



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Orsaker till arbetsrelaterad stress hos sjuksköterskor på akutmottagningar och dess påverkan på patientsäkerheten

En litteraturstudie

Författare: Alma Dagerhem & Anders Gustafsson

Handledare: Jimmie Kristensson

Kandidatuppsats

Våren 2017

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Orsaker till arbetsrelaterad stress hos sjuksköterskor på akutmottagningar och dess påverkan på patientsäkerheten

En litteraturstudie

Författare: Alma Dagerhem & Anders Gustafsson

Handledare: Jimmie Kristensson

Kandidatuppsats

Våren 2017

Abstrakt

Bakgrund: Arbetet på akutmottagningen kan innebära en hög stress och hög arbetsbelastning. Arbetsrelaterad stress kan ha negativa konsekvenser för sjuksköterskor och även för patientsäkerheten. Neumans systemteori är utvecklad för att förklara och utforska människors interaktion med miljön och reagens på olika typer av stressorer, vilken i denna studie appliceras på sjuksköterskan. **Syfte:** Att beskriva orsaker till arbetsrelaterad stress hos sjuksköterskor på akutmottagningar och dess påverkan på patientsäkerheten. **Metod:** Litteraturstudie med integrerad analys. Elva artiklar inkluderades. **Resultat:** Resultatet visade att *hög arbetsbelastning*, *bristande teamarbete* och *bristande kontroll* orsakade stress, vilket kunde påverka patientsäkerheten i form av *bristande omvårdnad*. **Slutsats:** Det är viktigt med preventiva insatser för att förebygga arbetsrelaterad stress och på så vis kunna förbättra patientsäkerheten.

Nyckelord

Patientsäkerhet, Stress, Arbetsrelaterad stress, Sjuksköterskor, Akutmottagning

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

PROBLEMFÖRMULERING	4
BAKGRUND	5
Teoretisk referensram	5
Stressbegreppet	7
<i>Arbetsrelaterad stress hos sjuksköterskor</i>	8
Arbetsrelaterad stress på akutmottagningen	10
Patientsäkerhet	11
Syfte	13
METOD	13
Urval	14
Datainsamling	14
<i>PubMed/Medline</i>	14
<i>CINAHL Complete</i>	15
<i>Sökschema</i>	15
<i>Kvalitetsgranskning</i>	17
Dataanalys	17
Forskningsetiska avvägningar	18
RESULTAT	18
Orsaker till arbetsrelaterad stress	19
<i>Hög arbetsbelastning</i>	19
Underbemanning	19
Överbeläggning	20
Tidsbrist	20
<i>Bristande teamarbete</i>	21
Kommunikationsproblem	21
Samarbetsproblem	22
Avsaknad av kollegialt stöd	22
<i>Bristande kontroll</i>	23
Avbrott i arbetet	23
Kompetensbrist.....	24
Påverkan på patientsäkerheten	24
<i>Bristande omvårdnad</i>	24
Fel i läkemedelshantering.....	24
Inadekvat bedömning	26
DISKUSSION	27
Diskussion av vald metod	27
Diskussion av framtaget resultat	29
<i>Extrapersonella stressorer</i>	29
<i>Interpersonella stressorer</i>	31
<i>Intrapersonella stressorer</i>	34
Slutsats och kliniska implikationer	36
Författarnas arbetsfördelning	37

REFERENSER	38
Bilaga 1 (3)	47
Bilaga 2 (3)	48

PROBLEMFÖRMULERING

Vid ett akut insjuknande är akutmottagningen ofta patientens första kontakt med sjukhusvården. Det är en viktig plats eftersom det första omhändertagandet och den initiala bedömningen många gånger är avgörande för patientens fortsatta vård (Inspektionen för vård och omsorg [IVO], 2015). Verksamheten på akutmottagningarna kan ses som en knutpunkt i sjukvårdsorganisationen, dit patienter i alla åldrar söker sig med olika sjukdomar och allvarlighetsgrad. Omhändertagandet av patienterna kan innebära stora utmaningar och stor stress för vårdpersonalen. En viktig del av sjuksköterskornas uppgifter handlar om att triagera patienter som söker akut, vilket är avancerade uppgifter som kräver kompetens, bemanning och resurser. Nämnade faktorer är några av flera som påverkar patientsäkerheten på akutmottagningen (ibid.). I Sverige anses patientsäkerheten vara hög, medicinska resultat inom den svenska sjukvården är i många fall bättre än i de flesta andra länder i världen och en nollvision för vårdskador har antagits av många landsting och regioner i Sverige (Sveriges Kommuner och Landsting [SKL], 2016). Trots nollvision är vårdskador inom den svenska hälso- och sjukvården fortfarande ett stort problem (Socialstyrelsen, 2017b). En vårdskada kan i bästa fall vara övergående, men kan också bli så pass allvarlig och komplicerad att den förändrar patientens fortsatta liv, eller får till följd att patienten avlider (SKL, 2016).

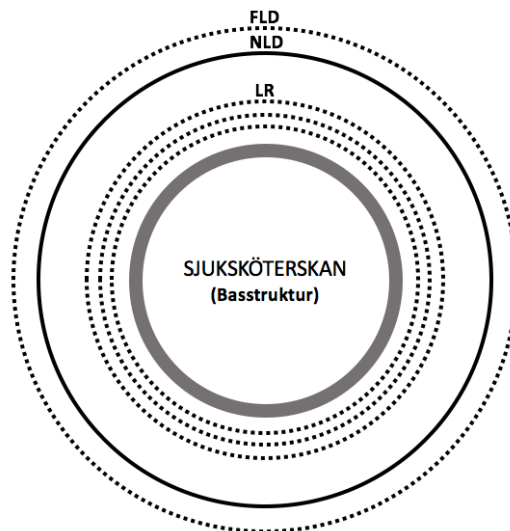
Det har framkommit att sjuksköterskors arbetsmiljö ofta är bristfällig och forskning har visat att negativ stress på jobbet är vanlig bland sjuksköterskor (McNeely, 2005). Negativ stress som inte hanteras kan leda till minskad tillfredsställelse i arbetet, uppsägningar, utbrändhet, sjukskrivningar samt i förlängningen riskera att sänka vårdkvaliteten och påverka patientsäkerheten negativt (Khamisa, Peltzer, Ilic & Oldenburg, 2015; Martin, 2015; Kunaviktikul et al., 2015). Elfering, Semmer och Grebner (2006) visade i en norsk studie direkt korrelation mellan stressande situationer på en akutmottagning och försämrad patientsäkerhet. För att kunna arbeta mer patientsäkert inom akutmottagningar, finns ett behov av ökad kunskap om orsakerna till arbetsrelaterad stress, samt kunskap om hur denna stress påverkar patientsäkerheten. Genom en ökad kunskap går det att arbeta i ett mer preventivt syfte, vilket kan vara ett användbart redskap inom den kliniska sjukvården.

BAKGRUND

Teoretisk referensram

Omvårdnadsteoretikern Betty Neuman har utvecklat en systemteori med influenser från Hans Selyes (1976) teori om stress (Neuman & Fawcett, 2011). Neumans omvårdnadsteori är utvecklad för att förklara och utforska människors interaktion med miljön och reagens på olika typer av stressorer (ibid.). Neumans omvårdnadsteori har i tidigare forskning använts som grund för att undersöka stressorer och dess påverkan på patienter (Greenawalt & Wachter, 2011). Teorin går även att applicera på sjuksköterskors reaktion på stressorer i arbetsmiljön (ibid.). Sjuksköterskan kan då ses som basstrukturen och akutmottagningen som den yttre miljön (figur 1).

I sin teori beskriver Neuman och Fawcett (2011) en basstruktur, bestående av grundläggande överlevnadsfaktorer gemensamma för alla personer, exempelvis kroppsfunktioner, genetisk struktur, kognitiv förmåga och jaget. Basstrukturen omges av ett antal skyddande barriärer vilka kan beskrivas som koncentriska ringar runt basstrukturen (figur 1). Närmast basstrukturen finns tre ringar (Lines of Resistance, LR) vilka representerar tillgängliga resurser som skydd mot en stressor, exempelvis tidigare livshändelser, grupptillhörighet och immunförsvar. LR omges av en yttre ring (Normal Line of Defence, NLD) som representerar ett tillstånd av stabilitet och återspeglar ett normalt hälsotillstånd. NLD bibehålls när sjuksköterskan inte utsätts för stress och utgörs av till exempel intelligens/kunskap, förmåga av problemlösning, copingstrategier och det vanliga tillståndet av välbefinnande. Utanför NLD finns modellens yttersta ring (Flexible Line of Defence, FLD) som är dynamisk och snabbt kan förändras. FLD är en skyddande buffert som ska förhindra stressorer från att bryta igenom den fasta NLD. Att förstärka denna linje hjälper till att förhindra en eventuell stressreaktion. FLD inkluderar faktorer som vila- och aktivitetsmönster, nivåer av energi och trötthet, humör och livsstil (ibid.).



Figur 1: Betty Neumans systemteori där sjuksköterskan på en akutmottagning utgör basstrukturen.

Stressorer är enligt Neuman och Fawcett (2011) en del av miljön, vilka kan vara av olika karaktär och förändra systemets stabilitet. De beskrivs närmare som spänningsproducerande stimuli som kan ha olika effekt på sjuksköterskan och ha potential att inskränka FLD och bryta igenom NLD. Neuman och Fawcett (2011) delar upp stressorerna i tre olika typer:

- *Intrapersonella stressorer* - uppstår inom sjuksköterskan, exempelvis fysiska kroppsfunktioner, kognitiva funktioner, andlighet och patologiska förändringar.
- *Interpersonella stressorer* - uppstår mellan sjuksköterskan och en eller flera andra personer, exempelvis förväntningar från andra eller förhållandet med arbetskollegor.
- *Extrapersonella stressorer* - uppstår utanför sjuksköterskan, exempelvis bemanning samt ekonomiska- och strukturella resurser i arbetsmiljön (ibid.).

Stressorer kan penetrera alla olika nivåer av modellens strukturer. Penetrering av NLD kan likställas med en sjuksköterska som drabbats av utmattningssyndrom eller depression. Om och hur stressorerna angriper LR kan ange hur akut/kritisk utmattningen/depressionen är i form av psykisk och fysisk ohälsa. Om stressorn/stressorerna tar sig genom alla försvarslinjer och penetrerar basstrukturen innebär detta sannolikt dödlig sjukdom eller en överhängande risk för död.

För att sjuksköterskan ska kunna upprätthålla sitt välbefinnande och inte utsättas för skadlig stress på arbetet, krävs preventiva insatser. Neuman (Neuman & Fawcett, 2011) beskriver

även omvårdnadsinterventioner som fokuserar på att återställa och upprätthålla stabilitet hos personen. Interventionerna kan genomföras i tre nivåer: primär, sekundär och tertiär nivå.

- *Primär prevention* - har som mål att bevara sjuksköterskans välbefinnande och fokuserar på att reducera antalet riskfaktorer samt öka förmågan att stå emot eventuella stressorer innan ohälsa uppstått.
- *Sekundär prevention* - tillämpas då det uppstått symtom på ohälsa och syftar till att avlägsna stressorn, förstärka och skydda sjuksköterskans grundfunktioner och underlätta återgången till välbefinnande.
- *Tertiär prevention (rekonstruktion)* - syftar till att genom behandling av symtom, få tillbaka sjuksköterskan till ett tillstånd av välbefinnande och upprätthålla välbefinnande efter avslutad behandling (Neuman & Fawcett, 2011).

Således kan den teoretiska referensramen också förtydliga hur ett eventuellt preventivt arbete bör disponeras och användas för att motverka arbetsrelaterad stress.

Stressbegreppet

Stress är ett tillstånd där en person upplever en förändring av det normala balanserade tillståndet (Berman, Snyder & Kozier, 2014). En stressor är en påverkan som får personen att känna stress. Stress kan ha psykiska, emotionella, intellektuella, sociala och andliga konsekvenser, ofta är dessa effekter mixade eftersom stress påverkar hela personen (ibid.). Upphovsmannen till begreppet "stress" var Hans Selye, en ungersk-kanadensisk endokrinolog och forskare. Selye (1976) menade att stress är en ospecifik uppvarvning som ett svar på någon form av utmaning, vilken som helst, vilken kan vara viktig för överlevnaden och behöver inte vara farlig eller sjuklig i sig, om den sker under en begränsad tid. I Selyes teori kallas yttre stressframkallande förhållanden för stressorer. Kroppens försvars- och anpassningsreaktioner delade Selye in i tre huvudfaser: Alarm, motstånd och utmattning (ibid.). Alarmfasen innebär en förberedelse inför kamp eller flykt (Berman et al., 2014). Motståndsfasen inkluderar fysiologisk hantering och coping. Den tredje fasen, utmattningsfasen, uppkommer om återhämtning eller hanteringen av stressen inte varit

adekvat, och innebär då en oförmåga att upprätthålla en normal funktion (utmattningsdepression) (ibid.).

