som etisk och empatisk förespråkare för patientens rätt till jämlik och värdig vård.

Sjuksköterskorna betonar vikten av att se hela människan bakom smittan och att bemöta patienterna med empati och förståelse, trots de begränsningar som isoleringsvården innebär. Empatin tar sig uttryck i konkreta omvårdnadsinsatser som syftar till att minska det psykiska lidandet genom närvaro, struktur och psykosocialt stöd. Att uppmuntra till dagliga rutiner och skapa en känsla av normalitet lyfts fram som särskilt betydelsefullt i en vårdsituation som annars präglas av avskildhet

och begränsad social interaktion. En sjuksköterska framhåller detta som avgörande och menar att "*man ska försöka hålla fast i de dagliga rutinerna [...] de som mår bäst är de som håller fast vid dagliga rutiner" (DT:3)*. Dagliga aktiviteter upplevs främja patientens psykiska välbefinnande, stärka känslan av sammanhang och motverka isoleringens negativa effekter. Genom att skapa medmänsklig kontakt, vara närvarande och aktivt arbeta för att upprätthålla en så normal tillvaro som möjligt, exempelvis genom att möjliggöra utevistelser utan skyddsutrustning eller genom att lyssna aktivt, strävar sjuksköterskorna inte enbart efter att ge god omvårdnad, utan även efter att bekräfta patientens värde och värdighet i en ofta utsatt och sårbar livssituation.

Emotionell belastning

Flera sjuksköterskor beskrev att vården av patienter med smittsamma sjukdomar under isoleringsvård innebar en betydande emotionell belastning. En återkommande upplevelse var otillräcklighet, särskilt när de inte kunde ge det psykosociala stöd som de ansåg att patienterna behövde. Tidspress och konkurrerande arbetsuppgifter gjorde att omvårdnadsinsatser som promenader eller lugna samtal ofta fick stå tillbaka.

> *”...har man då mycket att göra med övriga patienter så kan de ju bli lidande och då blir ju omvårdnaden och det där förebyggande mot depression verkligen lidande för att deras omvårdnad, att gå ut på promenader med patienter [...] inte prioriteras” (DT:6).*

Skyddsutrustning och isoleringsrutiner upplevs av sjuksköterskorna som hinder för spontan och stödjande kommunikation, särskilt i akuta vårdsituationer där närvaro och snabb kontakt är avgörande. Den fysiska barriären som utrustningen innebär bidrar till en känsla av distans mellan vårdpersonal och patient, vilket i sin tur skapar emotionell belastning för sjuksköterskorna. En sjuksköterska beskriver detta genom att lyfta hur kommunikationen försämras när skydd måste användas: *"med patienten fungerar det ju definitivt sämre... extra hinder för spontant möte... skydden kanske hamnar i vägen för kommunikationen... de kan inte se mig ordentligt när jag pratar" (DT:2).* Denna upplevelse av begränsad kontakt och hinder i kommunikationen framstår som särskilt frustrerande i situationer där empati och snabb reaktion är viktigaste delar av omvårdnaden.

Ytterligare en aspekt av den emotionella belastningen utgjordes av oron för att själv bli smittad, särskilt vid vård av mycket smittsamma sjukdomar såsom norovirus. En sjuksköterska uttryckte: *"Alltså är man ju rädd att bli smittad. Det är så lätt att bli smittad av typ noroviruset" (DT:10).* Denna rädsla kunde leda till en överdriven vaksamhet i hygienrutiner, men tenderade att minska i takt med ökad erfarenhet och förtroende för skyddsåtgärder. Vården av patienter i livets slutskede upplevdes också som särskilt påfrestande, i synnerhet under covid-19-pandemin, då flera patienter avled utan närvaro av sina anhöriga. En deltagare beskrev: *"Under covid-tiden har det faktiskt hänt flera gånger då patienterna avled i ensamhet. Och det är tragiskt tycker jag" (DT:4)*. Sådana situationer upplevdes som djupt känslomässigt påfrestande och väckte etiska reflektioner kring vårdens möjligheter att tillgodose patienters behov av mänsklig närhet i livets slutskede.

Flera sjuksköterskor uppgav att det emotionella trycket också handlade om att balansera smittskyddets krav mot patientens psykosociala behov och rätt till autonomi. Isoleringsvården

beskrevs som ett ”nödvändigt ont” där skyddet mot smittspridning ofta stod i konflikt med patientens behov av mänsklig kontakt, sysselsättning och självbestämmande. Sjuksköterskorna lyfte även fram de etiska utmaningarna i situationer där patienter under tvångsvård enligt smittskyddslagen också hade psykiatrisk ohälsa eller beroendeproblematik, vilket ytterligare försvårade möjligheten att ge en god och holistisk omvårdnad.

> *”Det känns tungt och svårt i perioder. Vi har ju haft patienter som kommit in med tvång som inte velat ha behandling [...] isolerad, inte får gå ut själv och dessutom kommit in med polisen, det känns ju tungt.” (DT:4)*

Sjuksköterskors upplevelser av isoleringsvård präglas av komplexa emotionella utmaningar, där det dagliga arbetet ofta innefattar etiska överväganden, praktiska hinder och känslomässig belastning.

Att tillgodose vårdbehovet

Sjuksköterskorna beskriver att patienter som vårdas i isolering ofta har omfattande omvårdnadsbehov, särskilt av psykosocial karaktär. Vanliga reaktioner som uppmärksammas är ensamhet, nedstämdhet, apati och frustration. För att motverka dessa negativa effekter framhåller sjuksköterskorna vikten av att tidigt identifiera patientens individuella behov och intressen. Det kan handla om att erbjuda regelbunden fysisk aktivitet, såsom promenader eller utevistelse, om patientens hälsotillstånd tillåter det, samt att främja social samvaro. En sjuksköterska uttrycker vikten av att *"försöka med social samvaro, i den mån patienten vill ha det [...] och hitta något som hjälper patienten att få tiden att gå" (DT:7).* Detta belyser hur betydelsefullt det är att anpassa omvårdnaden utifrån patientens egna önskemål för att stärka välbefinnandet under isoleringsperioden.

Flera sjuksköterskor uttrycker en ambition att tillämpa ett personcentrerat arbetssätt, där vården anpassas efter patientens individuella behov och preferenser. Detta kan exempelvis innebära att respektera patientens vanor, såsom att vänta med morgonrutiner om patienten föredrar att sova längre. En sjuksköterska beskriver detta med orden: *"Man vill ju ta sig tid att umgås lite mer med patienterna. Jag tycker ändå att vi är ganska duktiga på att anpassa oss efter varje individ " (DT:3)*. Uttalandet speglar en vilja att se varje patient som en unik individ och skapa en vårdmiljö som främjar delaktighet och integritet. Trots denna strävan vittnar flera sjuksköterskor om hinder som försvårar ett personcentrerat förhållningssätt. Brist på tid och resurser framhålls som återkommande utmaningar, särskilt i samband med vård av patienter i isolering. En sjuksköterska beskriver detta: *"Vi har inte så mycket tid för de här patienterna generellt, och de blir ofta bortglömda. Jobbar man natt och patienten sover, går man inte in bara för att säga hej, just för att de är isolerade, tyvärr" (DT:5).* Det framgår att isoleringen, i kombination med hög arbetsbelastning, kan leda till att patientens behov av social interaktion och närvaro nedprioriteras, vilket i förlängningen riskerar att motverka grundprinciperna i personcentrerad vård. Sjuksköterskorna menar att ett mer systematiskt arbetssätt, med tydligt formulerade och individualiserade vårdplaner, skulle kunna förbättra omhändertagandet av patienternas psykosociala behov. I nuläget saknas ofta en sådan struktur, vilket försvårar möjligheten att arbeta enligt personcentrerade principer.

"Vi sitter inte och skriver diagnoser eller gör upp vårdplaner – definitivt inte tillsammans med patienterna. Där har vi mycket att utveckla. Vi behöver jobba mer personcentrerat och faktiskt prata med patienterna om hur de upplever sin isolering." (DT:2)

Vikten av social kontakt betonas, och sjuksköterskorna framhåller betydelsen av att besöka patienterna regelbundet, även utan specifikt ärende, för att de inte ska känna sig bortglömda. För patienter som upplever en stark psykologisk belastning anses även kuratorsstöd vara en viktig del av omvårdnaden. Informationsbehovet lyfts också fram som centralt. Att patienten får tydlig och upprepad information om sjukdomsförloppet och isoleringens varaktighet ses som avgörande för trygghet och psykiskt välbefinnande.

