

**FAKTORER SOM PÅVERKAR HUR SJUKSKÖTERSKOR UTÖVAR
SÄKER VÅRD - En litteraturöversikt**

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Examinationsdatum: 2017-10-30

Kurs: 48

Författare: Veronica Gardell

Författare: Amanda Jacobsson

Handledare: Britten Jansson

Examinator: Hanna Lachmann

SAMMANFATTNING

Bakgrund

För att bedriva en modern och säker vård krävs det att sjuksköterskor ständigt bidrar till ett utvecklings- och förbättringsarbete. Detta kan försvåras av faktorer som personalbrist med hög arbetsbelastning och utmattning som följd samt bristande säkerhetskultur på arbetsplatsen.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka vilka faktorer som påverkar sjuksköterskors möjligheter att bedriva säker vård.

Metod

Litteraturoversikt valdes som metod då det bäst svarade mot studiens syfte. Sökningar skedde i databaserna Cinahl Complete och PubMed. Artiklarna som inkluderades fördes in i en matris för översikt. Totalt inkluderades 15 artiklar i översikten.

Resultat

Resultatet bestod av två olika kategorier som ansågs ha en påverkan på säker vård. De två kategorierna var organisatoriska faktorer samt individrelaterade faktorer. Vårt resultat visar att avbrott och distraktioner, kultur på arbetsplatsen, förbättringsarbete, arbetsbelastning, utlokalisering av patienter samt platsbrist, kommunikation och informationsöverföring samt sjuksköterskors erfarenhet, kompetens och strategier är faktorer med en påverkan på säker vård.

Slutsats

Inget kausalt samband mellan avbrott och vårdskador kunde påvisas. Avbrott upplevs som en negativ faktor när de uppfattas som frekventa eller onödiga. Antal patienter som sjuksköterskor ansvarar över kan relateras till frekvensen av vårdskador men generaliserbarheten är oklar. Hierarkisk vårdkultur utför oftast en faktor som utövar en negativ inverkan på säker vård.

Nyckelord: Arbetsmiljö, Avbrott, Faktorer, Litteraturoversikt, Patientsäkerhet, Sjuksköterskor, Säker vård, Säkerhetskultur.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Säker vård.....	1
Arbetsbelastning.....	2
Kultur och samverkan.....	3
Problemformulering.....	4
SYFTE	6
METOD	6
Val av Metod.....	6
Urval.....	6
Datainsamling.....	7
Databearbetning.....	8
Dataanalys.....	8
Forskningsetiska överväganden.....	9
RESULTAT	10
Organisatoriska faktorer.....	10
Individrelaterade faktorer.....	13
DISKUSSION	15
Resultatdiskussion.....	15
Metoddiskussion.....	17
Slutsats.....	19
REFERENSER	21
BILAGA A	
BILAGA B	

INLEDNING

I en debattartikel beskrev Anna Ericsson (Ericsson, 2016, 5 maj) hur hon som sjuksköterska tar det yttersta ansvaret för patientsäkerheten samtidigt som arbetsbelastningen inte ger något utrymme för återhämtning. Samma år genomförde P4 Sörmland en enkätundersökning (Sannemalm, 2016, 7 maj) bland sjuksköterskor i länet. Resultatet visade att många kände att de inte räckte till och att de upplevde oro över att patienterna inte fick en säker vård. Mediabilden väckte vårt intresse för området. Vi bestämde oss för att undersöka vad vetenskapen kan berätta om vad som påverkar sjuksköterskors arbete med säker vård.

BAKGRUND

Säker vård

Enligt publikationen Säker vård (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2016) så påverkas vården på 2000-talet av fler faktorer än tidigare då den utmanas av nya och mer omfattande krav. Det finns en kompetensbeskrivning för sjuksköterskor som beskriver professionens roll (SSF, 2017). I Säker vård och Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska redogörs för vad som anses behövas för att bedriva säker vård; och för hur sjuksköterskors uppgifter ser ut och spelar in (SSF, 2016; SSF, 2017).

För att kunna bedriva säker vård enligt SSF (2016; 2017) måste vården vara evidensbaserad, vilket innebär att sjuksköterskor måste arbeta utifrån beprövad erfarenhet och den bästa möjliga kunskapen. Det är varje enskild sjuksköterskas ansvar att hålla sig uppdaterad (SSF, 2017). Detta är i linje med Patientsäkerhetslagen (SFS, 2010:659, kap. 6, 2 §), som gör gällande att varje enskild hälso- och sjukvårdspersonal bär ansvaret över att det egna arbetet bedrivs i enlighet med gällande lagstiftning.

Sjuksköterskor behöver kompetens inom informatik och förbättringskunskap för att navigera i vårdorganisationerna och för att behärska olika system och rutiner (SSF, 2016; SSF, 2017). Korrekt, säker och effektiv informationsöverföring via journalsystem och muntliga överlämningar är en förutsättning för att bedriva säker vård (SSF, 2016). Likaså utgör dokumentation och rapportering av risker, avvikelser och vårdskador en grund för att vården ska kunna utvecklas ytterligare (SSF, 2016). SSF (2016; 2017) lyfter även vikten av personcentrerad vård vilket innebär att sjuksköterskor ska bedriva, planera och utvärdera omvårdnaden tillsammans med patienterna. De ska besitta kunskap att identifiera vad som kan betraktas som hälsa ur den enskilda patientens perspektiv och värna dennes integritet och säkerhet (SSF, 2016; SSF, 2017).