Arbetsrelaterad stress hos sjuksköterskor

Arbetsrelaterad stress upplevs när krav från arbetsmiljön överstiger den anställdes förmåga att hantera eller kontrollera arbetssituationen (Cox, Griffiths & Rial-González, 2000). Stress är ingen sjukdom i sig; viss prövning eller belastning kan förhöja prestationen hos en person. Om belastningen däremot blir för intensiv och utdragen kan den ge upphov till både mental och fysisk ohälsa (ibid.), liksom den beskrivning Neuman (Neuman & Fawcett, 2011) skildrar i sin teori om stress. Cox et al. (2000) framhåller i en rapport om arbetsrelaterad stress att den kan påverka all typ av personal, oberoende av sektor och organisationsstorlek och ge upphov till exempelvis depression, ångest, trötthet och hjärtsjukdomar (ibid.).

Sjuksköterskans dagliga arbete handlar om att balansera påfrestningar med stimulans i arbetet (Hallin & Danielsson, 2007). I Hallin och Danielssons (2007) studie sågs däremot arbetssituationerna hos sjuksköterskor som mer stressande än stimulerande. Arbetsmiljöverket (2015a) listar en rad risker i arbetsmiljön inom hälso- och sjukvården, exempel på dessa är hög arbetsbelastning, oregelbundna arbetstider, samarbetsproblem, våld och hot samt smitta. Zhang et al. (2014) visade i en kinesisk studie att sjuksköterskor som jobbade på sjukhusavdelningar (n=9698) upplevde en hög arbetsbelastning, brist på självständighet, var missnöjda med sitt yrke och dess förmåner samt uppvisade symtom på utmattningssyndrom.

I en rapport av Statistiska Centralbyrån (SCB, 2017), fanns liknande resultat bland svenska sjuksköterskor som tillfrågats om varför de valt att avsluta sitt arbete inom yrket. Ca 45 % upplevde att yrket var psykiskt påfrestande, vilket var helt eller till stor del avgörande i deras beslut. SCB (2017) beskriver vidare att oförmågan att styra över sin egen arbetssituation, samt känslan av att adekvat patientsäkerhet inte kan bibehållas på grund av att tid inte räcker till, kan bidra till stress (ibid.). Zhang et al. (2014) beskriver vidare att sjukhus med en god arbetsmiljö hade färre rapporteringar om utmattningssyndrom, missnöje med sitt jobb och avsikter att säga upp sig från sitt jobb.

I sitt arbete på akutmottagningarna är sjuksköterskor ofta exponerade för olika stressorer såsom högt arbetstempo (Ali, Thomson, Graham, Rickard & Stand, 2017), multitasking (Källberg, 2015) och avbrott under utförande av arbetsuppgifter (Kosits & Jones, 2010). En stressig och krävande arbetsmiljö kan påverka sjuksköterskor i deras arbete och äventyra patientsäkerheten, exempelvis belyser Kunaviktikul et al. (2015) i en studie att övertidsarbete hos sjuksköterskor kunde ha en negativ effekt på uppmärksamheten och att utmattade sjuksköterskor löpte större risk att missa eventuella förändringar i patienternas hälsotillstånd. Långvarig stress kan även påverka sjuksköterskors hälsa, som då löper högre risk att drabbas av fysiska sjukdomar som högt blodtryck, hjärt- och kärlsjukdomar, övervikt och nedsatt immunförsvar, samt psykisk sjukdom som ångest, insomni och depression (McNeely, 2005). Även utbrändhet och emotionell utmattning kan relateras till stressmoment som bristande bemanning, utrustning (Khamisa et al., 2015).

Forskning har visat på en korrelation mellan arbetsrelaterad stress och negativa konsekvenser för såväl sjuksköterskor, deras omvårdnadsarbete samt patientsäkerheten, vilket i sin tur kan orsaka vårdskador (Khamisa et al., 2015; Martin, 2015; Kunaviktikul et al., 2015; SKL, 2016). Vidare visade Elfering et al. (2006) hur sjuksköterskor på en akutmottagning hade en ständig känsla av att inte hinna med sina dagliga arbetsuppgifter, vilket indirekt ledde till en känsla av att inte ha kontroll över situationen. Neuman (Neuman & Fawcett, 2011) beskriver att preventiva insatser kan behövas även för potentiella stressorer. Arbetsklimat med pressade situationer som på en akutmottagning kan vara förenlig med Neumans omvårdnadsteori och kan ses som en miljö innehållande potentiella stressorer av samtliga delar; *interpersonella stressorer, intrapersonella stressorer och extrapersonella stressorer* (ibid.). Som ett led i arbetet mot förbättrad patientsäkerhet och för vidare forskning inom området är det således betydelsefullt att sammanställa aktuell forskning som belyser arbetsrelaterad stress hos sjuksköterskor som arbetar på akutmottagningar, samt hur stress och arbetsbelastning påverkar patientsäkerheten.

Arbetsrelaterad stress på akutmottagningen

Akutmottagningen utgör en komplex och dynamisk miljö där teamen har till uppgift att hantera varierande och en ofta överväldigande volym patienter med en rad olika kliniska sjukdomar (Wears, Woloshynowych, Brown & Vincent, 2010). Akutmottagningen kan ses som en utmanande arbetsmiljö med högt arbetstempo och oförutsedda händelser (Ali et al., 2017), vilken involverar flera processer som interagerar och är beroende av varandra både inom och utanför akutmottagningen, exempelvis samarbete med röntgen och operationsavdelningar (Berg et al, 2013). Arbetsförhållanden som överbelastning (crowding), multitasking och avbrott i arbetsuppgifter ses ofta som en naturlig del av sjuksköterskans arbetsmiljö (ibid.).

Akutmottagningen har en central roll i sjukhusets organisation och är liksom övriga verksamheter inom den svenska hälso- och sjukvården ålagda att tillhandahålla god och kvalitativ vård som tillgodoser patienters behov av säkerhet och trygghet (IVO, 2015). Om verksamheten inte fungerar som den ska innebär det inte bara en patientsäkerhetsrisk på den enskilda avdelningen, utan kan även innebära konsekvenser senare i vårdkedjan vilket återspeglas i sjukhusets andra verksamheter (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2010). Socialstyrelsen (2017a) för årligen statistik över patientflöde och väntetider vid de svenska akutmottagningarna. Antalet patienter som söker vård vid akutmottagningar har internationellt (Kocher & Asplin, 2012) såväl som i Sverige ökat årligen sedan år 2004, samtidigt som antalet akutmottagningar blir färre i antal (Källberg, 2015). Under år 2015, hade de svenska akutmottagningarna drygt 2,5 miljoner besök, de långa väntetiderna kvarstår och var tionde patient väntade 7 timmar eller längre (Socialstyrelsen, 2017a). För att god och säker vård ska kunna ges krävs bemanning, kompetens, utrustning och lokaler (IVO, 2015) och det ökade patientflödet ställer höga krav på nämnda faktorer (Socialstyrelsen, 2017a). Akutmottagningen måste därför vara organiserad på ett sådant sätt att patientflödet, vilket kan vara snabbt och ojämnt, kan hanteras under dygnets 24 timmar (IVO, 2015). Tiden från det att patienten inkommer till akuten och blir omhändertagen till dess att patienten kan lämnas över till en vårdavdelning eller bli utskriven har betydelse för patientsäkerheten (ibid.). Epstein et al., (2012) belyser vidare att svårt/kritiskt sjuka patienter som ligger kvar på akuten under längre tid löper större risk att drabbas av vårdskador och till och med död.

Arbetet på akutmottagningen kan orsaka en hög grad av stress för vårdpersonal, och landets akutmottagningar står inför stora utmaningar på grund av det ökade antalet patientbesök (IVO, 2015; Socialstyrelsen, 2017a). Risker för äventyrad patientsäkerhet ligger bland annat i otillräcklig bemanning, bristande kompetens, erfarenhet (Socialstyrelsen, 2017a) samt i brist på vårdplatser och ökat antal patienter (IVO, 2015). I en studie av Elfering et al. (2006) påvisade författarna ett samband mellan stressande faktorer i sjuksköterskans arbetsmiljö på akutmottagningar och äventyrad patientsäkerhet. Vidare konstaterade Källberg (2015) att ökad arbetsbelastning och tidsbrist var ett problem, vilket kunde innebära negativa konsekvenser på patientsäkerheten.

Socialstyrelsen (2015) belyser att en utvecklad patientsäkerhetskultur är avgörande för patientsäkerheten och avser en ökad säkerhetsrelaterad kunskap, information, medvetenhet och vaksamhet hos personal om risker som kan uppstå samt vilka faktorer som kan äventyra patientsäkerheten (ibid.). IVO (2015) klargör i en rapport om landets akutmottagningar att de i nuläget inte motsvarar dagens stora behov av vård. Patientsäkerheten på akutmottagningarna är därför ett aktuellt område och en angelägenhet för landets landsting. Exempelvis högt tempo och pressade situationer (ibid.), kan i enlighet med Betty Neumans omvårdnadsteori ses som extrapersonella stressorer, vilka kan påverka sjuksköterskan negativt (Neuman & Fawcett, 2011). Följaktligen är det betydelsefullt att sammanställa aktuell kunskap och forskning inom området, samt undersöka hur arbetsrelaterad stress kan vara associerad med patientsäkerheten.

Patientsäkerhet

Sjukvård kan förbättra livskvaliteten, rädda och förlänga liv hos patienter, men kan också orsaka stor skada (Lindh & Sahlqvist, 2012). Att inom sjukvården hjälpa, lindra och bota är för de flesta människor en självklarhet (ibid.), ändå har det påvisats (Friedman, Provan, Moore & Hanneman, 2008), att patienter dagligen skadas i samband med behandling och vård på grund av orsaker som hade kunnat förebyggas. Enligt Socialstyrelsen (2016) innebär patientsäkerhet ett skydd mot vårdskada. En vårdskada definieras i patientsäkerhetslagen som: “/.../ lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade

kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården” (Patientsäkerhetslag, SFS 2010:659, 1 kap 5§). Vårdskada i samband med ett vårdtillfälle kan i bästa fall vara övergående, men kan också bli så pass allvarlig och komplicerad att den förändrar patientens fortsatta liv, eller får till följd att patienten avlider (SKL, 2016). Överbeläggningar rapporteras ha ökat i antal och nämns som en stor risk för uppkomst av vårdskada (Socialstyrelsen, 2016), vilket inträffar då patienten hamnar på en avdelning där exempelvis den medicinska utrustning som krävs ej finns tillgänglig eller att antalet arbetande vårdpersonal är för lågt (ibid.). De vårdskador som är främst förekommande i Sverige är vårdrelaterade infektioner, fall, läkemedelsrelaterade skador samt trycksår (Socialstyrelsen, 2016; SKL, 2016). Orsaker till de vanligaste förekommande vårdskadorna kan ofta härledas till brister i dokumentering och informationsöverföring (ibid.).

Fram till mitten av 90-talet blev enskilda vårdgivare anklagade och skuldbelagda vid brister i det dagliga vårdarbetet, eftersom fel likställdes med inkompetens och straff betraktades som både lämpligt och effektivt i syfte att få vårdgivare att vara mer försiktiga (Emanuel et al., 2008). Det traditionella sättet att tänka hade dock brister, vårdutövare synliggjorde sällan sina misstag och rapporteringen av fel var låg. Tankesättet förändrades på mitten av 90-talet och idag ses bristande patientsäkerhet istället som en del i ett felande system (ibid.).