"Vi försöker ge information flera gånger och ge möjlighet att ställa frågor. Ibland får patienter veta att de har allvarliga smittsamma sjukdomar, det blir en chock. Då behöver man tid att landa och vi försöker finnas där med information och stöd." (DT:4)

Trots de utmaningar som isoleringsvård medför, beskriver sjuksköterskorna även vissa fördelar med denna vårdform. Att patienterna får tillgång till enkelrum anses bidra till ökad integritet, bättre sömn och en mer individualiserad vårdmiljö. Möjligheten att ta med personliga tillhörigheter, såsom skrivbord, träningsutrustning eller andra privata föremål, upplevs skapa en mer hemlik miljö och minska känslor av ensamhet. En sjuksköterska betonar att det finns mer utrymme för omvårdnad och information, eftersom "allt riktas till patienten själv" och att avsaknaden av andra patienter möjliggör ostörda samtal, även i känsliga frågor (1:1). Även mindre åtgärder, som att involvera patienten i vardagliga aktiviteter såsom att bädda sängen, lyfts fram som betydelsefulla för att främja delaktighet och känslan av kontroll. Andra exempel på meningsfull sysselsättning inkluderar utomhuspromenader, tillgång till böcker, filmer eller spel på patientens modersmål samt möjligheten att använda spelkonsoler. Sådana insatser anses skapa variation i vardagen och bidra till att minska upplevelsen av isolering.

Praktiska utmaningar

Sjuksköterskor beskriver flera praktiska utmaningar i samband med vård av patienter under isolering. En återkommande aspekt är svårigheten att få patienten att acceptera isoleringen. Det framkom att vissa patienter inte fullt ut förstår isoleringsbehovet, vilket kan leda till att de lämnar rummet eller bryter mot isoleringsrutinerna. Detta ställer krav på sjuksköterskans förmåga att kommunicera vikten av isoleringen på ett begripligt och empatiskt sätt. Vidare framhåller sjuksköterskorna att det kan vara svårt att motivera patienter till social och psykisk aktivering, vilket är centralt för att motverka den negativa inverkan isoleringen kan ha på patientens välbefinnande. Isoleringen beskrivs som psykiskt påfrestande, något som patienter ofta underskattar innan de själva hamnar i situationen.

"Se till att patienten går ut… att vinkla fönstren så det kommer in ljus. Säger de nej… 'Jag vill inte', då säger jag: 'Nu öppnar vi lite grann…' För in lite ljus. Allt för att motverka depression – och det gör man ju genom social kontakt." (DT:6)

En annan utmaning som lyfts fram är de risker som anhörigbesök medför. Sjuksköterskorna upplever svårigheter med att säkerställa att besökare följer instruktioner och använder skyddsutrustning

korrekt, vilket kan öka smittorisken och samtidigt innebära en ytterligare belastning för vårdpersonalen. De beskriver även att isoleringen medför särskilda svårigheter för vissa patientgrupper, såsom personer med beroendeproblematik. Behovet av rörelsefrihet kan stå i konflikt med isoleringskraven, vilket skapar både etiska och praktiska dilemman för sjuksköterskorna.

Ett återkommande tema i intervjuerna är de ekonomiska begränsningarnas påverkan på vårdarbetet. Sjuksköterskorna beskriver hur arbetsgivarens fokus på kostnadseffektivitet ibland står i kontrast till behovet av närvaro och kontinuitet i patientkontakten.

> *"Det kan vara lite knepigt… för man vet ju att de här skydden kostar, och man vill ju vara inne hos patienten mer än vad man är. Men man måste hela tiden väga kostnadseffektiviteten mot patientens välmående." (DT:3)*

Den ekonomiska aspekten blir särskilt tydlig i relation till användningen av personlig skyddsutrustning, som andningsskydd och engångsmaterial. Eftersom varje besök hos patienten innebär att ny skyddsutrustning måste tas på, uppger sjuksköterskorna att de ofta försöker kombinera flera arbetsuppgifter vid ett tillfälle för att minska förbrukningen. Även enklare uppgifter, såsom att lämna dryck, kan då upplevas som betungande. Denna begränsning i spontan kontakt riskerar att försvåra vårdrelationen och förstärka patientens känsla av isolering.

God omvårdnad

Följande kategori belyser hur sjuksköterskor upplever och upprätthåller god omvårdnad vid isoleringsvård av patienter med smittsamma sjukdomar. Kategorin innefattar underkategorierna *Känsla av trygghet* och *Följsamhet till hygienrutiner*.

Känsla av trygghet

Det framkom att sjuksköterskor på infektionsavdelning upplever en hög grad av trygghet vid isoleringsvård av patienter med smittsamma sjukdomar. Denna trygghet baseras främst på sjuksköterskornas erfarenhet, kunskap om specifika diagnoser och en stark tilltro till tydliga hygienrutiner och korrekt användning av personlig skyddsutrustning [PPE], såsom andningsskydd, visir och förkläden. Många sjuksköterskor beskriver en osäkerhet, särskilt vid början av anställningen, men med ökad erfarenhet upplevdes sedan en ökad känsla av trygghet. Sjuksköterskor med lång erfarenhet inom infektionsvård uttrycker att rutiner kring isoleringsåtgärder har blivit en självklarhet, vilket minskar eventuell oro över smittorisker.

> *"Jag tänker aldrig något så här att det skulle vara någon… något annorlunda för mig att jag skulle bli smittad på ett annat sätt. För det har man ju lärt sig när man har jobbat på infektion i ett antal år, att man blir inte smittad på infektion, man blir smittad ute i samhället..." (DT: 3)*

Känslan av trygghet varierade beroende på de fysiska förutsättningarna och typen av isolering. En sjuksköterska beskrev att vårdrummen på infektionsavdelningen, utrustade med slussar och undertrycksventilation, bidrog till en högre känsla av säkerhet jämfört med en annan avdelning där

isolering enbart innebar stängda dörrar. En återkommande fördel som framkom med isoleringsvård var den ökade säkerheten och tryggheten för både patienter och personal. Isoleringsrum med slussar och separata hygienutrymmen lyftes fram som effektiva åtgärder för att minska smittspridning, vilket skapade en lugnare och tryggare arbetsmiljö. Det framgick också att sjuksköterskor uppskattade tydliga riktlinjer och etablerade rutiner, då dessa bidrog till att göra arbetet mer förutsägbart och hanterbart. Samtidigt ställde isoleringsvård höga krav på personalens kompetens, särskilt vid omhändertagande av patienter med olika smittor som krävde specifika åtgärder. Trots tillgången till tydliga riktlinjer kunde det upplevas som utmanande att minnas och tillämpa samtliga rutiner, vilket underströk vikten av att kontinuerligt hålla sig uppdaterad.

Följsamhet till hygienrutiner

Sjuksköterskornas upplevelser visar att följsamheten till hygienrutiner generellt är hög vid isoleringsvård av patienter med smittsamma sjukdomar. De betonar vikten av noggrannhet, särskilt vid hantering av högsmittsamma infektioner som calicivirus eller multiresistent tuberkulos (MDR-TB), där basala hygienrutiner och korrekt skyddsutrustning ses som självklara delar av det dagliga arbetet. En sjuksköterska uttrycker att hon inte känner någon rädsla för smitta, eftersom "*vi har basala hygienrutiner och korrekt utrustning" (DT:1).* Detta tyder på en stark tillit till de skyddsåtgärder som finns etablerade inom vården.

Samtidigt framkommer att följsamheten ibland påverkas negativt av faktorer som stress och bristande kunskap. En sjuksköterska beskriver att det kan vara utmanande när alla inte fullt ut förstår syftet med slussrutiner, *”Att alla inte riktigt verkar förstå varför vi slussar, dörrarna står öppna, patienter med smittsamma sjukdomar ska inte ut på avdelningen, det kan jag tycka är lite utmanande.” (DT:4).* Tidsaspekten upplevs också som frustrerande under stressiga moment, även när det handlar om viktiga skyddsåtgärder. Ett exempel är vid vård av patienter med MDR-TB, där personalen enligt rutin ska vänta en minut i slussen innan munskyddet tas av. En sjuksköterska uttrycker att *"det kan kännas som tio minuter" (DT:8),* vilket speglar hur påfrestande även korta väntetider kan upplevas i en pressad arbetssituation. Trots dessa utmaningar betonas vikten av tydliga rutiner, kontinuerlig utbildning och god tillgång till information som avgörande för att upprätthålla en säker vårdpraxis. God planering, medvetenhet och ett gemensamt ansvarstagande framhålls som centrala faktorer för att minska smittspridning och säkerställa patientsäkerheten inom isoleringsvården.

Vårdmötets betydelse

Följande kategori belyser aspekter som sjuksköterskor upplever som avgörande för att kunna främja ett gott vårdmöte med patienter under isoleringsvård. Kategorin omfattar underkategorierna *Att skapa god kontakt i vårdmötet* och *Att skapa en god vårdrelation*.

Att skapa god kontakt i vårdmötet

Resultaten visar att kommunikation utgör en väsentlig aspekt, men också en betydande utmaning i sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med smittsamma sjukdomar under isoleringsvård.

Flera sjuksköterskor beskriver hur den fysiska skyddsutrustningen, särskilt andningsskydd och visir, försvårar både verbal och icke-verbal kommunikation. Detta kan leda till missförstånd och ett reducerat informationsutbyte, vilket i sin tur påverkar möjligheten att skapa en god och trygg vårdrelation. Kommunikationshindren upplevs som särskilt problematiska i mötet med patienter som har hörselnedsättning eller språkliga svårigheter, då tillgången till ansiktsuttryck och läppläsning blir begränsad.

> *"Man kanske liksom… man ser inte mimiken utav personalen, man vet inte hur personalen ser ut, förutom ögonen, och så folk med liksom hörselnedsättning har jättesvårt att höra vad man säger och framförallt om man använder de starkaste liksom munskydden eller ansiktsmaskerna… det blir svårt också att läsa läpparna" (DT:1).*

Flera sjuksköterskor lyfter fram att språkbarriärer utgör ytterligare en utmaning i kommunikationen. De betonar att patienter med begränsad kunskap i svenska beskrivs som särskilt utsatta, eftersom deras möjligheter att ta till sig vårdinformation och uttrycka sina behov begränsas ytterligare i en redan isolerad och kommunikativt begränsad vårdmiljö. Som en sjuksköterska uttrycker det: "*Patienten kanske inte har svenska som förstaspråk... Det är ett ytterligare problem som läggs på själva grundproblemet bara för att de är i isoleringsvård" (DT:10).* Denna kommunikationsproblematik förstärks av sjukvårdens uppfattning om informationsöverföring, där det finns en diskrepans mellan personalens intentioner och patientens upplevelse: *"Vi inom sjukvården tror att vi ger så mycket information men patienten upplever inte att de får lika mycket på grund av stora språkbarriärer" (DT:9).* Trots dessa hinder beskriver sjuksköterskorna en hög grad av anpassningsförmåga och kreativitet i sina försök att överbrygga kommunikationsklyftor. Bland annat används skrivtavlor och tecknade symboler, vilket särskilt var vanligt under covid-pandemin, då en sjuksköterska berättar att de kunde *"skriva med tuschpenna och sudda bort" på tavlor inne på rummen (DT:7).* Även telefontolkning lyfts fram som en värdefull metod, då den möjliggör både tydligare kommunikation och en viss anonymitet, vilket kan bidra till att minska känslan av utsatthet eller stigmatisering. Genom dessa strategier betonar sjuksköterskorna vikten av att aktivt arbeta för att överbrygga språkbarriärer, inte bara för att säkerställa patientsäkerheten utan också för att möjliggöra en god och förtroendefull vårdrelation.

Flera av sjuksköterskorna beskriver utmaningar kopplade till patientinformation och tydlig kommunikation gällande vårdtidens längd och isoleringens prognos, vilket upplevs bidra till oro och psykisk påfrestning hos patienterna. Ovissheten kring hur länge isoleringen kommer att pågå kan väcka starka känslor av frustration och hjälplöshet. En sjuksköterska återger hur patienter kan hamna i en situation där de akut läggs in och därefter blir kvar i vården under en lång tid utan att ha varit förberedda på det: *"bara nu, just nu åka till akuten och inte komma hem på tre månader [...] frustration som patienterna faktiskt känner" (DT:5).* Sjuksköterskorna upplever också att vårdpersonalen ibland undviker att ge tydliga besked om vårdtidens förväntade längd, i rädsla för att behöva omvärdera tidigare uttalanden. Detta kan dock försvåra patientens möjlighet att hantera sin situation. En sjuksköterska uttrycker att *"vi är lite dåliga också på att berätta hur länge som man*

oftast stannar kvar [...] det är svårt att vårdas, och man vet inte hur länge" (DT:6). Dessa erfarenheter understryker vikten av att kommunikation kring vårdförloppet sker på ett öppet och tillgängligt sätt, för att minska osäkerhet och skapa trygghet i en redan utsatt situation.

Att skapa en god vårdrelation

Resultatet visar att isoleringsvård upplevs medföra utmaningar i vårdkontakten och relationen mellan sjuksköterskor och patienter. Flera sjuksköterskor upplever att isolerade patienter löper stor risk att känna sig ensamma, bortglömda och understimulerade. Praktiska begränsningar, såsom restriktiv användning av skyddsutrustning och minskad frekvens av patientbesök, resulterar ofta i reducerad vårdrelation och en känsla av distans. Sjuksköterskorna uttrycker oro för att dessa patienter därmed kan få en mindre personcentrerad vård än andra patienter. För att förbättra vårdrelationen betonar sjuksköterskor vikten av aktiv, regelbunden och strukturerad kommunikation med patienterna. Strategier som noggrann planering och samordning av vårdbesök föreslås för att maximera kvaliteten på den psykosociala omvårdnaden. Regelbundna kontroller av patienternas psykiska välmående, även utan specifika ärenden, lyfts fram som särskilt betydelsefulla för att minska känslan av ensamhet.

> *"Vi behöver jobba mer… mer personcentrerat och faktiskt prata med patienterna om hur de upplever sin isolering om vi ska ta det som ett specifikt område. Hur upplever de det? Vad behöver de för någonting för att det ska kännas mer hanterbart om de tycker att det är jobbigt. De kanske behöver någon form utav sysselsättning där inne som känns meningsfull – där har vi också en diagnos som aldrig har setts, "saknar meningsfull sysselsättning". Finns det en diagnos. Den har aldrig satts på någon utav våra patienter, trots att den är väldigt aktuell på de här… faktiskt."*
>
> *(DT:1)*

Flera sjuksköterskor betonar vikten av medvetna insatser för att främja vårdrelation och minska den psykosociala belastningen som isoleringenvård kan medföra. Exempel på sådana insatser är informellt umgänge och närvaro, där samtal om vardagliga ämnen eller gemensamma aktiviteter, som att titta på TV, lyfts fram som betydelsefulla. En sjuksköterska beskriver hur hon försöker ge patienterna tid genom att när det är möjligt förlägga aktiviteter utomhus: "om jag inte behöver göra någonting inne på rummet brukar jag gå och hämta ut dem, så tar vi och gör det vi ska göra utomhus istället" (1:2). Även praktiska åtgärder, såsom att möjliggöra digital kontakt med anhöriga eller att stimulera social interaktion genom förändringar i vårdmiljön, exempelvis utevistelser, ses som viktiga inslag i omvårdnadsarbetet. Utöver detta nämns kreativa sätt att skapa en mer personlig kontakt trots skyddsutrustningens barriärer, exempelvis genom att visa sig utan utrustning bakom fönstret i luftslussen innan man går in i patientrummet. En sjuksköterska berättar: *"har man fönster in till patienten, då kanske man hälsar på patienten först genom fönstret, man ler man säger 'här är jag', och sen sätter man på sig andningsskyddet" (1:9).* Dessa strategier visar hur sjuksköterskor aktivt arbetar för att upprätthålla en mänsklig närvaro och stärka relationen till patienten, trots de fysiska och psykologiska begränsningar som isoleringsvården medför.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med denna studie var att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med smittsamma sjukdomar under isoleringsvård. En initial litteraturgenomgång genomfördes i databaserna Cinahl och PubMed för att identifiera befintlig forskning på området. Då resultaten visade att det saknades forskning i en svensk kontext som svarade mot studiens syfte, valdes att genomföra en empirisk studie. Ett kvalitativt intervjustudie med en induktiv ansats bedömdes som lämplig metod, då denna möjliggör en fördjupad förståelse av sjuksköterskors upplevelser. Enligt Henricson och Billhult (2023) lämpar sig kvalitativa metoder särskilt väl för att fånga individers subjektiva upplevelser och tolkningar av sin omvärld. En induktiv analysmetod möjliggjorde att teman kunde växa fram ur det insamlade materialet utan att styras av förutbestämda teorier, vilket ökar studiens giltighet då tolkningarna har förankring i informanternas egna berättelser (Henricson, 2023). En alternativ metod hade varit en deduktiv ansats, där tolkningen hade utgått från existerande teori. Detta hade potentiellt gett ökad struktur och jämförbarhet med tidigare forskning men begränsat möjligheten att identifiera oväntade aspekter av sjuksköterskors upplevelser i isoleringsvård (Henricson och Billhult, 2023). En kvantitativ metod, exempelvis enkätstudie, hade kunnat nå fler deltagare och ökat generaliserbarheten, men inte fångat samma djup i individernas subjektiva upplevelser, vilket var väsentligt i denna studie.

Urvalet utformades som ett ändamålsenligt urval där sjuksköterskor med minst tre månaders klinisk erfarenhet av isoleringsvård inkluderades. Detta urval bedömdes relevant för att samla in rika beskrivningar som kunde bidra till att belysa studiens syfte (Henricson och Billhult, 2023). Genom att inkludera både nyare och mer erfarna sjuksköterskor möjliggjordes variation i upplevelser, vilket stärker studiens överförbarhet (Henricson, 2023). Exklusionskriterierna, såsom att utesluta sjuksköterskor med enbart administrativa roller eller timanställningar, syftade till att säkerställa att informanterna hade djupgående upplevelser av isoleringsvård, vilket stärker trovärdigheten och giltigheten i resultatet. Dock bör det erkännas att även timanställda kan ha relevanta perspektiv som därmed uteslöts, vilket kan ses som en svaghet. Antalet deltagare, sex till tio, motiverades av ambitionen att uppnå datamättnad, vilket enligt Polit och Beck (2022) innebär att nya intervjuer inte längre tillför ny information. Detta bidrar till tillförlitlighet genom att säkerställa att analysen bygger på ett tillräckligt rikt material.