Förebyggande arbete inom vården utvecklas idag kontinuerligt med exempelvis avvikelserapporteringar skrivna av vårdpersonal (Socialstyrelsen, u.å.) samt genom handlingsplaner och övervakning av statliga myndigheter såsom Folkhälsomyndigheten (SFS 2013:1020). År 2011 antog riksdagen en patientsäkerhetslag med syfte att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården i Sverige (Patientsäkerhetslag, SFS 2010:659). Lagen beskriver att vårdgivaren skall planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Hälso- och sjukvårdspersonal skall utföra sitt arbete i överenskommelse med evidens och beprövad erfarenhet och vården skall i den mån det går, utformas och genomföras i samråd med patienten (ibid.). Trots krav förekommer bristande patientsäkerhet, vilket bidrar till ökade vårdskador som i förlängningen kan medföra ett mänskligt lidande, ökade kostnader för samhället och ett minskat förtroende för sjukvården (Riksrevisionen, 2015).

Källberg (2015) belyser att patientsäkerheten på akutmottagningar kan riskeras på grund av arbetsrelaterad stress av multifaktoriell natur såsom organisatoriska- och lokala faktorer men även genom brister inom teamen. Tidspress (Darawad, Nawafleh, Maharmeh, Hamdan-

Mansour & Azzeghaiby., 2015) och “crowding” (Epstein et al., 2012) är exempel på faktorer som har negativa effekter på patientsäkerheten och kan ses som stressorer hos sjuksköterskor (Elfering et al., 2006). Vidare visade en studie av McGrath, Reid och Boore (2003) att känsla av otillräcklighet, bristande kontroll och brist på inflytande relaterat till autonomi upplevdes som stressande. Således kan arbetsmiljön och stressorer ses i enlighet med Betty Neumans omvårdnadsteori, vilka kan påverka sjuksköterskorna i olika grad (Neuman & Fawcett, 2011). Ständigt arbete under stress är påfrestande och krävande och skulle kunna resultera i utbrändhet (Khamisa et al., 2015), varför det är viktigt att arbeta preventivt för att även undvika ohälsa och sjukskrivningar bland sjuksköterskor. Det är av vikt att arbeta stressförebyggande för att öka patientsäkerheten (Elfering et al., 2006) och som ett led i det arbetet är det betydelsefullt att sammanställa aktuell forskning angående hur sjuksköterskors arbetsrelaterade stress påverkar patientsäkerheten.

Syfte

Syftet var att beskriva orsaker till arbetsrelaterad stress hos sjuksköterskor på akutmottagningar och dess påverkan på patientsäkerheten.

METOD

Föreliggande studie gjordes som en litteraturstudie, vilket enligt Polit och Beck (2014) definieras som en granskning och sammanställning av redan befintlig forskning. Huvudsyftet med en litteraturstudie är att interagera tidigare relevanta forskningsresultat, presentera rådande kunskap inom området och kunna ge underlag för framtida forskning där kunskap saknas (ibid.). En litteraturstudie utgår från en väl definierad och avgränsad frågeställning, därefter görs en litteratursökning efter vetenskaplig litteratur inom det område frågan berör (Kristensson, 2014).

Urval

Urvalet omfattade elva vetenskapliga artiklar. Inklusionskriterier var artiklar: skrivna på svenska eller engelska, granskade (peer reviewed) och publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Artiklarna skulle fokusera på stress, sjuksköterskor och patientsäkerhet på akutmottagningar. Både artiklar med kvalitativ och kvantitativ ansats kunde ingå i litteraturstudiens resultat, för att uppnå en bred såväl som djup förståelse inom ämnet. Exklusionskriterier var artiklar: äldre än tio år, av låg kvalitet samt rörande pediatrik och barnakutmottagningar.

Datansamling

Datansamling gjordes genom systematiska litteratursökningar i databaserna PubMed och CINAHL, med sökord som bedömdes vara användbara för att besvara litteraturstudiens syfte (Tabell 1 och 2). Samtliga träffars titlar (n=150) lästes av båda författarna i enlighet med Kristensson (2014). Därefter lästes abstrakts (n=23) för de artiklar som hade titlar vilka bedömes relevanta för syftet. Artiklar vars abstrakt bedömts som relevanta (n=17) lästes sedan i fulltext av båda författarna. Artiklar som lästs i sin helhet och som bedömdes vara relevanta (n=8) inkluderades för kvalitetsgranskning (ibid.).

PubMed/Medline

PubMed är en sökbar databas som innehåller referenser från medicinsk och biologisk forskning, i denna databas är Medline huvudkomponent, vilken ger access till en mycket stor samling artiklar från 1965 (Theander, 2006). I PubMed finns indexerade söktermer, så kallade MeSH (Medical Search Headings), som på svenska kan översättas till medicinska ämnesrubriker. MeSH består av olika uppsättningar av ämnesord i en alfabetisk eller hierarkisk struktur som tillåter litteratursökningar med högre grad av specificitet (National Library of Medicine, 2015).

MeSH-termer som användes var: "Patient Safety", "Medical Errors", "Emergency Medicine"

och "Emergency Service, Hospital". För att bredda sökningen genomfördes en kombination av MeSH-termer, de booleska sökoperatorerna AND och OR, samt fritextord synonyma med *stress*, *patientsäkerhet* och *akutmottagning* (tabell 1).

CINAHL Complete

CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) Complete är världens mest omfattade källa till omvårdnadsartiklar och indexerar idag över 5 miljoner artiklar tillgängliga som fulltext i 1400 tidskrifter. I CINAHL Complete finns tidskrifter daterade bak till 1937 (EBSCO, 2016).

Motsvarigheten till PubMeds MeSH-termer, kallas i CINAHL för *Subject Headings*.

Här identifierades termerna; "Stress", "Stress, Occupational", "Patient safety", "Emergency Medicine", "Emergency Service" och "Emergency Care" som användbara. Ämnesrubrikerna kombinerades med de booleska sökoperatorerna AND och OR samt fritextord synonyma med *stress*, *patientsäkerhet* och *akutmottagning* för att bredda och specificera sökningen ytterligare. För att filtrera bort artiklar, vilka redan fanns i databasen PubMed, användes filtret "Exclude MEDLINE records". På så sätt kunde dubletter i de båda databasernas träfflistor undvikas (tabell 2).

Sökschema

Tabell 1: Sökning i PubMed.

Databas	Sökord	Antal träffar	Granskade	Urval 1	Urval 2
PubMed					
#1	Stress	728,348			
#2	Stressors	26,137			
#3	"Job Stressors"	284			
#4	"Occupational Stress"	1736			
#5	"Workplace Stress"	253			
#6	Workload	32,759			
#7	"Work Related"	12,713			
#7	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7	775,158			
#8	"Patient Safety"[MeSH]	11,472			
#9	"Patient Safety"	31,019			
#10	"Medical Errors"[MeSH]	97,899			

#11	“Medical Errors”	15,903			
#12	#8 OR #9 OR #10 OR #11	222,180			
#13	"Emergency Medicine"[MeSH]	11,430			
#14	“Emergency Department”	64,981			
#15	"Emergency Service, Hospital"[MeSH]	60,301			
#16	“Acute Care Department”	25			
#17	“Acute Care Setting”	1535			
#18	“Emergency Unit”	1642			
#19	#13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18	107,514			
#20	#7 AND #12 AND #19	129			
#21	#20 + Filters: Published in the last 10 years	105	22	16	8

Tabell 2: Sökning i CINAHL.

Databas CINAHL	Sökord	Antal träffar	Granskade	Urval 1	Urval 2
#1	Stress	137,252			
#2	(MH “Stress+”)	67,582			
#3	Stressors	7,806			
#4	(MH “Stress, Occupational+”)	17,650			
#5	Workload	16,682			
#6	“Work related”	5,206			
#7	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6	166,630			
#8	(MH “Patient Safety+”)	80,150			
#9	“Patient Safety”	46,192			
#10	“Medical Errors”	1,689			
#11	#8 OR #9 OR #10	85,183			
#12	(MH “Emergency Care+”)	30,630			
#13	(MH “Emergency Service+”)	40,012			
#14	(MH “Emergency Medicine”)	8,403			
#15	“Emergency Medicine”	12,262			
#16	“Emergency Department”	28,307			
#17	“Acute Care Setting”	1,284			
#18	“Acute Care Hospital”	1,279			
#19	“Emergency Unit”	331			
#20	#12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #19	87,456			
#21	#7 AND #11 AND #20	156			
#22	#21 + Limiters: Published Date: 20070101– 20171231	121			
#23	#22 + Exclude MEDLINE records	45	1	1	0

Efter avslutad sökning genomfördes en manuell granskning av referenslistorna tillhörande de åtta artiklarna inkluderade från sökningen i PubMed. Granskningen resulterade i ytterligare fyra artiklar (Adriaenssens, De Gucht & Maes, 2015; Ross-Adjie, Leslie & Gillman, 2007; Smeds-Alenius, Tishelman, Runesdotter & Lindqvist, 2013; Berland, Natvig & Gundersen,

2008), vilka lästes i sin helhet och ansågs vara relevanta för att besvara litteraturstudiens syfte och frågeställning. Samtliga manuellt hämtade artiklar (n=4) inkluderades för kvalitetsgranskning.

Kvalitetsgranskning

Samtliga inkluderade artiklar (n=12) genomgick kvalitetsgranskning, utifrån modifierade granskningsmallar baserat på de mallar som finns beskrivna i Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) samt Forsberg och Wengström (2013). Willman et al. (2011) beskriver att deras protokoll för kvalitetsgranskning måste kompletteras, utvecklas och anpassas för varje unik litteraturstudie. Därför modifierades och utvecklades mallar för granskning i huvudsak baserade på Willman et al. (2011) med kompletterande frågor från Forsberg och Wengström (2013). En mall för granskning av artiklar med kvalitativ studieansats (Bilaga 1) och en mall för granskning av artiklar med kvantitativ studieansats (Bilaga 2), användes i syfte att inkludera artiklar med hög kvalitet. Artiklarna granskades utifrån olika kvalitetskriterier som bestod av 15 (Bilaga 1) respektive 16 (Bilaga 2) frågor i respektive mall. För varje jakande svar, erhöll varje artikel 1 poäng och för varje nekande svar 0 poäng. Den sammanlagda poängen angav ett enligt Willman et al. (2011) procentuellt värde för bedömning av artiklarnas kvalitet; ($\geq 80\%$) = hög kvalitet, ($\geq 70\%$) = medelhög kvalitet och ($\geq 60\%$) = låg kvalitet. En slutgiltig inkludering gjordes av de artiklar som hade erhållit en hög (n=6) eller medelhög (n=5) kvalitet. En artikel exkluderades på grund av låg kvalitet.

Kvalitetsgranskningen resulterade därför i elva artiklar.

Dataanalys

Analys av utvalda artiklar gjordes i enlighet med Kristenssons (2014) beskrivning av integrerad analys, som beskrivs i tre olika steg. Första steget innefattade att samtliga inkluderade artiklar lästes flertalet gånger, för att skapa en uppfattning och förståelse om innehållet i respektive artikel. Fokus var i enlighet med Friberg (2012) på studiernas resultat och respektive studies huvudfynd. Därefter diskuterades artiklarnas innehåll gemensamt för att identifiera likheter samt olikheter mellan respektive artikel, med avseende på orsaker till arbetsrelaterad stress hos sjuksköterskor och dess påverkan på patientsäkerheten (ibid.).

Andra steget bestod av att identifiera olika huvudkategorier med liknande innebörd, vilka sedan kan ligga till grund för subkategorier där resultatet sammanställs (Kristensson, 2014). De analyserade artiklarnas likheter och olikheter mynnade således ut i fyra huvudkategorier, med tillhörande subkategorier (tabell 3). I det tredje steget presenterades resultatet i integrerad form, vilket innebär att likheter och olikheter i relation till syfte och frågeställning presenteras med stöd av de valda studiernas resultat (ibid.).

Forskningsetiska avvägningar

År 1964 antog World Medical Association den så kallade Helsingforsdeklarationen, vilken föreskriver de etiska regler som gäller vid forskning om människor (Declaration of Helsinki, 2014). Helsingforsdeklarationen bygger på fyra etiska grundprinciper: *autonomiprincipen* som innebär rätten till självbestämmande, medbestämmande och integritet. *Godhetsprincipen* innebär strävan efter att göra gott, förebygga eller förhindra skada. *Principen att inte skada* innebär att andra inte bör utsättas för skada eller riskeras skada. Slutligen innebär *rättvisepprincipen* att alla människor bör behandlas lika (ibid.). Litteraturstudiens inkluderade artiklar skulle vara godkända av en etisk kommitté, vilket tydligt skulle framgå i de granskade artiklarna. Litteraturstudien skrevs ur en objektiv synvinkel, följde de riktlinjer/regelverk beslutade enligt Lunds Universitet och Högskoleförordningen (Lunds Universitet, 2016) samt följde den akademiska hedern med en samtidig förståelse för innebörden av plagiat.

RESULTAT

Resultatet baseras på elva vetenskapliga artiklar, sex kvantitativa och fem kvalitativa. Artiklarna har undersökt orsaker till sjuksköterskors arbetsrelaterade stress, samt hur denna stress påverkar patientsäkerheten. Under analysprocessen framträdde fyra huvudkategorier med tillhörande subkategorier: *Hög arbetsbelastning*, *Bristande teamarbete*, *Bristande kontroll* och *Bristande omvårdnad*.

Tabell 3. Identifierade huvudkategorier och subkategorier.

SYFTE	HUVUDKATEGORIER	SUBKATEGORIER
Orsaker till arbetsrelaterad stress	Hög arbetsbelastning	Underbemanning Överbeläggning Tidsbrist
	Bristande teamarbete	Kommunikationsproblem Samarbetsproblem Avsaknad av kollegialt stöd
	Bristande kontroll	Avbrott i arbetet Kompetensbrist
Påverkan på patientsäkerheten	Bristande omvårdnad	Fel i läkemedelshantering Inadekvat bedömning

Orsaker till arbetsrelaterad stress

Hög arbetsbelastning

En orsak till arbetsrelaterad stress hos sjuksköterskor var hög arbetsbelastning. Tre subkategorier kunde identifieras: *Underbemanning*, *Överbeläggningar* och *Tidsbrist*.

Underbemanning

Flera studier visade på att underbemanning var en bidragande orsak till stress (Ehsani et al., 2013; Flowerdew, Brown, Russ, Vincent & Woloshynowych, 2012a; Källberg, Göransson, Florin, Östergren, Brixey & Ehrenberg, 2015; Källberg, Ehrenberg, Florin, Östergren & Göransson, 2017; Mitchell Scott, Considine & Botti, 2014; Smeds-Alenius et al., 2013). I studien av Källberg et al. (2017), där 20 deltagare intervjuades enskilt, uppgav informanterna att underbemanning var ett problem och en faktor som genererade stress. Flowerdew et al. (2012a) visade i en studie med 22 intervjuade deltagare, att underbemanning upplevdes som en av de mest stresskapande faktorerna. Ehsani et al. (2013) visade i en iransk enkätstudie (n=94), att hög arbetsbelastning och däribland underbemanning, var en av de mest bidragande orsakerna till utmattning och stress.

Underbemanning framkom även i studien av Källberg et al. (2015), där anmälningar (n=157) från svenska akutmottagningar till den svenska Lex Maria-databasen granskades och sedan kategoriserades av forskarna, som en bidragande orsak till stress och en pressad arbetsmiljö. Liknande resultat framkom i Mitchell Scott et al. (2014), där bristande bemanning var en bidragande orsak till stress.

Överbeläggning

Överbeläggning eller ett överväldigande antal patienter framkom gemensamt i flertalet studier som en bidragande orsak till hög arbetsbelastning och stress (Ehsani et al., 2013; Källberg et al., 2017; Mitchell Scott et al., 2014; Ross-Adjie et al., 2007). Ehsani et al. (2013) visade på att ett stort antal patienter i förhållande till mängden vårdpersonal var vanligt förekommande fenomen och en orsak till stress. Även intervjuad vårdpersonal i studien av Källberg et al. (2017) uppgav att hög arbetsbelastning i form av ett överväldigande antal patienter och kritiskt sjuka patienter bidrog till ökad stress. Liknande resultat framkom i en australiensisk enkätstudie av Ross-Adjie et al. (2007), där sjuksköterskor (n=144) på en akutmottagning deltog. I studiens resultat framkom att specifikt överbeläggningar [eng. crowding] var en tung bidragande faktor till arbetsrelaterad stress (ibid.), dessutom visade studien av Mitchell Scott et al. (2014) på att antalet upptagna undersökningsrum (>50%) på akutmottagningen signifikant bidrog till ökad stress.

Tidsbrist

Brist på tid sågs som en gemensam stressgenererande faktor i flertalet studier (Berland et al., 2008; Flowerdew et al., 2012a; Källberg et al., 2017; Nielsen, Pedersen, Rasmussen, Pape & Mikkelsen, 2013). I en fokusgruppstudie (n=23) av Berland et al. (2008), uppgav deltagarna att tidsbrist var ett stort problem. Tiden sågs ofta som otillräcklig för att genomföra de dagliga rutinerna och ge adekvat omvårdnad till patienterna (ibid.). Brist på tid uppgavs även av informanterna i studien av Källberg et al. (2017) som en bidragande orsak till stress. I en dansk enkätstudie (n=118) av Nielsen et al. (2013), uppgav informanterna brist på tid för att utföra sitt arbete på ett adekvat sätt, färdigställa sina arbetsuppgifter, samt brist på tillfällen att kunna planera och fördela det dagliga arbetet. Deltagarna i studien av Berland et al. (2008)

menade dock att brist på tid inte ensamt var den enda orsaken bidragande till stress, utan medarbetarnas reaktioner på tidspress var ett minst lika vägande skäl. De visade också på att ett positivt teamarbete mellan kollegor var av vikt för att personalen skulle mäkta med ett högt arbetstempo (ibid.), vilket även stöds av Flowerdew et al. (2012a) där deltagarna uppgav att en stressor kunde vara att övriga kollegor var stressade och att det därför var av vikt att kollegor behöll ett lugn trots att de var under hög arbetsbelastning och tidspress.

Bristande teamarbete

Bristande teamarbete kunde bidra till stress hos sjuksköterskor. Tre subkategorier framträdde, vilka förklarade hur teamarbetet kunde brista: *Kommunikationsproblem*, *Samarbetsproblem* och *Avsaknad av kollegialt stöd*.

Kommunikationsproblem

Flera studier visade på frekventa kommunikationsproblem inom vårdteamen på akutmottagningar (Adriaenssens et al., 2015; Flowerdew et al., 2012a; Källberg et al., 2015; Källberg et al., 2017). Av samtliga Lex-Maria anmälningar i studien av Källberg et al. (2015) kunde 27 fall härledas till fallerat teamarbete [eng. teamwork failure]. Forskarna identifierade kommunikationsbrister i samtliga fall av fallerat teamarbete och fann att kommunikationen var bristfällig inom teamen på akutmottagningen men även mellan akutmottagningen och externa instanser som exempelvis vårdboenden och primärvården, samt mellan akutmottagningen och sjukhusets andra vårdavdelningar (ibid.). I en senare studie av Källberg et al. (2017) uppgav informanterna att brist på information och kommunikationsbrister var faktorer som bidrog till stress. Vidare sågs brist på information avseende patienter som flyttades till den aktuella akutmottagningen från andra sjukhus som en specifikt stresskapande situation hos deltagarna (ibid.).

Samarbetsproblem

Samarbetsproblem sågs i flera studier som en gemensam orsak till stress (Berland et al., 2008; Flowerdew et al., 2012a; Nielsen et al., 2013; Ross-Adjie et al., 2007). I studien av Flowerdew et al. (2012a) visade resultatet att brist på samarbete, både inom akutmottagningen, men även med andra avdelningar på sjukhuset, var en signifikant bidragande faktor till ökad stress hos vårdpersonalen. Resultaten överensstämmer med studien av Nilsen et al. (2013), där sjuksköterskorna uppgav att dåligt samarbete var en central orsak till stress. Bristande relationer i teamen [eng. poor professional relations] sågs av deltagarna i studien av Ross-Adjie et al. (2007) som en bidragande faktor till arbetsrelaterad stress. Berland et al. (2008) beskriver vidare att bra förhållande med andra professioner kändes viktigt för informanterna för att kunna hantera stress i arbetsmiljön. Påståendena stärks ytterligare av Flowerdew et al. (2012a) där teamarbetet beskrivs som essentiellt för att kunna driva en akutmottagning på ett smidigt sätt. Deltagarna menade också att ett effektivt ledarskap var av stor vikt och förklarade att vissa dagar kunde upplevas som väldigt stressiga utan att ha mycket att göra och vice versa. En deltagare berättade: "Jag tror att hur teamet fungerar under press, beror på hur ledarskapet fungerar under press (ibid, s. 2)".

Avsaknad av kollegialt stöd

Flera studier påvisade avsaknad av kollegialt- och socialt stöd som en orsak till stress (Adriaenssens et al., 2015; Berland et al., 2008; Ross-Adjie et al., 2007). I studien av Berland et al. (2008) var deltagarna övertygade om att bristande socialt stöd kunde vara stresskapande och det fanns vidare många indikationer om att det sociala stödet var viktigt. Negativa effekter av bristande kollegialt stöd bland personalen var bland annat: osäkerhet, oförmåga att agera, ökat antal fel och verbala påhopp. Forskarnas intryck från gruppdiskussionerna var att support, i form av respekt mot varandra, hade en positiv effekt på hur deltagarna upplevde samt reagerade på stress (ibid.). Adriaenssens et al. (2015) konstaterade i en belgisk longitudinell enkätstudie att socialt stöd inom vårdteamen var svagt men signifikant korrelerade med personalens tillfredsställelse på arbetsplatsen (.22, $P < 0.001$) och minskad emotionell utmattning (-.24, $P < 0.001$). Ross-Adjie et al. (2007) beskrev i sin studie

sjuusköterskors upplevelser av debriefing på arbetsplatsen efter stressframkallande händelser. Resultatet visade att rutinmässig debriefing inte erbjöds eller var tillgängligt för 59 % av deltagarna. En av informanterna i studien menade på att stress var en så pass accepterad del av arbetet på akutmottagningarna att debriefing enbart var tillgänglig efter stora katastrofer. De rapporterade också att medarbetarna kände sig skyldiga att stötta sina kollegor som egentligen hade behövt professionellt stöd och uppföljning men inte fick det: "Vissa sjuusköterskor kunde inte återvända till jobbet med sin tidigare kapacitet och upplevde pågående psykiska- eller stressrelaterade problem" (Ross-Adjie et al., 2007, s. 120).

Bristande kontroll

Bristande kontroll kunde bidra till stress hos sjuusköterskor. Två subkategorier framträdde: *Avbrott i arbetet* och *Kompetensbrist*.

Avbrott i arbetet

Flera studier visade på att avbrott i arbetet gav upphov till stress (Flowerdew et al., 2012; Källberg et al., 2017; Nielsen et al. 2013). Källberg et al. (2017) visade att deltagarna upplevde att avbrott i arbetet kunde ses som påverkade på arbetsprestationen. De angav att avbrott till exempel vid tillfällena med mycket patienter på avdelningen, kunde leda till att saker glömdes bort. Avbrotten sågs också av vårdpersonalen som en ökad risk för kommunikationsbrister mellan personal. En sjuusköterska i studien påpekade: "Vi tillåter inte varandra att rapportera färdigt om patienter utan att bli avbrutna, även om det inte är viktigt, vilket betyder att viktig information kan missas, vilket händer dagligen" (Källberg et al., 2017, s. 3). I studien av Nielsen et al. (2013) uppgav informanterna att den mest frekvent förekommande stressorn, hos samtliga undersökta personalgrupper, var att ofta bli avbruten i sitt arbete. I tre studier (Flowerdew et al., 2012; Källberg et al., 2015; Nielsen et al., 2013) beskrivs det däremot att avbrott i det dagliga arbetet inte sågs som en stressor hos vårdpersonalen, eftersom det skedde så pass frekvent att det istället uppfattades som en normal del av jobbet.

Kompetensbrist

Två studier visade på att kompetensbrist var en bidragande faktor till stress (Källberg et al., 2017; Ross-Adjie et al., 2007). I studien av Ross-Adjie et al. (2007) rankade sjuksköterskor med mindre än ett års erfarenhet på akutmottagningen, akuta händelser som signifikant mer stressframkallande, jämfört med mer erfarna kollegor. Däremot sågs inga större samband eller skillnader mellan personalens erfarenhet på akutmottagningen och de högst rankade stressframkallande faktorerna som exempelvis våld, arbetsbelastning och död eller sexuellt utnyttjande av barn (ibid.). Deltagarna i studien av Källberg et al. (2017) ansåg att oerfaren personal utgjorde en risk i det akuta arbetet. En erfaren sjuksköterska förklarade att hon var: "Tvungen att ha kontroll över både sina egna och sina oerfarna kollegors patienter, de förstår inte när patienten är på väg att kollapsa" (Källberg et al., 2017, s. 3). Gemensamt för Ross-Adjie et al. (2007) och Alenius et al. (2014) var att båda studierna visade på att arbetslivserfarenhet inte hade någon effekt på sjuksköterskornas egen perception av patientsäkerheten på akutmottagningen.