Datainsamlingen genomfördes med semistrukturerade intervjuer, vilket möjliggjorde flexibilitet för informanterna att uttrycka sina upplevelser i sina egna ord. Denna metod stärker trovärdigheten i enlighet med Polit och Beck (2022), eftersom informanternas perspektiv ges utrymme utan att styras för hårt av forskarens antaganden. Dock genomfördes inga provintervjuer, vilket kan ses som en begränsning. Enligt Henricson (2023) är provintervjuer ett värdefullt verktyg för att säkerställa frågornas tydlighet och relevans. Författarna, som hade begränsad erfarenhet av att genomföra intervjuer, ställdes inför utmaningar i att formulera uppföljningsfrågor och anpassa samtalet efter informantens uttryck. Denna aspekt hade kunnat hanteras bättre genom övning i form av provintervjuer. Intervjuerna genomfördes i en avskild lokal utanför arbetsplatsen, vilket enligt Mårtensson och Fridlund (2017) kan främja informanternas känsla av trygghet och frihet att tala öppet. Den valda lokalen låg i anslutning till arbetsplatsen men erbjöd tillräckligt avstånd för att

skapa en neutral miljö. Det digitala transkriberingsverktyget underlättade datainsamlingen i form av tidsåtgång för manuell transkribering. Den automatiska transkriberingen följdes upp av en noggrann manuell granskning, vilket ytterligare ökar tillförlitligheten genom att säkerställa korrekt återgivning av intervjumaterialet (Mårtensson & Fridlund, 2017)

Dataanalysen genomfördes med kvalitativ innehållsanalys enligt Erlingsson och Brysiewicz (2017). Analysen följde en stegvis och systematisk process som möjliggjorde struktur i bearbetningen av ett omfattande material, vilket ökar resultaten trovärdighet. Genom upprepad genomläsning av transkriptionerna kunde författarna fördjupa sin förståelse för materialet, vilket ökar trovärdigheten genom det som benämns som "prolonged engagement" (Erlingsson och Brysiewicz, 2017). För att stärka verifierbarheten fördes löpande diskussioner mellan författarna om meningsbärande enheter, kondenseringar och kodning, vilket säkerställer att tolkningarna är grundade i datamaterialet. Denna typ av triangulering av analysen är en viktig aspekt av verifierbarhet, det vill säga att resultatet är stabilt och kan förstås över tid.

Tillförlitligheten förstärktes ytterligare genom att författarna kontinuerligt diskuterade alternativa tolkningar av det empiriska materialet. Motsägelser och variation i informanternas berättelser betraktades inte som svagheter utan som nyanser som fördjupade förståelsen av fenomenet. Dessa tolkningar förankrades genom återkommande koppling till konkreta citat i analysen, vilket synliggör logiken bakom de tematiska slutsatserna. För att säkerställa giltigheten har de teman som identifierats tydligt förankrats i det insamlade materialet. Varje tema stöds av flera meningsbärande enheter från olika informanter, vilket visar att det inte enbart är baserat på enskilda utsagor. Genom att inkludera både nyexaminerade och mer erfarna sjuksköterskor har vi även kunnat visa på bredden i upplevelser, vilket stärker giltigheten. Genom att noggrant beskriva hela analysprocessen stärks studiens överförbarhet, då läsaren får tillräckligt med information för att bedöma om resultaten kan vara tillämpbara i andra kontexter eller grupper av vårdpersonal

Studien överförbarhet kan bedömas som god inom svenska sjukhusmiljöer där liknande rutiner för isoleringsvård tillämpas. Då vården bedrivs enligt nationella riktlinjer kan resultaten även vara relevanta i andra regioner. Däremot kan kontextuella skillnader, exempelvis i personalbemanning eller utbildningsnivå, påverka möjligheten att direkt överföra resultaten till exempelvis kommunal vård eller andra länders sjukvårdssystem. Tillförlitligheten i studien förstärktes också av att forskarna reflekterade över sin förförståelse under hela forskningsprocessen. Båda författarna har erfarenhet av isoleringsvård, vilket potentiellt kan ha påverkat tolkningarna (Henricson, 2023). Samtidigt kan denna förförståelse ha fungerat som en resurs genom att underlätta tolkningen av informanternas upplevelser. För att minimera risken för bias återgick författarna återkommande till det empiriska materialet och lät analysen styras av informanternas uttryck. Detta examensarbete bidrar med ny kunskap inom ett område där det finns identifierade kunskapsluckor. Genom att belysa sjuksköterskors upplevelser av isoleringsvård kan studien ge underlag för förbättring av arbetsmiljö och omvårdnad, vilket ökar dess praktiska relevans och samhälleliga värde.

Resultatdiskussion

Resultatet i föreliggande studie visar att sjuksköterskor upplever isoleringsvård som emotionellt, etiskt och praktiskt krävande. Vården av patienter med smittsamma sjukdomar väcker ofta starka känslor och ställer höga krav på både empatiskt förhållningssätt och professionell flexibilitet. Sjuksköterskorna beskriver hur de påverkas av att se patienternas psykiska ohälsa utvecklas i isolering och upplever ofta en känsla av otillräcklighet när de inte kan erbjuda det stöd de anser att patienterna behöver. Detta överensstämmer med tidigare forskning av Digby et al. (2022), där vårdpersonal under pandemin vittnade om ökad emotionell belastning till följd av oförmåga att lindra patienters lidande. En väsentlig aspekt i sjuksköterskornas upplevelser var den empatiska relationen till patienterna och strävan att agera som deras förespråkare. Det psykologiska lidande som isolering medför, såsom apati, nedstämdhet och ensamhet blev en viktigt del av det dagliga vårdarbetet. Dessa upplevelser krävde närvaro, lyhördhet och förståelse från sjuksköterskans sida. Resultatet stöds av Mutsonziwa et al. (2021), som påpekar att isolerade patienter ofta upplever begränsad social interaktion, vilket leder till känslor av ensamhet och att vara ”instängda”. Detta illustreras bland annat av patienternas längtan efter mänsklig kontakt genom isoleringsrummens glasfönster. I den aktuella studien betonas vikten av att aktivt motverka patienters känslor av depression och apati, exempelvis genom att erbjuda sociala aktiviteter och möjligheter till interaktion. En viktig del av resultatet är sjuksköterskors empatiska förhållningssätt och roll som förespråkare (advocate), särskilt i relation till hur skyddsutrustning och isoleringsåtgärder i sig kan bidra till en känsla av stigma. Liknande erfarenheter beskrivs av Mutsonziwa et al. (2021) och Køster et al. (2023), där vårdpersonal såg stigmatisering som en utmaning i det empatiska bemötandet.

Personcentrerad vård, där patientens behov och delaktighet står i centrum, kan enligt resultaten bidra till att underlätta vårdtiden och minska den psykiska ohälsan som isolering kan medföra. Isoleringens negativa psykiska effekter, såsom depression, apati och känslor av instängdhet, understryker vikten av att utgå från patientens upplevelser och behov (Edberg et al., 2013). Sjuksköterskorna i studien betonar vikten av social interaktion och meningsfulla aktiviteter, såsom promenader, digitala kontakter och tillgång till personliga tillhörigheter. Detta harmoniserar med grundprinciperna för personcentrerad vård, där patientberättelsen utgör grunden för vårdplaneringen (Forsberg, 2022). Samtidigt framgår det att ekonomiska begränsningar och tidsbrist försvårar möjligheten till kontinuerlig och spontan kontakt, vilket påverkar kvaliteten i den personcentrerade omvårdnaden negativt. Studien visar även att sjuksköterskor aktivt försöker främja patienters delaktighet som ett sätt att minska upplevelsen av isolering och ensamhet. Enligt Sahlsten et al. (2008) innebär delaktighet att skapa en jämlik maktbalans och främja ömsesidigt engagemang, något som kan stärkas genom regelbunden kommunikation och involvering av patienter i vårdbeslut. Resultatet antyder dock att patientens autonomi och delaktighet ofta hamnar i konflikt med smittskyddskraven, vilket ytterligare bidrar till sjuksköterskornas etiska dilemman och känslor av frustration. Samtidigt framkommer att isoleringsvård även kan ge utrymme för en fördjupad vårdrelation, särskilt när sjuksköterskor har möjlighet att ägna individuell tid åt patienterna. Detta kan i sin tur främja patientens känsla av delaktighet och kontroll.