Påverkan på patientsäkerheten

Bristande omvårdnad

Arbetsrelaterad stress kan påverka patientsäkerheten negativt och riskera misstag/avvikelser och vårdskador. Två subkategorier framträdde, vilka förklarade konsekvenser av stress på patientsäkerheten: *Fel i läkemedelshantering* och *Inadekvat bedömning*.

Fel i läkemedelshantering

Gemensamt för flertalet studier framkom att en pressad arbetsmiljö och stress kunde leda till bristande patientsäkerhet, i form av misstag i läkemedelshantering (Berland et al., 2008; Ehsani et al., 2013; Källberg et al., 2013; Källberg et al., 2017, Mitchell Scott et al., 2014; Nielsen et al., 2013). Stress, utmattning och bristande erfarenhet hos sjuksköterskorna på

akutmottagningen visade sig bidra till felmedicineringar av olika slag (Ehsani et al., 2013). Avvikelser i patienternas medicinering kunde vara att studiens deltagare ställt in fel infusionstakt, administrerat dubbla doseringar av ett läkemedel, att medicineringar glömts bort, eller att läkemedel administrerats till fel patient (ibid.). I studien av Nielsen et al. (2013) fick deltagarna, i en dagbok, rapportera misstag och avvikelser som uppstått under studieperiodens fyra veckor, vilka av forskarna sedan sammanställdes och kategoriserades. Studiens resultat visade på att av samtliga misstag och avvikelser (n=214) som rapporterats i dagböckerna, var 14% i samband med hantering av läkemedel (ibid.). Sjuksköterskor uppgav även att tidsbristen innebar otillräckligt med tid till att bereda läkemedel på ett adekvat sätt (Berland et al., 2008). Informanterna i studien av Källberg et al. (2017) uppgav att ett överväldigande antal patienter kunde leda till misstag i samband med hantering av läkemedel. I samma studie framkom även att avbrott i arbetsuppgifterna ökade risken för bristande kommunikation och att viktig information kunde försummas, vilket i sin tur också kunde leda till felmedicinering eller misstag i läkemedelshanteringen (ibid.). Missförstånd eller felaktig information kunde även ses i studien av Ehsani et al. (2013), där resultatet visade på att oläslig information i patienters journaler eller oläslig information i läkares ordinationer kunde leda till fel i administrering av läkemedel. Källberg et al. (2013) redovisade att frekventa avbrott i samband med hantering av läkemedel, både vid förberedelse och/eller administration, kunde bidra till medicinska fel, något som även beskrivits i en studie av Mitchell Scott et al. (2014). Mitchell Scott et al. (2014) visade i sin studie att antalet upptagna undersökningsrum (>50%), underbemanning samt patientfaktorer som kritiska ohälsotillstånd hade signifikanta effekter på patientsäkerheten, i form av att administrering av läkemedel glömdes bort eller inte utfördes [eng. errors of omission]. Studien visade också på ett ökat antal fall av utelämnad behandling (n=36) relaterat till bristfällig bemanning av sjuksköterskor på den aktuella avdelningen, jämfört med ett signifikant samband mellan en adekvat bemannad avdelning och minskat antal utlämnade behandlingar (n=12) (ibid.). Resultaten är i linje med en nationell svensk enkätstudie av Smeds-Alenius et al. (2014) (n=9236) som visade ett starkt samband mellan adekvat bemanning och sjuksköterskans positiva bedömning av patientsäkerhetens utfall (OR 2.74, 95% CI 2.52-2.97).

Inadekvat bedömning

Inadekvat eller försenad bedömning av patienter framkom gemensamt i flera studier (Berland et al., 2008; Källberg et al., 2017; Nielsen et al., 2012) som en konsekvens av en krävande arbetsmiljö och arbetsrelaterad stress. I studien av Källberg et al. (2017) framkom långa väntetider och försenade bedömningar som en konsekvens av hög arbetsbelastning och bristande teamarbete. Informanterna uppgav att överbeläggningar och underbemanning kunde leda till försenad och/eller inadekvat bedömning av den kritiskt sjuke patienten, samt att patienter kunde lämnas utan övervakning, vilket medförde att vårdpersonal missade eventuella förändringar i patienternas ohälsotillstånd. Även bristande information och oklar ansvarsfördelning kunde bidra till långa väntetider och felprioriteringar samt försenade bedömningar och behandlingar av patienterna (ibid.). Deltagarna i studien av Berland et al. (2008) uppgav att tidsbrist innebar konsekvenser för patientsäkerheten då informanterna inte hann med alla dagliga kontrollrutiner, samt att de inte hade tid att se över avdelningens utrustning. Avvikelserna vilka framkom i studien av Nielsen et al. (2013), visade på att 34% av samtliga rapporterade avvikelser (n=214) var i samband med bedömning och behandling [eng. clinical processes]. Liknande resultat kunde ses i studien av Källberg et al. (2015) som visade att den mänskliga faktorn (n=44) var den mest förekommande orsaken bakom Lex Maria-anmälningarna vilka ingick i studiens resultat, och vidare kunde nämnda fall härledas till att misstag gjorts i samband med bedömning och diagnostisering (n=31). Bedömningen hade då varit inadekvat, vilket i sin tur ledde till att diagnos och behandling försenades eller helt missades (ibid.). I en annan studie av Källberg, Göransson, Östergren, Florin och Ehrenberg (2013) sammanställdes data från svenska regionala och nationella register som hanterar klagomål och avvikelser. I resultatet framkom att av samtliga avvikelser som rapporterats under år 2009, till Socialstyrelsen (n=92) och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd [HSAN] (n=437), hade majoriteten av avvikelserna samband med diagnos samt omvårdnad och behandling. Samma resultat kunde ses hos samtliga avvikelser (n=7434) som rapporterats av omvårdnadspersonal genom lokala rapporteringssystem, där majoriteten av avvikelserna hade samband med antingen omvårdnad och behandling (19,5%), diagnos (9,8%) eller organisatoriska faktorer såsom rutiner och resurser (18,9%), exempelvis i form av ekonomi och bemanning (ibid.).

DISKUSSION

Diskussion av vald metod

Studien genomfördes som en litteraturstudie. Det bedömdes vara en relevant metod för att besvara studiens syfte. Studiens design valdes även för att erhålla en bred och strukturerad överblick över tidigare relevanta forskningsresultat samt bidra till en djupare förståelse om ämnet som sedan kan omsättas i praktiken (Kristensson, 2014).

Artikelsökningarna gjordes i databaserna PubMed och CINAHL, då de ansågs som mest relevanta i ett omvårdnadsperspektiv. Hade sökningar gjorts även i andra databaser, är det möjligt att det resulterat i fler intressanta och relevanta artiklar som hade kunnat bidra till en ännu bredare och djupare förståelse om ämnet. Samtliga artiklar i resultatet hämtades från PubMed. En kompletterande sökning genomfördes i CINAHL för att försäkra att inga artiklar relevanta för studiens syfte missades. En styrka i artikelsökningen var användningen av både fritextord och MeSH-termer, samt att dessa kombinerades med olika synonymer och de booleska sökoperatorerna AND och OR.

Både kvalitativa och kvantitativa studier inkluderades. De inkluderade studierna var avgränsade och publicerade inom de senaste tio åren, vilket möjliggjorde ett arbete med den senaste forskningen som speglade kunskapsläget inom området och inkluderade fler relevanta forskningsresultat jämfört med vad en avgränsning inom fem år gav. De inkluderade studierna omfattade inte heller personal som arbetade inom särskilda akutmottagningar för barn, vilket kan ha medfört en risk för att intressanta och relevanta artiklar sållats bort, däremot ansågs arbete med barn ge upphov till en annan typ av stress för sjuksköterskor, vilket eventuellt hade påverkat föreliggande studies resultat.

Artiklarna kvalitetsgranskades utifrån modifierade mallar för att vara anpassade till föreliggande litteraturstudies inkluderade artiklar. Mallarna baserades huvudsakligen på bilagorna i Willman et al. (2011), där irrelevanta frågor och kriterier valdes bort och kompletterades med frågor och kriterier från bilagorna i Forsberg och Wengström (2013). Samförstånd och försäkran om att de inkluderade artiklarna var av hög kvalitet, uppnåddes genom enskild kvalitetsgranskning med påföljande gemensam poängsättning. Samtliga

artiklar i resultatet hade medelhög (=5) eller hög (=6) kvalitet, vilket kunde ses som en styrka och inneburit högre kvalitet för litteraturstudiens resultat. En artikel med låg kvalitet exkluderades. Möjligtvis kunde exkluderandet medfört förlust av relevanta forskningsresultat, men kunde likväl lett till att föreliggande studies resultat erhållit sämre kvalitet och tillförlitlighet vid inkluderande.

Resultatet grundade sig i elva studier, sex artiklar med kvantitativ ansats och fem artiklar med kvalitativ ansats, vilket bedömdes vara ett rimligt antal. De kvantitativa artiklarna gav en översiktlig och god bild över de mest frekventa och signifikanta stressfaktorerna och kunde på ett mer objektivt sätt bevisa korrelationer mellan stress och dess påverkan på patientsäkerheten. Samtidigt bidrog de kvalitativa artiklarna med en mer ingående beskrivning och förståelse av vilken påverkan stress orsakar, då de beskrev upplevelser av fenomenet (Henricson, 2012).

Vidare bygger resultatet på forskning från fyra svenska studier, samt på forskning från Danmark, Norge, Iran, England, Australien och Nederländerna. Ingen geografisk begränsning gjordes, vilket ansågs som positivt då det gav en global syn på arbetsrelaterad stress hos sjuksköterskor och dess påverkan på patientsäkerheten, dock med en samtidig förståelse om att akutmottagningar och dess rutiner kan skilja sig åt i olika länder. De inkluderade artiklarnas liknande resultat visade samtidigt på att de stressframkallande faktorerna och dess påverkan på patientsäkerheten inte skiljde sig markant, oavsett i vilket land undersökningen gjordes. Det sågs även som positivt att en större andel inkluderade artiklar var från Sverige, och således kan det ses som rimligt att litteraturstudiens resultat är överförbart även till svenska förhållanden.

Inkluderade artiklar var etiskt granskade och godkända av en etisk kommitté, vilket också tydligt framkom i artiklarna. Artikeln av Nielsen et al. (2013) saknade emellertid ett etiskt resonemang, men inkluderades efter granskning av tidskriftens policy och med bedömningen att en etisk avvägning gjorts.

Tre av resultatets inkluderade artiklar var skrivna av samma författare (Källberg et al., 2013, 2015, 2017), vilket kunde anses som en risk då det lämnade mindre plats åt artiklar skrivna av andra forskare och avsmalnade kanske därmed möjligheten att beskriva dagens kunskapsläge adekvat. Samtliga tre artiklar kom dock från samma doktorsavhandling vilken

korresponderade väl med syftet i föreliggande litteraturstudie. Även om det gick att se ett tydligt sammanhang var artiklarna av olika design, behandlade olika frågeställningar och hade därför också olika resultat. Samtidigt sågs det som positivt att samma författare låg bakom flera studier, då det indikerade på ett starkt intresse och en vilja att föra kunskap inom ämnet och forskning framåt.

Diskussion av framtaget resultat

Resultatet visade att arbetsrelaterad stress finns på många nivåer, i olika form och grad, samt att arbetsrelaterad stress kunde ha en negativ påverkan på patientsäkerheten. Resultatet och dess huvudfynd kan appliceras på Betty Neumans teori (Neuman & Fawcett, 2011) och hennes beskrivning av extra-, inter- och intrapersonella stressorer.