Studiens resultat visar att sjuksköterskor upplever en betydande emotionell belastning, som kännetecknas av känslor av otillräcklighet, frustration över svårigheter att erbjuda psykosocialt stöd, maktlöshet och psykisk påfrestning vid vård i livets slutskede samt vid tvångsåtgärder enligt

smittskyddslagen. Dessa fynd överensstämmer med Digby et al. (2022), som beskriver hur den emotionella påfrestningen ökar vid ökad arbetsbelastning och krav på isolering, framförallt under kritiska och komplexa situationer. Tidigare forskning visar att sjuksköterskor som vårdar isolerade patienter ofta upplever rädsla för att själva bli smittade och därigenom utsätta sin familj för smitta (Wiklund et al., 2015; Chen et al., 2016). Även Huang et al. (2025) framhåller att ångest och utmattningssyndrom är vanligt förekommande bland sjuksköterskor inom infektionssjukvård, vilket de menar beror på hög arbetsbelastning och samtidig rädsla att bli smittad. Vidare framhåller Seibert et al. (2014) betydelsen av effektiv arbetsplanering och tydlig organisering av arbetsuppgifter som centrala strategier för att minska stress och förbättra kvaliteten på omvårdnaden, vilket stärker resultaten från den aktuella studien. Digby et al. (2022) understryker dessutom vikten av strukturerat stöd från både ledning och kollegor för att effektivt kunna hantera den emotionella belastningen. Dessa strategier skulle kunna vara betydelsefulla för att minska den emotionella belastning som identifierats i den aktuella studien.

Resultatet i den aktuella studien visar att sjuksköterskor på infektionsavdelningar upplever en hög grad av trygghet vid vård av patienter med smittsamma sjukdomar. Denna trygghet grundar sig framför allt i erfarenhet, kunskap och stark tillit till hygienrutiner och användningen av personlig skyddsutrustning (PPE). Detta stöds även i litteraturen där studier visat att sjuksköterskor med högre kunskapsnivå och mer erfarenhet inom infektionssjukvård känner en högre grad av trygghet och arbetsrelaterad tillfredsställelse (Kagan et al., 2017; Wiklund et al., 2015). Enligt Seibert et al. (2014) finns en betydande utmaning i att strikt följa hygienrutiner, då tidsåtgången för korrekt användning av skyddsutrustning kan påverka frekvensen av patientkontakter negativt. Andrews och Marais (2023) visar dessutom att brist på dedikerad tid för kompetensutveckling försvårar sjuksköterskornas möjlighet att hålla sig uppdaterade om nya riktlinjer och rutiner. Detta kan leda till osäkerhet i arbetet och försämrad följsamhet till isoleringsrutiner. Detta stärker resultaten från den aktuella studien och understryker vikten av kontinuerlig kompetensutveckling och effektiv implementering av hygienrutiner för att förbättra sjuksköterskornas arbetsmiljö.

En omvårdnads utmaning vid isoleringsvård är att upprätthålla en god vårdrelation och effektiv kommunikation med patienten trots fysiska barriärer och språkförbistringar. Vårt resultat tyder på att skyddsutrustning, såsom heltäckande förkläden, visir och masker, försvårar det mellanmänskliga mötet. Tidigare forskning visar att användning av personlig skyddsutrustning stör det vanliga samspelet mellan sjuksköterska och patient (Gualandi et al., 2023). i studien beskrevs hur enkla vårdande gester, såsom en lugnande beröring eller ett leende, blir svåra att förmedla eftersom patienten inte kan se sjuksköterskans mimik och rösten dämpas av masken. Den mänskliga beröringen och kroppsspråket framstår således som viktiga åtgärder för att förmedla empati och skapa en mänsklig kontakt med patienter (Fernandes et al., 2022). De betonar att fysisk och psykisk komfort samt individuell kommunikation är centrala aspekter för att humanisera vården och skapa en vårdrelation vid isolering. Holm et al. (2023) lyfter fram att, i en redan ansträngd situation där personalen kommunicerar bakom skyddsutrustning, kan språkförbistringar ytterligare minska patientens förståelse och delaktighet, vilket överensstämmer med den aktuella studien.

Trots dessa hinder försöker sjuksköterskor hitta kreativa sätt att bibehålla en meningsfull kommunikation och vårdrelation. Den aktuella studien belyser sjuksköterskornas kreativa strategier

för att överbrygga kommunikationsbarriärer och stärka vårdrelationen. Detta fynd bekräftas av Sugg et al. (2023), som visar att när de vanliga kommunikationsvägarna begränsas träder alternativa strategier för icke-verbal kommunikation fram, såsom att skriva meddelanden eller att hålla patientens hand för att förmedla närvaro och empati. Holm et al. (2023) pekar på vikten av att använda visuella hjälpmedel, tekniska lösningar och tillgång till tolkar för att förbättra vårdrelationen, vilket stärker resultaten i den aktuella studien. Digby et al. (2022) beskriver liknande lösningar, men framhåller att dessa metoder inte fullt ut ersätter den personliga kontakten.

Den aktuella studien betonar vikten av aktiv och strukturerad kommunikation för att förbättra vårdrelationen och öka patientens välmående. Detta resonemang stöds av Digby et al. (2022), som framhåller att kontinuerlig kontakt med patienter och anhöriga är avgörande för att öka patientens välbefinnande och trygghet i vårdrelationen. Dessa fynd stärks även i en studie av Gillitzer et al. (2024) där god information och delaktighet bevisats vara faktorer som kan motverka negativa konsekvenser av isoleringen.

Hållbar utveckling

Hållbar utveckling innebär att möta dagens behov utan att begränsa framtida generationers möjligheter. Förenta nationernas (FN:s) globala mål syftar till ekonomisk, social och miljömässig hållbarhet, med 17 mål fram till år 2030 (Svenska FN-förbundet, 2023). Mål 3 handlar om att säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar, medan mål 12 fokuserar på hållbar konsumtion och produktion.

Isoleringsvård är avgörande för att förebygga smittspridning och skydda befolkningen från smittsamma sjukdomar, vilket ligger i linje med delmål 3.3: att senast 2030 utrota epidemier såsom aids, tuberkulos, malaria samt bekämpa hepatit och andra smittsamma sjukdomar. Samtidigt medför isoleringen en psykisk belastning som kan motverka måluppfyllelsen av delmål 3.4: att minska den förtida dödligheten i icke smittsamma sjukdomar genom förebyggande insatser samt främja psykisk hälsa och välbefinnande. Studien visar att patienter utvecklar symtom som depression, apati och nedstämdhet. Dessa resultat stöds av Krishnamoorthy et al. (2020), som rapporterar ökad förekomst av psykiska besvär såsom stress, ångest, sömnlöshet och posttraumatiska symtom hos COVID-19-patienter, vilket var betydligt högre jämfört med den allmänna befolkningen. Psykisk ohälsa kopplad till isoleringsvård begränsar därmed patienters möjlighet att uppnå optimal hälsa och innebär ökade samhällskostnader även efter pandemin. Studien betonar vikten av ett förebyggande och personcentrerat arbetssätt för att främja patienternas psykiska hälsa, vilket överensstämmer med patientsäkerhetslagen (2010:659) och kan bidra till säkrare vård samt resursbesparingar för både vården och samhället.

Tvångsvårdslagstiftningen, såsom Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och Smittskyddslag (2004:168), syftar till att skydda individer och samhället från risker med missbruk och smittsamma sjukdomar. Resultatet lyfter fram att tvångsåtgärder enligt smittskyddslagen blir en aktuell fråga när isolerade patienter med allmänfarliga sjukdomar avviker från vården. Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vården respektera patientens integritet och erbjuda säker och kvalitativ behandling. Användningen av tvångsvård väcker debatt om individens autonomi kontra samhällets skyddsansvar. Tvångsåtgärder kräver balans för att inte kränka patientens rättigheter eller

minska motivationen till frivillig vård. FN:s mål 3, och särskilt delmål 3.8 om att säkerställa allmän tillgång till hälso- och sjukvård av god kvalitet, betonar vikten av att vården sker med respekt för mänskliga rättigheter och riktas mot långsiktig rehabilitering.

En annan aspekt som resultaten lyfter fram är de ekonomiska och resursmässiga utmaningar som följer med användningen av personlig skyddsutrustning (PPE). Dessa påverkar vårdens möjligheter till frekventa patientkontakter och spontan social interaktion. PPE är avgörande för patientsäkerhet och personalens trygghet, i linje med delmål 3.D: att stärka kapaciteten för att tidigt varna om, minska riskerna med och hantera nationella och globala hälsorisker, samt patientsäkerhetslagen (2010:659). Samtidigt medför PPE betydande kostnader för inköp, lagring, utbildning och avfallshantering (WHO, 2020). Livingston et al. (2020) påpekar att pandemin drastiskt ökade PPE-kostnaderna globalt, vilket skapade ytterligare ekonomisk press. Enligt European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC, 2021) är dock investeringar i PPE ekonomiskt motiverade eftersom förebyggandet av infektioner på lång sikt minskar vårdkostnaderna genom bland annat lägre sjukfrånvaro och kortare vårdtider. Samtidigt utgör ökad användning av engångs-PPE en utmaning för miljömässig hållbarhet och FN:s mål 12 om hållbar konsumtion och produktion. För att balansera dessa mål krävs innovation och investeringar i återanvändbara produkter, förbättrad återvinning och övergång till miljövänliga, nedbrytbara material, vilket på lång sikt kan minska både ekonomiska kostnader och miljöpåverkan utan att äventyra patientsäkerheten (Walsh, 2024).

SLUTSATSER

Resultaten visar att sjuksköterskors arbete med patienter under isoleringsvård innebär komplexa utmaningar, där empatiskt förhållningssätt, etiska överväganden och emotionell belastning ständigt behöver balanseras mot smittskyddets krav. En möjlig konsekvens är att patienter riskerar att utsättas för ojämlik vård, där psykosociala behov nedprioriteras, vilket kan förstärka känslor av ensamhet. I dessa situationer behöver sjuksköterskor arbeta aktivt för att upprätthålla en personcentrerad vård. Praktiska hinder såsom skyddsutrustning och tidsbrist riskerar att försvåra vårdrelationen och minska möjligheterna till kontinuerlig närvaro, vilket tydliggör behovet av organisatoriskt stöd och strukturella lösningar. Samtidigt visar studien att sjuksköterskor utvecklar kreativa strategier för att bevara empati och erbjuda god omvårdnad, trots svåra omständigheter.

Studien ger en inblick i de psykosociala utmaningar sjuksköterskor möter vid isoleringsvård och hur de upplever vårdmiljön för patienterna. För att fördjupa förståelsen och vidareutveckla arbetssätt som minskar psykisk belastning och främjar en hållbar arbetsmiljö, rekommenderas fortsatt forskning i större skala, med särskilt fokus på implementering och utvärdering av stödjande insatser som stärker både personalens och patienternas välbefinnande samt vårdens kvalitet.

REFERENSER

Abad, C., Fearday, A., & Safdar, N. (2010). Adverse effects of isolation in hospitalised patients: A systematic review. *Journal of Hospital Infection*, *76*(2), 97–102. https://doi.org/10.1016/j.jhin.2010.04.027

Andersson, E. K., Willman, A., Sjöström-Strand, A., & Borglin, G. (2015). Registered nurses' descriptions of caring: a phenomenographic interview study. *BMC Nursing*, *14*(1), 16–16. https://doi.org/10.1186/s12912-015-0067-9

Andrews, J. & Marais, D. (2023). An exploratory study of nurses' ideas on how to improve compliance with the use of personal protective equipment when caring for patients on additional precautions. *Canadian Journal of Infection Control, 38(44),* 178-189. https://www.cjic.ca/images/PDFs/winter2023/An_exploratory_study_of_nurses_ideas_on_how_to_improve_compliance_with_the_use_of_personal_protective_equipment_when_caring_for_patients_on_additional_precautions.pdf

Atkinson, J., Chartier, Y., Pessoa-Silva, C. L., Jensen, P., Li, Y., & Seto, W. H. (Eds.). (2009). *Natural ventilation for infection control in health-care settings*. World Health Organization. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23762969/

Björck, M., & Sandman, L. (2007). Vårdrelation - ett försök att tydliggöra begreppsanvändningen. *Nordic Journal of Nursing Research*, *27*(4), 14–19. https://doi.org/10.1177/010740830702700404

Chen, S.-L., Chen, K.-L., Lee, L.-H., & Yang, C.-I. (2016). Working in a danger zone: A qualitative study of Taiwanese nurses' work experiences in a negative pressure isolation ward. *American Journal of Infection Control*, *44*(7), 809–814. https://doi.org/10.1016/j.ajic.2016.01.023

Cortez, M. H., & Weitz, J. S. (2013). Distinguishing between indirect and direct modes of transmission using epidemiological time series. *The American Naturalist, 181*(2), E43–E52. https://doi.org/10.1086/668826

Digby, R., Manias, E., Haines, K. J., Orosz, J., Ihle, J., & Bucknall, T. K. (2022). Staff experiences, perceptions of care, and communication in the intensive care unit during the COVID-19 pandemic in Australia. *Australian Critical Care*, *36*(1), 66–76. https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.10.004

Doherty, C., & Doherty, W. (2005). Patients' preferences for involvement in clinical decision-making within secondary care and the factors that influence their preferences. *Journal of Nursing Management*, *13*(2), 119–127. https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2004.00498.x

Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H., & Öhlén, J. *Omvårdnad på avancerad nivå: Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (2021). Studentlitteratur.

Edvardsson, D., Watt, E., & Pearce, F. (2017). Patient experiences of caring and person-centredness are associated with perceived nursing care quality. *Journal of Advanced Nursing*, *73*(1), 217–227. https://doi.org/10.1111/jan.13105

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I.-L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L.-E., Rosén, H., Rydmark, M., & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-Centered Care—Ready for Prime Time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *10*(4), 248–251. https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008

Eqylan, S. B., Safadi, R. R., & Swigart, V. (2022). The Lived Experience of Critically-Ill Muslim Patients in Isolation. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, *17*(1), 2032548–2032548. https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2032548

Ericson, E., Ericson, Thomas, & Kan, Boris. (2018). *Klinisk mikrobiologi : infektioner, immunologi, vårdhygien* (Femte upplagan.). Stockholm: Liber.(s37-40)

Erlingsson, C., & Brysiewicz, P. (2017). A hands-on guide to doing content analysis. *African Journal of Emergency Medicine*, *7*(3), 93–99. https://doi.org/10.1016/j.afjem.2017.08.001

European Centre for Disease Prevention and Control. (2021). *Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings: Sixth update, 9 February 2021*. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Infection-prevention-and-control-in-healthcare-settings-COVID-19_6th_update_9_Feb_2021.pdf

Europaparlamentet och Europeiska unionens råd. (2016). *Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning)*. Europeiska unionens officiella tidning, L 119, 1–88. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SV/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679&rid=1

Fernandes, J. B., Vareta, D. A., Fernandes, S., Castro, C., Simões, A., Peças, D., & Almeida, A. (2022). Nursing interventions that humanise care for patients affected by COVID-19 in isolation units: An integrative review. Infection, Disease & Health, 27(3), 163–174. https://doi.org/10.1016/j.idh.2022.03.001

Folkhälsomyndigheten (2006). *Att förebygga vårdrelaterade infektioner: ett kunskapsunderlag*. Hämtad 24 november, 2024, från Folkhälsomyndigheten, https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/a/att-forebygga-vardrelaterade-infektioner-ett-kunskapsunderlag/

Folkhälsomyndigheten (2022). *Personlig skyddsutrustning.* Hämtad 4 februari 2025 från https://www.folkhalsomyndigheten.se/mikrobiologi-laboratorieanalyser/biosakerhet-och-bioskydd/riskbedomning/skyddsatgarder/primara-barriarskydd/personlig-skyddsutrustning/

Forsberg, A. (2022). *Avancerad omvårdnad på akademisk grund: Att lära och leda* (Första utgåvan). Natur & Kultur.

Fregonese, L., Currie, K., & Elliott, L. (2023). Hospital patient experiences of contact isolation for antimicrobial resistant organisms in relation to health care-associated infections: A systematic review and narrative synthesis of the evidence. *American Journal of Infection Control*, *51*(11), 1263–1271. https://www-doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1016/j.ajic.2023.04.011

Gammon, J., & Hunt, J. (2018). Source isolation and patient wellbeing in healthcare settings. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, *27*(2), 88–91. https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.2.88

Gillitzer, V., Rath, A., Caplunik-Pratsch, A., Däumling, S., Schneider-Brachert, W., & Gaube, S. (2024). Counselling sessions for patients in contact isolation due to multi-drug-resistant organisms improve informedness and reduce dissatisfaction. *Journal of Hospital Infection*, *154*, 53–59. https://doi.org/10.1016/j.jhin.2024.09.022

Giri, A., García-Sánchez, C., & Bluyssen, P. M. (2024). Quantifying airborne transmission in ventilated settings: A review. *Building and Environment, 266*, 112049. https://doi.org/10.1016/j.buildenv.2024.112049

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, *24*(2), 105–112. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001

Graneheim, U.H., Lindgren, B-M, Lundman, B (2023). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henrikson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap.* (3. uppl., s. 295–311). Studentlitteratur.