Extrapersonella stressorer

Resultatet visade på att hög arbetsbelastning var en betydande orsak till stress, framförallt i form av underbemanning (Ehsani et al., 2013; Mitchell Scott et al., 2014), överbeläggning (Källberg et al., 2017; Ross-Adjie et al., 2007) och tidsbrist (Berland et al., 2008; Nielsen et al., 2013). Tidigare forskning har visat på att hög arbetsbelastning är en starkt bidragande orsak till stress (Elfering et al., 2006) och akutmottagningar har visat sig vara en särskilt utsatt plats (Wears et al., 2010). Tidigare studier har också visat att utbrändhet och emotionell utmattning kan relateras till faktorer i arbetsmiljön såsom tidspress (Darawad et al., 2015; McGrath et al., 2003), bristande bemanning, utrustning och ekonomiska resurser (Khamisa et al., 2015). Enligt Neumans teori (Neuman & Fawcett, 2011) kan samtliga faktorer ses som extrapersonella stressorer vilka uppstår utanför personen, till exempel i form av organisatoriska faktorer i arbetsmiljön. Neuman förklarar att effekten av stress kan förklaras av hur stark en enskild stressor är och/eller hur många stressorer som påverkar sjuksköterskan samtidigt (ibid.). Hög arbetsbelastning är ofta påverkad av avdelningens aktuella beläggningsgrad i förhållande till antal vårdplatser och arbetande vårdpersonal. Det kan alltså vara en specifik stressor, exempelvis hög arbetsbelastning, eller en kombination av olika rörliga variabler, som påverkar effekten av stress.

Litteraturstudiens resultat visade att extrapersonella stressorer påverkade patientsäkerheten negativt, till exempel genom att läkemedel inte hann beredas eller administreras på ett adekvat sätt (Berland et al., 2008; Källberg et al., 2017; Mitchell Scott et al., 2014) samt genom brister i bedömning och behandling av patienter (Berland et al., 2008; Källberg et al., 2013; Källberg et al., 2015; Källberg et al., 2017; Nielsen et al., 2013). IVO (2015) påtalar att tidsbrist orsakas av underbemanning bland sjuksköterskor vilket orsakar hög arbetsbelastning. Det framkommer även att underbemanning och tidsbrist leder till inadekvata bedömningar och observationer av patienter, samt att det uppstår brister i läkemedelshanteringen. Således betonar IVO (2015) vikten av att varje vårdgivare säkerställer god bemanning av sjuksköterskor på akutmottagningarna. För en förbättrad patientsäkerhet är det därför angeläget för arbetsgivarna att se över arbetsmiljön och arbeta för att reducera stress hos sjuksköterskor.

En viktig aspekt i Neumans (Neuman & Fawcett, 2011) teori är begreppet "prevention som intervention" och att preventiva insatser är avgörande för att förebygga eller lindra effekter av stressorer (ibid.). Inom den svenska hälso- och sjukvården ligger det yttersta ansvaret för arbetsmiljön på de förtroendevalda politikerna, arbetsgivaren ansvarar sedan för att fördela arbetsuppgifterna med tillräckliga befogenheter och ekonomiska resurser (Arbetsmiljöverket, 2015b). Primär prevention innebär enligt Neumans teori, interventioner för att reducera stressfaktorer i miljön samt för att bibehålla personens välmående (Neuman & Fawcett, 2011). Primär prevention skulle i sammanhanget kunna vara en genomlysning av organisationen med efterföljande försök att säkerställa en adekvat bemanning, samt rutiner som ger sjuksköterskor tid att utföra sitt arbete på ett adekvat och patientsäkert sätt. I en spansk studie av Miro et al. (2004) undersöktes effekterna av en omfattande omorganisation på en akutmottagning. Den innebar en ökning av såväl strukturella resurser i form av rum/bås (+50%) som personal (+34%), parallellt med förändringar i arbetsuppgifter. Resultatet visade på såväl kvantitativa som kvalitativa förbättringar av patientflöden, med förkortade väntetider och färre antal patienter som väntade på vård (ibid.). Däremot visade en norsk studie av Ingelsrud (2014) att en ökad grad av omorganisation på sjukhus, ledde till en ökad sjukfrånvaro hos all typ av personal, relaterat till ökade krav, minskad känsla av kontroll och/eller ökad osäkerhet (ibid.). Extrapersonella stressorer såsom organisatoriska faktorer kan vara svåra att hantera eftersom de ligger utanför den enskilda medarbetarens egna förmåga att påverka (Neuman & Fawcett, 2011). En omorganisation och implementering av nya interventioner kräver därför inte bara stöd till den enskilda sjuksköterskan, utan kräver även

samordning och gott ledarskap. Dessutom behöver ledarna stöd (Klinga, Hansson, Hasson, & Sachs, 2016) och en studie av Morgan och Zeffane (2003) beskrev att medarbetarnas förtroende är avgörande för en omorganisation och att ledare i organisationens alla nivåer behöver involveras. Således är möjligtvis en intervention av organisationens struktur, för att bättre kunna möta upp dagens vårdbehov och det ökande patientflödet, en lösning för att reducera arbetsrelaterad stress och för en förbättrad patientsäkerhet. Dock krävs mer forskning kring hur en eventuell omorganisation skulle kunna se ut samt hur den skulle kunna implementeras och nå ut till alla nivåer inom verksamheten.

Interpersonella stressorer

Bristande teamarbete sågs i resultatet som en väsentlig orsak till stress och då huvudsakligen genom kommunikationsproblem (Adriaenssens et al., 2015; Källberg et al., 2015), samarbetsproblem (Flowerdew et al., 2012a; Nielsen et al., 2013) samt avsaknad av kollegialt stöd (Berland et al., 2008; Ross-Adjie et al., 2007). Resultatet visade samtidigt att ett väl fungerande teamarbete, goda relationer och socialt stöd av kollegor var essentiellt för sjuksköterskors stresshantering, samt för att kunna bedriva akutmottagningen på ett effektivt vis (Adriaenssens et al., 2015; Berland et al., 2008; Flowerdew et al., 2012a; Ross-Adjie et al., 2007). Nämnade faktorer kan appliceras på Neumans (Neuman & Fawcett, 2011) beskrivning av interpersonella stressorer, vilka uppstår när personer interagerar med varandra.

Arbetsmiljöverket (2017) påtalar att samarbetsproblem, bristande socialt stöd och mobbning kan förekomma vid ökade påfrestningar i arbetet, vilket kan ses som en konsekvens av en bristande arbetsmiljö. I en rapport belyser IVO (2015) underbemanning av sjuksköterskor som ett stort problem på akutmottagningarna, vilket kan ha effekt på teamarbetet, som då ej blir fullgott och leder till exempelvis kommunikationsproblem mellan teamets medlemmar. Litteraturstudiens resultat visade också på att interpersonella stressorer, kan orsaka stora konsekvenser för sjuksköterskans psykiska såväl som fysiska välmående och vidare påverka patientsäkerheten negativt, exempelvis i samband med läkemedelshantering (Berland et al., 2008; Ehsani et al., 2013; Källberg et al., 2013; Källberg et al., 2017; Mitchell Scott et al., 2014; Nielsen et al., 2013) och bedömning av patienter (Berland et al., 2008; Källberg et al., 2017; Nielsen et al., 2012; Ross-Adjie et al., 2007; Smeds-Alenius et al., 2014). Resultaten

överensstämmer med tidigare forskning, som visat på att rapporterade avvikelser/misstag kunde härledas till teamets arbetsklimat (Rasmussen et al., 2014).

Bristande teamarbete inom akutmottagningar är ett sparsamt utforskat område.

Flowerdew, Brown, Vincent, & Woloshynowych (2012b) visade i en systematisk litteraturöversikt på resultat i linje med föreliggande litteraturstudie. Bristerna specificerades som: informationsförluster vid överrapportering (mellan personal vid skiftbyte och i samband med patienttransporter mellan olika instanser), brister i ledarskap inom teamen samt inadekvat konflikthantering. De beskrev också att bristande feedback var ett stort problem inom akutmottagningar, vilket inte bara är viktigt för teamens sammanhållning, utan också bör ses som en viktig del av lärande- och utvecklingsprocessen (ibid.). Ytterligare en systematisk litteraturöversikt (Manser, 2009) beskrev att effektivt teamarbete och ledarskap, hade en positiv effekt på personalens välmående i avseende på utbrändhet, emotionell utmattning och arbetsglädje. Studien visade också på att avvikelser i flera fall kunde härledas till fallerat teamarbete snarare än personalens kliniska kompetens. Ledarskapsstilar som värderade personalens arbetsinsatser, bidrog till ett klimat med effektivt informationsutbyte och beslutstagande (ibid.).

Interprofessionell kompetens kan definieras som kunskap och förståelse för den egna och andras professionella roller, förståelse för kommunikation och lagarbete samt samarbete för att ta hand om patienter. Flera svenska universitetssjukhus har sedan år 1998, genomfört interprofessionellt lärande av vårdpersonal i respektive grundutbildningar, i form av studentledda slutenvårdsavdelningar (Klinisk Utbildningsavdelning [KUA]) (Hallin, Kiessling, Waldner & Henriksson, 2009). I en studie visade Ericson et al. (2017) att klinisk träning på en studentledd del av en akutmottagning var en utmärkt miljö för ett interprofessionellt lärande. Vid deltagarnas bedömning av vad som var viktigast för ett bra teamarbete var tydlig kommunikation, kunskap om varandras kompetens, ömsesidig respekt och samarbetsvillighet de vanligaste faktorerna. Även om KUA på en akutmottagning var krävande sett till schemaläggning, utrymme och relativt dyrt sett till ekonomi, stödde ledningen konceptet efter den höga nivå av tillfredsställelse det gett såväl studenter, handledare och patienter. Även den ordinarie personalen uttryckte en positiv inställning till KUA på akutmottagningen, eftersom det gav sjuksköterskorna en möjlighet att utveckla sin egen professionella roll genom att leda studenter (ibid.).

Ett fullgott teamarbete på akutmottagningarna är av vikt, både för att reducera stress hos vårdpersonal och för att arbeta patientsäkert. Interprofessionellt lärande på en akutmottagning kan därför vara en lösning och en intervention som skulle kunna implementeras i både utbildningar och i arbetet, för att främja interprofessionell kompetens och utveckla ett fullgott teamarbete. Förståelse för varandras yrkeskompetenser och ett gott samarbete mellan professionerna kan samtidigt bidra till att reducera arbetsrelaterad stress hos personalen och förebygga en god patientsäkerhet. Dock behövs mer forskning rörande hur interprofessionellt lärande på en akutmottagning kan implementeras.

För att reducera antalet riskfaktorer och öka förmågan att stå emot eventuella stressorer innan de bryter igenom individens försvarslinjer så att ohälsa uppstår, är preventivt arbete av vikt (Neuman & Fawcett, 2011). Primärt preventivt arbete sett till sammanhanget kan i enlighet med Neuman (ibid.) vara att försöka reducera antalet brister inom teamarbetet, exempelvis genom en bättre strukturerad kommunikation. Med en bestämd, systematisk kommunikation- och informationsstruktur minskar riskerna för att viktig information missuppfattas eller helt glöms bort (SKL, 2010). En sådan typ av systematisk överrapportering kan fås med det standardiserade verktyget SBAR som fokuserar på: *situation, bakgrund, aktuellt tillstånd och rekommendation*, vilket skapar förutsättningar att fokusera på det viktigaste och undvika irrelevant information (ibid.). I en studie av Cornell, Townsend Gervis, Yates & Vardaman (2014) visade resultaten att SBAR kunde förbättra kommunikationen mellan sjuksköterskor och möjliggöra mer fokuserade och konsekventa rapporter, för att på så sätt reducera antalet risker i vårdarbetet (ibid.). Däremot saknas forskning om hur SBAR kan användas för att förbättra kommunikationen hos sjuksköterskor på en akutmottagning varför det behövs mer forskning om huruvida SBAR kan minska stress och på så sätt öka patientsäkerheten.

Sekundär prevention tillämpas när det har uppstått symptom på ohälsa, exempelvis psykisk chock och syftar till att avlägsna stressorn, förstärka och skydda personens grundfunktion och underlätta återgången till välbefinnande (Neuman & Fawcett, 2011). Resultatet i litteraturstudien visar på att feedback, debriefing och kollegialt stöd ses som viktiga delar av arbetet, särskilt efter stressfulla situationer (Adriaenssens et al., 2015; Berland et al., 2008; Flowerdew et al., 2012a; Ross-Adjie et al., 2007). Debriefing kan då ses som ett avlägsnande av stressorer som uppkommit i den stressande situationen och vidare förstärka personens "Flexible line of defence" genom stöd samt diskussion om vad som gjordes bra och mindre

bra i situationen, för att på så sätt vara bättre förberedd och motståndskraftig för liknande stressorer av samma dignitet.