Gualandi, R., Ivziku, D., Caruso, R., Di Giacinto, C., Lommi, M., Tartaglini, D., & De Benedictis, A. (2023). Nurse-Patient Communication and Relationship When Wearing Personal Protective Equipment: Nurses' Experience in a COVID-19 Ward. *Healthcare (Basel)*, *11*(13), 1960-. https://doi.org/10.3390/healthcare11131960

Gustav, T., Mari, R., Olle, M., & Fredrik, R. (2022). Hospitalisations with infectious disease diagnoses in somatic healthcare between 1998 and 2019: A nationwide, register-based study in Swedish adults. *The Lancet Regional Health – Europe, 16*, 100343. https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2022.100343

Halldorsdottir, S. (2008). The dynamics of the nurse–patient relationship: Introduction of a synthesized theory from the patient's perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *22*(4), 643–652. https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00568.x

Henricsson, M. (2023). Diskussion. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap.* (3. uppl., s. 491–500). Studentlitteratur

Henricson, M., & Billhult, A. (2023). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (3. uppl., s. 115–125). Studentlitteratur.

Holm, A., & Dreyer, P. (2023). Nurses' experiences of the phenomenon 'isolation communication'. *Nursing in Critical Care*, *28*(6), 885–892. https://doi.org/10.1111/nicc.12844

Huang, Y., Wang, Z., Li, Y., Zhao, Z., Wang, W., Cai, C., Wu, X., Liu, L., & Chen, M. (2025). Anxiety and burnout in infectious disease nurses: The role of perceived stress and resilience. *BMC Nursing*, *24*(1), 3. https://doi.org/10.1186/s12912-024-02649-7

International council of nurses (ICN). (2021). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor.* Svensk Sjuksköterskeförening. Hämtad 03 Decemmber 2024 från https://swenurse.se/download/18.7104a0bd1817fce0092f0132/1656659417909/A4%20ICN%20Etiska%20kod%20enkelsidor.pdf

Johnsen, A. T., Hølge-Hazelton, B., Skovbakke, S. J., Rottmann, N., Thomsen, T. G., Eskildsen, N. B., & Pedersen, S. S. (2022). Perceptions of person-centred care in two large university hospitals: A cross-sectional survey among healthcare professionals. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *36*(3), 791–802. https://doi.org/10.1111/scs.13014

Kagan, I., Fridman, S., Shalom, E., & Melnikov, S. (2017). The effect of working in an infection isolation room on hospital nurses' job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, *26*(2), 120–126. https://doi.org/10.1111/jonm.12516

Krishnamoorthy, Y., Nagarajan, R., Saya, G. K., & Menon, V. (2020). Prevalence of psychological morbidities among general population, healthcare workers and COVID-19 patients amidst the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, *293*, 113382–113382. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113382

Køster, A., Meyhoff, C. S., & Andersen, L. P. K. (2023). Experiences of isolation in patients in the intensive care unit during the COVID-19 pandemic. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, *67*(8), 1061–1068. https://doi.org/10.1111/aas.14284

Leung, N. H. L. (2021). Transmissibility and transmission of respiratory viruses. *Nature Reviews Microbiology, 19*(8), 528–545. https://doi.org/10.1038/s41579-021-00535-6

Li, Q., Guan, X., Wu, P., Wang, X., Zhou, L., Tong, Y., & Feng, Z. (2020). Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus–infected pneumonia. *The New England Journal of Medicine, 382*(13), 1199–1207. https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001316

Li, Y. (2021). Basic routes of transmission of respiratory pathogens. A new proposal for transmission categorization based on respiratory spray, inhalation, and touch. *Indoor Air, 31*(1), 3–6. https://doi.org/10.1111/ina.12786

Li, Y., Qian, H., Hang, J., Chen, X., Hong, L., Liang, P., Kang, M. (2020). Evidence for probable aerosol transmission of SARS-CoV-2 in a poorly ventilated restaurant. *medRxiv*. https://doi.org/10.1101/2020.04.16.20067728

Livingston, E., Desai, A., & Berkwits, M. (2020). Sourcing Personal Protective Equipment During the COVID-19 Pandemic. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, *323*(19), 1912–1914. https://doi.org/10.1001/jama.2020.5317

Luker, S., Laver, K., Lane, R., Potter, E., Harrod, A., Bierer, P., … Crotty, M. (2023). 'Put in a room and left': a qualitative study exploring the lived experiences of COVID-19 isolation and quarantine among rehabilitation inpatients. *Annals of Medicine (Helsinki),* 55(1), 198–206. https://doi.org/10.1080/07853890.2022.215569

Matić, Z., Sala, M. F. W., Tonetto, L. M., Campiglia, G. C., Morgan, J., DuBose, J. R., Kraft, C. S. (2023). Understanding Experience of Patients With Highly Infectious Diseases During Extended Isolation: A Design Perspective. *HERD*, *16*(1), 97–112. https://doi.org/10.1177/19375867221128916

Mutsonziwa, G. A., Green, J., & Blundell, J. (2021). Registered nurses' perspectives on how patients with multi-drug resistant organisms experience isolation. *Infection, Disease & Health*, *26*(1), 22–30. https://doi.org/10.1016/j.idh.2020.08.004

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2:a uppl., s. 421–436). Studentlitteratur.

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (3. uppl., s. 473–489). Studentlitteratur.

Nair, R., Perencevich, E. N., Goto, M., Livorsi, D. J., Balkenende, E., Kiscaden, E., & Schweizer, M. L. (2020). Patient care experience with utilization of isolation precautions: systematic literature review and meta-analysis. *Clinical Microbiology and Infection*, *26*(6), 684–695. https://doi.org/10.1016/j.cmi.2020.01.022

Peter, E., Mohammed, S., Killackey, T., MacIver, J., & Variath, C. (2022). Nurses' experiences of ethical responsibilities of care during the COVID-19 pandemic. *Nursing Ethics*, *29*(4), 844–857. https://doi.org/10.1177/09697330211068135

Petersen, E., Koopmans, M., Go, U., Hamer, D. H., Petrosillo, N., Castelli, F., ... & Simonsen, L. (2020). Comparing SARS-CoV-2 with SARS-CoV and influenza pandemics. *The Lancet Infectious Diseases, 20*(9), e238–e244. https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30484-9

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2022). *Essentials of nursing research : Appraising Evidence for Nursing Practice* (10th edition). Wolters Kluwer Health.

Qian, H., Miao, T., Liu, L., Zheng, X., Luo, D., & Li, Y. (2020). Indoor transmission of SARS-CoV-2. *Indoor Air*, 31(3), 639–645. https://doi.org/10.1111/ina.12766

Rygh, M., Andreassen, G. T., Fjellet, A. L., Wilhelmsen, I.-L., & Stubberud, D.-G. (2020). Omvårdnad vid infektionssjukdomar. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk omvårdnad 1* (s. 77–114). Liber.

Sahlsten, M. J. M., Larsson, I. E., Sjöström, B., & Plos, K. A. E. (2008). An Analysis of the Concept of Patient Participation. *Nursing Forum*, *43*(1), 2–11. https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2008.00090.x

Seibert, D. J., Speroni, K. G., Oh, K. M., DeVoe, M. C., & Jacobsen, K. H. (2014). Preventing transmission of MRSA: A qualitative study of health care workers' attitudes and suggestions. *American Journal of Infection Control*, *42*(4), 405–411. https://doi.org/10.1016/j.ajic.2013.10.008

SFS 1988:870. *Lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)*. Sveriges riksdag. Hämtad 16 april, 2025 från, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1988870-om-vard-av-missbrukare-i-vissa-fall_sfs-1988-870/

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460/

SFS 2004:168. *Smittskyddslagen*. Sveriges riksdag. Hämtad 26 november, 2024 från, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/smittskyddslag-2004168_sfs-2004-168/

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Sveriges riksdag. Hämtad 15 april, 2025 från, *https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/*

SFS 2014:821. *Patientlag*. Sveriges riksdag. Hämtad 7 april, 2025 från, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svenskforfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Skyman, E., Sjöström, H. T., & Hellström, L. (2010). Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *24*(1), 101–107. https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00692.x

Smittskydd Stockholm (2024). *Handlingsprogram för tuberkulos. PM 2. Vård av patient med misstänkt eller bekräftad smittsam tuberkulos.* https://vardgivarguiden.se/globalassets/kunskapsstod/smittskydd/tuberkulos/handlingsprogram/pm-2-vard-av-patient-med-misstankt-eller-bekraftad-smittsam-tuberkulos.pdf

Socialstyrelsen (2015). *Basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10)*. Socialstyrelsens författningssamling.