Intrapersonella stressorer

Litteraturstudiens resultat visade på att bristande kontroll i synnerhet relaterat till avbrott i arbetet (Källberg et al., 2017; Nielsen et al., 2013) och kompetensbrist (Källberg et al., 2017; Ross-Adjie et al., 2007) kunde ses som tydliga stressorer, vilka mer eller mindre genererade stress hos vårdpersonalen. Avbrott i arbetet kan i enlighet med Neumans teori ses som både extra- och interpersonella stressorer (Neuman & Fawcett, 2011). Samtidigt visade resultatets huvudfynd på att avbrott i arbetet kunde orsaka en känsla av bristande kontroll vid exponering. Således kan nämnda stressorer relateras till Neumans beskrivning av intrapersonella stressorer, vilka uppträder inom personen (ibid.). Vidare är föreliggande litteraturstudies resultat kring avbrott i arbetet, och även tidigare forskning inom ämnet, tudelat. Flertalet studier menade på att avbrott i arbetet kunde ses av sjuksköterskor som en naturlig del av det vardagliga arbetet och inte som något stresskapande, då det var så vanligt förekommande (Flowerdew et al., 2012; Källberg et al., 2015; Nielsen et al., 2013), vilket är i linje med tidigare forskning (Berg et al., 2013). Samtidigt visade andra studier i resultatet på att avbrott i arbetet var en central del till uppkomsten av stress (Källberg et al., 2017; Nielsen et al., 2013), vilket också har påvisats i tidigare gjord forskning inom området (Kosits & Jones, 2010). Förutsättningarna är olika hos individer och har därför en varierande stark FLD och NLD, exempelvis beroende på livsstil, kunskap, förmåga av problemlösning och copingmönster (Neuman & Fawcett, 2011). Kanske är det därför vissa studier visade på att vårdpersonal ansåg avbrott i arbetet som stressande, medan andra studier visade på att det ansågs som en normal del av arbetet.

Litteraturstudiens resultat visade på att avbrott i arbetet och kompetensbrist hos vårdpersonal kunde ha negativa konsekvenser för patientsäkerheten, främst i form av fel i läkemedelshanteringen (Ehsani et al., 2013; Källberg et al., 2013; Källberg et al., 2017) samt inadekvat bedömning av patienter (Källberg et al. 2017). Tidigare forskningsresultat av Kosits och Jones (2011) visade på att sjuksköterskor frekvent avbröt varandra i sitt arbete, ofta i samband med dokumentations- och läkemedelsrelaterade aktiviteter, vilket upplevdes som stressande. Det har också visats i tidigare forskning att bristande erfarenhet och

kompetens hos vårdpersonal bidrog till försenad eller felaktig bedömning/diagnos (Kachalia et al., 2007), samt att bristande kunskap var en bakomliggande orsak till misstag och avvikelser.

Primär prevention kan i enlighet med Neumans teori (Neuman & Fawcett, 2011) användas för att reducera, den för sjuksköterskan, stresskapande ”bristande kontrollen”, samt för att stärka försvarslinjerna och öka känslan av kontroll. Interventioner för att förebygga avbrott i arbetet kan vara av vikt för att reducera arbetsrelaterad stress, samt för en förbättrad patientsäkerhet. I sammanhanget skulle en intervention kunna vara en policy att inte avbryta kollegor som hanterar läkemedel och att sjuksköterskan vid läkemedelshantering bär en väst som signalerar att denne hanterar läkemedel och inte bör bli störd i sitt arbete. I en observationsstudie av Craig, Clanton och Demeter (2014) implementerades en rutin där en vit väst bars av sjuksköterskor i samband med hantering och/eller administrering av läkemedel. Västen hade god effekt på avdelningarna där den implementerades och minskade signifikant antalet avbrott ($t=2.967$ (57.54), $p=0.004$) (ibid.). Däremot nämndes vissa potentiella nackdelar, till exempel västens effekt över tid, relaterat till personalens tillvänjning vilket i så fall skulle kunna leda till en minskad effekt. Dessutom behövs mer forskning kring huruvida västen får motsatt effekt och eventuellt leder till att personalen inte vågar avbryta varandra, trots brådskande ärenden.

IVO (2015) klargör att bristande kompetens hos sjuksköterskor ses som ett problem och en patientsäkerhetsrisk vid landets akutmottagningar. Rapporten belyser även hög omsättning av sjuksköterskor och att underbemanning i kombination med hög personalomsättning leder till att cheferna tvingats sänka kraven på kunskap och erfarenhet hos de sökande. Vidare påpekas att arbetsintroduktion vid nyanställning ofta är bristfällig, som en följd av den höga personalomsättningen (ibid.). För att förebygga bristande kompetens som en stressor kan interventioner exempelvis vara adekvat introduktion vid nyanställning, samt att akutmottagningen bemannas av erfarna och/eller specialistutbildade sjuksköterskor som kan vara ett stöd för och handleda nya eller mindre erfarna. Tidigare forskning av Kachalia et al. (2007) visade på att avvikelser och felbedömningar kunde härledas till brist på handledning av erfaren vårdpersonal. Emellertid behövs mer forskning om handledningens betydelse för nyanställda och dess påverkan på patientsäkerheten.

I Neumans teori (Neuman & Fawcett, 2011) ligger stort fokus vid interaktionen mellan systemets olika delar, de så kallade delsystemen. Systemperspektivet gör det möjligt att inte bara se pusslets olika delar, utan också upptäcka delarnas effekter på varandra.

Akutmottagningens komplexa och dynamiska miljö bör ses som ett system, där de olika delarna starkt påverkar varandra. Exempelvis kan organisatoriska problem såsom extrapersonella stressorer bidra till missnöje och ohälsa hos vårdpersonal, som därför väljer att säga upp sig, vilket senare kan ge upphov till både inter- och intrapersonella stressorer hos kvarvarande personal. En stor omsättning av personal kan således leda till inadekvat teamarbete och stora kompetensbrister relaterat till bristande handledning och inskolning vid nyanställning. Bristande kompetens blir följaktligen en organisatorisk fråga som kräver god bemanning, förebyggande av den höga personalomsättningen, resurser i form av tid och ekonomi för en adekvat introduktion vid nyanställning och att utrymme finns för fullgod handledning. Däremot behövs mer forskning angående hur nya metoder och lösningar för att säkerställa adekvat kompetens bland akutmottagningens personal kan se ut.

Slutsats och kliniska implikationer

Resultatet visade att hög arbetsbelastning, bristande teamarbete och bristande kontroll kunde orsaka arbetsrelaterad stress hos sjuksköterskan, vilket i sin tur ledde till påverkan på patientsäkerheten genom bristande omvårdnad i form av fel i läkemedelshantering och inadekvat bedömning. Att minska arbetsrelaterad stress hos sjuksköterskor kan därför ses som en angelägenhet på såväl individ- och organisationsnivå inom hälso- och sjukvården och för samhället som stort. Litteraturstudien kan vara relevant för att erhålla en ökad förståelse för hur stress påverkar arbetet och dessutom vikten av ett fortsatt preventivt arbete, för att reducera eller i bästa fall helt eliminera orsakerna till stress. På så sätt går det att arbeta för en förbättrad patientsäkerhet. Det preventiva arbetet kan ske på extra-, inter- och intrapersonell nivå och bör involvera personal och ledare inom organisationens alla delar. Vid ett positivt utfall av interventioner i preventivt syfte, kan patientsäkerheten förbättras och minska uppkomsten av vårdskador. Emellertid krävs mer forskning kring vilka preventiva insatser som behövs, hur interventioner skall tas fram samt hur dessa på bästa sätt skall implementeras.

Författarnas arbetsfördelning

Författarna intygar härmed att båda författarna varit lika delaktiga i föreliggande studie. Arbetet har delvis delats upp mellan författarna, men båda författarna har varit involverade i uppsatsens alla delar och arbetsbördan har varit lika fördelat mellan författarna. Författarna har gemensamt kommit fram till relevanta sökord, vilket följts av enskilda sökningar i PubMed och CINAHL. Samtliga artiklar lästes individuellt, efterföljt av enskild och gemensam kvalitetsgranskning.

REFERENSER

* Ingår i studiens resultat

*Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2015). Causes and consequences of occupational stress in emergency nurses, a longitudinal study. *Journal Of Nursing Management*, 23(3), 346-358. doi:10.1111/jonm.12138

Ali, S., Thomson, D., Graham, T., Rickard, S., & Stang, A. (2017). High stakes and high emotions: providing safe care in Canadian emergency departments. *Open Access Emergency Medicine, Vol Volume 9, Pp 23-26 (2017), 23.*

Arbetsmiljöverket. (2015a). *Huvudsakliga risker inom hälso- och sjukvården*. Hämtad 27 april, 2017, från Arbetsmiljöverket, <https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/halso--och-sjukvard/huvudsakliga-risker-inom-halso--och-sjukvarden/>

Arbetsmiljöverket. (2015b). *Ansvar för arbetsmiljön inom hälso- och sjukvården*. Hämtad 5 maj, 2017, från Arbetsmiljöverket, <https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/halso--och-sjukvard/ansvar-for-arbetsmiljon-inom-halso--och-sjukvarden/>

Arbetsmiljöverket. (2017). *Stress*. Hämtad 8 maj 2017, från Arbetsmiljöverket, <https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/psykisk-ohalsa-stress-hot-och-vald/stress/>

Berg, L., Källberg, A., Göransson, K., Östergren, J., Florin, J., & Ehrenberg, A. (2013). Interruptions in emergency department work: an observational and interview study. *Bmj Quality & Safety*, 22(8), 656-663.

*Berland, A., Natvig, G. K., & Gundersen, D. (2008). Original article: Patient safety and job-related stress: A focus group study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 2490-97. doi:10.1016/j.iccn.2007.11.001

Berman, A., Snyder, S., & Kozier, B. (2014). *Kozier & Erb's fundamentals of nursing: concepts, process and practice*. (9. ed.) [S.l]: Pearson.

Cornell, P., Townsend Gervis, M., Yates, L., & Vardaman, J. M. (2014). Impact of SBAR on Nurse Shift Reports and Staff Rounding. *MEDSURG Nursing*, 23(5), 334-342.

Cox, T., Griffiths, A., Rial-González, E. (2000). *Research on Work-related Stress*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. Från <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/203>

Craig, J., Clanton, F., & Demeter, M. (2014). Reducing interruptions during medication administration: The White Vest study. *Journal Of Research In Nursing*, 19(3), 248-261. doi:10.1177/1744987113484737

Darawad, M. W., Nawafleh, H., Maharmeh, M., Hamdan-Mansour, A. M., & Azzeghaiby, S. N. (2015). The Relationship between Time Pressure and Burnout Syndrome: A Cross-Sectional Survey among Jordanian Nurses. *Health (1949-4998)*, 7(1), 14-22. doi:10.4236/health.2015.71003

Declaration of Helsinki. (2014). Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, 18(1), 363. doi:10.1515/jwiet-2014-0117

EBSCO. (2016). *CINAHL Complete - Access the Best and Most Current Nursing and Allied Health Literature*. Hämtad 17 april 2017, från EBSCOhost, <https://www.ebscohost.com/nursing/products/cinahl-databases/cinahl-complete>

*Ehsani, S. R., Cheraghi, M. A., Nejati, A., Salari, A., Esmaeilpoor, A. H., & Nejad, E. M. (2013). Medication errors of nurses in the emergency department. *Journal Of Medical Ethics & History Of Medicine*, 6(1), 1-7.

Elfering, A., Semmer, N., & Grebner, S. (2006). Work stress and patient safety: observer-rated work stressors as predictors of characteristics of safety-related events reported by young nurses. *Ergonomics*, 49(5/6), 457-469.

Emanuel L., Berwick D., Conway J., Combes J., Hatlie M., Leape L., ... Walton M. (2008). *What exactly is patient safety?* Hämtad 11 april 2017, från Agency for Healthcare Research

and Quality, http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2/vol1/advances-emanuel-berwick_110.pdf

Epstein, S., Lipton, R., Huckins, D., Liu, S., Sullivan, A., Camargo Jr., C., & Pallin, D. (2012). Emergency department crowding and risk of preventable medical errors. *Internal And Emergency Medicine*, 7(2), 173-180. doi:10.1007/s11739-011-0702-8

Ericson, A., Löfgren, S., Bolinder, G., Reeves, S., Kitto, S., & Masiello, I. (2017). Interprofessional education in a student-led emergency department: A realist evaluation. *Journal Of Interprofessional Care*, 31(2), 199-206. doi:10.1080/13561820.2016.1250726

*Flowerdew, L., Brown, R., Russ, S., Vincent, C., & Woloshynowych, M. (2012a). Teams under pressure in the emergency department: an interview study. *Emergency Medicine Journal*, 29(12), doi:10.1136/emmermed-2011-200084

Flowerdew, L., Brown, R., Vincent, C., & Woloshynowych, M. (2012b). Patient safety/review article: Identifying Nontechnical Skills Associated With Safety in the Emergency Department: A Scoping Review of the Literature. *Annals Of Emergency Medicine*, 59386-394. doi:10.1016/j.annemergmed.2011.11.021

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (3. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

Friberg, F. (red.) (2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Friedman, S., Provan, D., Moore, S., & Hanneman, K. (2008). Errors, near misses and adverse events in the emergency department: What can patients tell us?. *Canadian Journal Of Emergency Medicine*, 10(5), 421-427.