Sugg, H. V. R., Richards, D. A., Russell, A., Burnett, S., Cockcroft, E. J., Thompson Coon, J., Cruickshank, S., Doris, F. E., Hunt, H. A., Iles-Smith, H., Kent, M., Logan, P. A., Morgan, L. M., Morley, N., Rafferty, A. M., Shepherd, M. H., Singh, S. J., Tooze, S. J., & Whear, R. (2023). Nurses' strategies for overcoming barriers to fundamental nursing care in patients with COVID-19 caused by infection with the SARS-COV-2 virus: Results from the 'COVID-NURSE' survey. *Journal of Advanced Nursing*, *79*(3), 1003–1017. https://doi.org/10.1111/jan.15261

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Personcentrerad vård: En kärnkompetens för god och säker vård*. Hämtad 21 maj 2025 från https://swenurse.se/download/18.9f73344170c003062310d6/1583937715986/personcentrerad%20v%C3%A5rd%202019.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.* Hämtad 03 December 2024 från https://sjukskoterskeuppropet.se/wp-content/uploads/2022/01/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017.pdf

Svenska FN-förbundet. (2023). *Globala målen för hållbar utveckling*. Hämtad den 15 april 2025 från https://fn.se/globala-malen-for-hallbar-utveckling/

Sweiss, K., Naser, A. Y., Samannodi, M., & Alwafi, H. (2022). Hospital admissions due to infectious and parasitic diseases in England and Wales between 1999 and 2019: An ecological study. *BMC Infectious Diseases, 22*(1), 398. https://doi.org/10.1186/s12879-022-07388-1

Tang, J. W., Marr, L. C., Tellier, R., & Dancer, S. J. (2023). Airborne transmission of respiratory viruses including severe acute respiratory syndrome coronavirus 2. *Current Opinion in Pulmonary Medicine, 29*(3), 191–196. https://doi.org/10.1097/MCP.0000000000000947

Vetenskapsrådet. (2024). *God forskningssed*. Vetenskapsrådet. https://www.vr.se/download/18.4c9f221a191e4edf9053a474/1727853946433/God%20forskningssed%20VR%202024.pdf

Walsh, L. J. (2024). Reusable Personal Protective Equipment Viewed Through the Lens of Sustainability. *International Dental Journal*, *74*(Suppl 2), S446–S454. https://doi.org/10.1016/j.identj.2024.07.1270

Wang, S., Li, W., Wang, Z., Yang, W., Li, E., Xia, X., Yan, F., & Chiu, S. (2024). Emerging and reemerging infectious diseases: Global trends and new strategies for their prevention and control. *Signal Transduction and Targeted Therapy, 9*(1), 223–268. https://doi.org/10.1038/s41392-024-01917-x

Whitney, C., & Evered, J. A. (2022). The qualitative research distress protocol: A participant-centered tool for navigating distress during data collection. *International Journal of Qualitative Methods, 21*, 1–10. https://doi.org/10.1177/16094069221110317

Wiklund, S., Fagerberg, I., Örtqvist, Å., Broliden, K., & Tammelin, A. (2015). Staff experiences of caring for patients with extended-spectrum β-lactamase–producing bacteria: A qualitative study. *American Journal of Infection Control*, *43*(12), 1302–1309. https://doi.org/10.1016/j.ajic.2015.07.008

World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. (2013). *JAMA*, *310*(20), 2191. https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053

World Health Organization. (2024). *Global report on infection prevention and control*. Hämtad 19 maj, 2025, från https://www.who.int/publications/i/item/9789240103986

World Health Organization. (2020). *Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages* (Interim guidance). Hämtad 15 april, 2025, från https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-(covid-19)-and-considerations-during-severe-shortages

World Health Organization. (u.å.). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Hämtad 1 februari, 2024, från https://www.who.int/europe/emergencies/situations/covid-19

World Medical Association. (2024). *World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 18 maj ,2025, från https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/

BILAGOR

Bilaga 1. Intervjuguide

Vi börjar med att informera om vårt studentarbete och översiktligt vad vi kommer skriva om. Vi upprepar informationen om samtycke, konfidentialitet och att det närsomhelst går att avsluta sitt medverkande.
Inspelat material kommer att raderas när examensarbetet är godkänt och klart.

Bakgrundsdata

- Antal yrkesverksamma år som sjuksköterska
- Specialistutbildning?
- Hur länge har du arbetat på infektionsavdelning?
- Ålder

Inledande fråga

- Vad har du för tankar kring isoleringsvård?
- Vad har du för tankar kring smittsamma sjukdomar?
- Vad har du för tidigare erfarenhet av att vårda isolerade patienter (från annan verksamhet?)

Frågeställningar

- Hur upplever du att det är att vårda personer med smittsamma sjukdomar i isoleringsvård
- Vilka specifika omvårdnadsåtgärder använder du i vården av patienter med smittsamma sjukdomar som är isolerade?
- Kan du beskriva en särskild händelse som varit extra utmanande rörande en isolerad patient?
- Skulle du kunna beskriva några fördelar och nackdelar som finns med isoleringsvård?
- Vilka begränsningar skulle det kunna finnas i omvårdnaden kring isolerade patienter?
- Hur tycker du att kommunikationen fungerar vid isoleringsvård? Både med patienter och kollegor.
- Berätta om någon/några utmanande situationer du upplevt rörande smittsamma sjukdomar?
- Finns det något ytterligare som rör isoleringsvård som du skulle vilja tillägga?

Följdfrågor

- Skulle du kunna utveckla?
- Hur menar du?
- Hur kände du då?
- Vad tänker du om det?
- Vad hände sen?
- Hur kommer det sig?
- Kan du ge ett exempel?

Bilaga 2. Förfrågan till verksamhetschef

Till verksamhetschef vid Tema ARM
Förfrågan angående genomförande av studie.

Vi, Therese Nordqvist och Asmeret Zegta, studerar på specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot infektionssjukvård vid Röda Korsets Högskola i Stockholm.

I utbildningen ingår ett examensarbete inom huvudämnet Omvårdnad i form av en uppsats om 15 högskolepoäng. Vi avser att genomföra en studie inom ramen för examensarbetet. Preliminärt namn på studien är:
Sjuksköterskors upplevelse av att vårda patienter med smittsamma sjukdomar under isoleringsvård

Studiens övergripande forskningsfråga är:
Finns det några farhågor eller hinder i vårdarbetet som skulle kunna påverka vården för dessa patienter?

Datainsamlingen kommer att ske med hjälp av intervjuer.

(Vg se bifogad projektplan.)

Tidsplan: Datainsamlingen planeras starta v. 5 och vara avslutad v. 10

Vår handledare är Sara Stridh

Vi förbinder oss att skriftligt och muntligt informera personal i berörda verksamheter. Vidare förbinder vi oss att handskas konfidentiellt med insamlad data. Från samtliga kontaktade patienter alternativt personal inhämtas informerat samtycke inför deltagande i undersökningen (Vg se bifogad deltagarinformation/förfrågan). I görligaste mån kommer uppgifter från de undersökta medarbetarna/patienterna att vara avidentifierade. Alla resultat kommer att redovisas konfidentiellt. Resultaten i studien kommer att återrapporteras till berörda enheter och efter avlaggd examination publiceras i DIVA.

Vi ansöker härmed om att få genomföra den ovan beskrivna undersökningen vid Karolinska universitetssjukhuset inom Infektionsavdelningar
Datum och plats
250120 Enhörna/Huddinge

Tillstånd att genomföra datainsamling gives av verksamhetschef……
Vid……. Den……

Röda Korsets Högskola
Hälsovägen 11,
141 57 Huddinge

Bilaga 3. Deltagarinformation och samtyckesformulär

Deltagarinformation

Vi är studenter på specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot infektionssjukvård vid Röda Korsets Högskola i Stockholm. I utbildningen ingår att genomföra ett examensarbete inom huvudämnet i form av en uppsats om 15 högskolepoäng.

Vi avser att genomföra en undersökning inom ramen för examensarbetet.
Området vi önskar studera är:
Sjuksköterskors upplevelse av att vårda patienter med smittsamma sjukdomar under isoleringsvård

Vi vill därför tillfråga dig om att delta i en intervju angående dina upplevelser och erfarenheter rörande detta område.

Intervjun tar ca 30-60 minuter att genomföra och kommer att hållas på din arbetsplats i ett bokat grupprum, förslagsvis på eftermiddagen under överlappningstiden (13:30 – 15:30).
Det som framkommer vid intervjun kommer att behandlas konfidentiellt och redovisas i en form där inga enskilda deltagare kan identifieras.

Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst och utan förklaring avbryta ditt deltagande. Om du väljer att inte delta eller om du beslutar dig för att avbryta kommer detta inte att på något sätt påverka dig.

Resultaten i denna undersökning kommer att ge ökad kunskap som kan bidra till ett förbättrat arbetssätt och ökade förutsättningar att arbeta personcentrerat.

Om du önskar delta eller vill ha ytterligare information angående denna undersökning kan du vända dig till oss (se nedan).

Stockholm

Therese Nordqvist Asmeret Zegta

Handledare: Sara Stridh

Röda Korsets Högskola
Box 1059
141 21 Huddinge

Samtyckesformulär

Titel på arbetet: Sjuksköterskors upplevelse av att vårda patienter med smittsamma sjukdomar under isoleringsvård

Jag har fått muntlig och/eller skriftlig information om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

- Jag samtycker till att delta.

Plats och datum	Underskrift
	Namnförtydligande

Box 1059 | 141 21 Huddinge
Besöksadress Hälsovägen 11
Telefon 08 587 516 00 | www.rkh.se