Greenawalt, J., & Wachter, J. K. (2011). Applying the Neuman Stressor Model for workplace safety. *Journal Of Healthcare Risk Management*, 30(3), 16-22. doi:10.1002/jhrm.20056

Hallin, K., & Danielson, E. (2007). Registered nurses' experiences of daily work, a balance between strain and stimulation: A qualitative study. *International Journal Of Nursing Studies*, 44(12), 1221-1230. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.05.011

Hallin, K., Kiessling, A., Waldner, A., & Henriksson, P. (2009). Active interprofessional education in a patient based setting increases perceived collaborative and professional competence. *Medical Teacher*, 31(2), 151-157. doi:10.1080/01421590802216258

Henricson, M. (red.) (2012). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Ingelsrud, M. (2014). Reorganization increases long-term sickness absence at all levels of hospital staff: panel data analysis of employees of Norwegian public hospitals. *Bmc Health Services Research*, 14. doi: 10.1186/1472-6963-14-411

Inspektionen för vård och omsorg [IVO]. (2015). *Hur står det till med våra akutmottagningar?* (IVO, nr 2015-76) Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg. Från <http://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2015/hur-star-det-till-med-vara-akutmottagningar-rapport.pdf>

Kachalia, A., Gandhi, T., Puopolo, A., Brennan, T., Griffey, R., Yoon, C., & ... Thomas, E. (2007). Missed and Delayed Diagnoses in the Emergency Department: A Study of Closed Malpractice Claims From 4 Liability Insurers. *Annals Of Emergency Medicine*, 49(2), 196-205. doi:10.1016/j.annemergmed.2006.06.035

Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., & Ilic, D. (2015). Work Related Stress, Burnout, Job Satisfaction and General Health of Nurses. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 12(1), 652-666. doi:10.3390/ijerph120100652

Klinga, C., Hansson, J., Hasson, H., & Sachs, M. (2016). Co-leadership – A management solution for integrated health and social care. *International Journal Of Integrated Care*, 16(2), 9p.. doi:10.5334/ijic.2236

Kocher, K., & Asplin, B. (2012). Emergency department crowding 2.0: coping with a dysfunctional system. *Annals Of Emergency Medicine*, 60(6), 687-691.

doi:10.1016/j.annemergmed.2012.09.017

Kosits, L., & Jones, K. (2011). Interruptions Experienced by Registered Nurses Working in the Emergency Department. *Journal Of Emergency Nursing* 37(1), 3-8.

doi:10.1016/j.jen.2009.12.024

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. (1. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

Kunaviktikul, W., Wichaikhum, O., Nantsupawat, A., Nantsupawat, R., Chontawan, R., Klunklin, A., & ... Sirakamon, S. (2015). Nurses' extended work hours: Patient, nurse and organizational outcomes. *International Nursing Review*, 62(3), 386-393.

doi:10.1111/inr.12195

Källberg, A. (2015). *Patient safety in the emergency department : errors, interruptions and staff experience*. Stockholm: Karolinska Institutet, 2015.

*Källberg, A., Ehrenberg, A., Florin, J., Östergren, J., & Göransson, K. (2017). Physicians' and nurses' perceptions of patient safety risks in the emergency department. *International Emergency Nursing*, doi:10.1016/j.ienj.2017.01.002

*Källberg, A., Florin, J., Ehrenberg, A., Göransson, K., & Östergren, J. (2013). Medical errors and complaints in emergency department care in Sweden as reported by care providers, healthcare staff, and patients - A national review. *European Journal Of Emergency Medicine*, 20(1), 33-38. doi:10.1097/MEJ.0b013e32834fe917

*Källberg, A., Göransson, K. E., Florin, J., Östergren, J., Brixey, J. J., & Ehrenberg, A. (2015). Contributing factors to errors in Swedish emergency departments. *International Emergency Nursing*, 23156-161. doi:10.1016/j.ienj.2014.10.002

Lindh, M., & Sahlqvist, L. (2012). *Säker vård: att förebygga skador och felbehandlingar inom vård och omsorg*. (1. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

Lunds Universitet. (2016). *Fusk, störningar och trakasserier*. Hämtad 11 april 2017, från Lunds Universitet, <http://www.lu.se/studera/livet-som-student/rattigheter-och-skyldigheter/fusk-storningar-och-trakasserier>

Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53(2), 143-151.

Martin, C. J. (2015). The Effects of Nurse Staffing on Quality of Care. *MEDSURG Nursing*, 24(2), 4-6.

McGrath, A., Reid, N., & Boore, J. (2003). Occupational stress in nursing. *International Journal Of Nursing Studies*, 40(5), 555-565. doi:10.1016/S0020-7489(03)00058-0

McNeely, E. (2005). The consequences of job stress for nurses' health: Time for a check-up. *Nursing Outlook*, 53(6), 291-299. doi:S0029-6554(05)00203-4

Miro, O., Sanchez, M., Espinosa, G., Coll-Vinent, B., Bragulat, E., & Milla, J. (2003). Analysis of patient flow in the emergency department and the effect of an extensive reorganisation. *Emergency Medicine Journal*, 20(2), 143-148.

*Mitchell Scott, B., Considine, J., & Botti, M. (2014). Medication errors in ED: Do patient characteristics and the environment influence the nature and frequency of medication errors? *Australasian Emergency Nursing Journal*, 17(4), 167-175. doi:10.1016/j.aenj.2014.07.004

Morgan, D. E., & Zeffane, R. (2003). Employee involvement, organizational change and trust in management. *International Journal Of Human Resource Management*, 14(1), 55-75.

Neuman, B.M., & Fawcett, J. (red.). (2011). *The Neuman systems model*. (5. ed.) Upper Saddle River, N.J.: Pearson.

*Nielsen, K., Pedersen, A., Rasmussen, K., Pape, L., & Mikkelsen, K. (2013). Work-related stressors and occurrence of adverse events in an ED. *American Journal Of Emergency Medicine*, 31(3), 504-508. doi:10.1016/j.ajem.2012.10.002

National Library of Medicine. (2016). *Fact Sheet - Medical Subject Headings (MeSH®)*. Hämtad 11 april, 2017, från U.S. National Library of Medicine, <https://www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/mesh.html>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research - Appraising evidence for nursing practice*. China: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Rasmussen, K., Meldgaard-Pedersen, A. H., Pape, L., Mikkelsen, K. L., Dyrlov-Madsen, M., & Nielsen, K. J. (2014). Work environment influences adverse events in an emergency department. *Danish Medical Journal* 61(5), 1-5.

Riksrevisionen. (2015). *Patientsäkerhet – har staten gett tillräckliga förutsättningar för en hög patientsäkerhet?* (RiR, 2015:12) Stockholm: Riksrevisionen. Från http://www.riksrevisionen.se/PageFiles/22371/RR2015-12_Patients%c3%a4kerhet_Anpassad.pdf

*Ross-Adjie, G. M., Leslie, G., & Gillman, L. (2007). Occupational stress in the ED: What matters to nurses?. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 10117-123. doi:10.1016/j.aenj.2007.05.005

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU]. (2010). *Triage och flödesprocesser på akutmottagningen. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). SBU-rapport nr 197. ISBN 978-91-85413-33-1

Selye, H. (1976). Forty years of stress research: principal remaining problems and misconceptions. *Canadian Medical Association Journal*, 115(1), 53–56.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Hämtad 11 april, 2017, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

SFS 2013:1020. *Förordning med instruktion för Folkhälsomyndigheten*. Hämtad 15 april, 2017, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-20131020-med-instruktion-for_sfs-2013-1020

*Smeds Alenius, L., Tishelman, C., Runesdotter, S., & Lindqvist, R. (2014). Staffing and resource adequacy strongly related to RNs' assessment of patient safety: a national study of RNs working in acute-care hospitals in Sweden. *BMJ Quality & Safety*, 23(3), 242-249. doi:10.1136/bmjqs-2012-001734

Socialstyrelsen. (u.å.). *Avvikelseberättelser i hälso- och sjukvården*. Hämtad 11 april, 2017, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/avvikelseberättelser>

Socialstyrelsen. (2015). *Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2015* (Socialstyrelsens rapportserie, nr 2015-4-1) Stockholm: Socialstyrelsen. Från Socialstyrelsen <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19753/2015-4-1.pdf>

Socialstyrelsen. (2016). *Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2016* (Socialstyrelsens rapportserie, nr 2016-4-21) Stockholm: Socialstyrelsen. Från Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20139/2016-4-21.pdf>

Socialstyrelsen. (2017a). *Väntetider och patientflöden på akutmottagningar* (Socialstyrelsens rapportserie, nr 2017-2-16) Stockholm: Socialstyrelsen. Från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20493/2017-2-16.pdf>

Socialstyrelsen. (2017b). *Utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet 2017* (Socialstyrelsens rapportserie, nr 2017-4-3) Stockholm: Socialstyrelsen. Från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20575/2017-4-3.pdf>

Statistiska Centralbyrån [SCB]. (2017). *Sjuksköterskor utanför yrket* (Statistiska centralbyråns rapportserie, nr 2017:3). Stockholm: Statistiska Centralbyrån http://www.scb.se/contentassets/a5ea39c65d9b49748834329da112581f/uf0549_2016a01_br_a40br1703.pdf

Sveriges Kommuner och Landsting [SKL]. (2010). *SBAR för strukturerad kommunikation*. [Broschyr]. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting. Från <https://skl.se/download/18.535f453b144f9c99a83841ca/1398411918107/skl-sbar-bruksanvisning.pdf>

Sveriges Kommuner och Landsting [SKL]. (2016). *Vårdskador. Vad trodde vi då - vad vet vi nu?* Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting. Från http://skl.se/download/18.6ee610e515505b6272d35cbd/1465398354772/Vad+trodde+vi+d%C3%A5+-+vad+vet+vi+nu_+SKL.pdf

Theander, S. S. (2006). The use of PubMed/Medline in psychiatry. 1: Presentation of NLM and PubMed / The use of PubMed/Medline in psychiatry. 1: Presentation of NLM and PubMed. *Nordic Journal Of Psychiatry*, (4), 299. doi:10.1080/08039480600790390

Wears, R. L., Woloshynowych, M., Brown, R., & Vincent, C. A. (2010). Reflective analysis of safety research in the hospital accident & emergency departments. *Applied Ergonomics*, 41(Human Factors and Ergonomics in Patient Safety), 695-700. doi:10.1016/j.apergo.2009.12.006

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Zhang, L., You, L., Liu, K., Zheng, J., Zhu, X., Bu, X. & ... Wu, X. (2014). The association of Chinese hospital work environment with nurse burnout, job satisfaction, and intention to leave. *Nursing Outlook*, 62(2), 128-137. doi:10.1016/j.outlook.2013.10.010

Bilaga 1 (3)

Modifierad mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetod

Beskrivning av studien, t.ex. metodval

#	Fråga	Ja	Nej
	SYFTE		
1	Finns det ett tydligt syfte?		
	URVAL/METOD		
2	Är kontexten presenterad?		
3	Är urvalet relevant?		
4	Är urvalet strategiskt?		
5	Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?		
6	Finns relevant etiskt resonemang?		
	DATAINSAMLING		
7	Är datainsamlingen tydligt beskriven?		
8	Är datainsamlingen relevant?		
9	Råder datamättnad? (om tillämpligt)		
	ANALYS		
10	Är analysen tydligt beskriven?		
11	Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?		
12	Råder analysmättnad?		
	RESULTAT		
13	Redovisas resultatet klart och tydligt?		
14	Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?		
15	Genereras en hypotes/teori/modell?		

Huvudfynd

Vilket-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

.....

.....

.....

.....

(Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011; Forsberg & Wengström, 2013)