Sjuksköterskor ansvarar för omvårdnaden men ska även kunna prioritera, initiera och samordna insatser från andra professioner utifrån patienternas behov (SSF, 2017). SSF (2017) menar att det är sjuksköterskornas uppgift att säkerställa kommunikationen mellan medlemmarna i vårdteamet och bidra till kontinuitet i vårdkedjan, detta genom att konsultera och planera tillsammans med övriga professioner. Eftersom arbetet för att uppnå säker vård är en pågående process, måste en medvetenhet genomsyra vårdens olika processer och allt som sjuksköterskor gör (SSF, 2016).

Vårdskador

En vårdskada definieras enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659, kap. 1, 5 §), 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. Det är inte möjligt att veta exakt hur många vårdskador som inträffar i Sverige eftersom resultatet från undersökningar varierar beroende på vilka metoder som använts (Sveriges kommuner och Landsting [SKL], 2013). SKL (2013) visar att statistiken skiljer sig mellan olika sjukhus och att universitetssjukhusens patienter tycks drabbas i en något högre utsträckning. När 10 000 slumpvis utvalda journaler undersöktes med markörbaserad journalgranskning visade det sig att patienter drabbats av skador vid 13.5 procent av sjukhusvistelserna (SKL, 2013). Detta kan jämföras med Socialstyrelsen (2008) som med sin undersökning visar att skador uppkommer vid 12.3 procent av vårdtillfällena och att 70 procent av dessa skador anses som undvikbara och således klassades som vårdskador.

De vanligaste vårdskadorna som drabbar svenska patienter är vårdrelaterade infektioner och kirurgiska skador eller skador som uppkommer under olika invasiva ingrepp (Socialstyrelsen, 2008; SKL, 2013). Därefter följer läkemedelsrelaterade skador (Socialstyrelsen, 2008; SKL, 2013) samt trycksår och överfyllda urinblåsor i samband med perioperativ vård (SKL, 2013). Drygt hälften, 52 procent, av skadorna betraktas som lindriga medan 42.4 procent orsakar förlängd sjukhusvistelse. I 5.6 procent av fallen är skadorna så allvarliga att patienterna avlider eller drabbas av permanent skada (SKL, 2013). SKL (2013) menar att det är svårt att fastställa antalet undvikbara skador som alltså kan klassas som vårdskador. Medan hygienexperter kommit fram till att 20 till 30 procent av de vårdrelaterade infektionerna är undvikbara genom exempelvis bättre följsamhet till basala hygienrutiner visade den markörbaserade journalgranskningen att 60 procent av skadorna kan klassas som vårdskador (SKL, 2013). Även här anses det svårt att komma fram till någonting definitivt eftersom resultatet kan variera mellan mätmetoder i olika undersökningar (SKL, 2013).

Arbetsbelastning

Flera studier, som beskrivs nedan, belyser hur arbetsbelastning och utmattning påverkar sjuksköterskors möjlighet att bedriva säker vård. Halbesleben, Wakefield, Wakefield och Cooper (2008) och Alves och Guirardello (2016) menar att det finns ett orsakssamband mellan en hög grad av uppmätt utmattning hos sjuksköterskor och låg grad av kvalitet på vården samt en låg grad av säkerhet. Teng, Shyu, Chiou, Fan och Lam (2010) lyfter en liknande koppling som pekar på att sjuksköterskors förmåga att hantera en ökad arbetsbelastning minskar när de upplever utmattning. I studien (Teng et al., 2010) ingick 223 sjuksköterskor med en låg grad av utmattning och 235 med en hög grad av utmattning, graden av utmattning bestämdes genom att deltagarna fick fylla i en enkät med skattningsformulär. Teng et al. (2010) visar att när sjuksköterskor med hög grad av utmattning utsätts för tidspress så påverkas deras förmåga att utföra säker vård, medan förmågan inte påverkas hos sjuksköterskor med låg grad av utmattning. Thomas (2010) visar att arbetsrelaterad stress till följd av låg bemanning påverkar sjuksköterskors möjlighet att hantera hög arbetsbelastning och medicinskt komplexa patienter på ett negativt sätt.

Utmattning är en faktor som även påverkar benägenheten att följa rutiner och riktlinjer (Halbesleben et al., 2008; Kalisch, Landstrom & Williams, 2009). Sjuksköterskor som

upplever utmattning blir mindre benägna att rapportera avvikande händelser och risker samtidigt som nivån av säker vård uppfattas som bristande (Halbesleben et al., 2008). När det råder personalbrist ökar sannolikheten att sjuksköterskorna upplever en ökad arbetsbelastning och börjar frångå standardiserade rutiner för att hinna med arbetet (Kalisch et al., 2009; Ulanimo, O'Leary-Kelley & Connolly, 2007).

Låg bemanning kan påverka säker vård genom sjuksköterskor då inte har möjlighet att ta hjälp av kollegor för att identifiera risker och undvika misstag i arbetet (Choi, Cheung & Pang, 2014). Wakeam, Hyder, Ashley och Wiessman (2014) pekar ut hög personalomsättning som bidragande faktor till bristande kommunikation. Personalomsättning orsakar kontinuitetsproblem i personalgruppen som i sin tur kan minska benägenheten hos enskilda individer att ta personligt ansvar för patienternas vård (Wakeam et al., 2014). Låg bemanning bidrar även till att sjuksköterskors omvårdnadshandlingar blir avbrutna i förtid och inte avslutas, enligt Ball, Murrells, Rafferty, Morrow och Griffiths (2012). Majoriteten (86 procent) av sjuksköterskorna (n=2917) i studien beskrev att de, under deras senaste arbetspass, lämnat en uppgift för att sedan inte avsluta den och att detta var en konsekvens av tidsbrist till följd av låg bemanning (Ball et al., 2012).

McHugh, Kutney-Lee, Cimiotti, Sloane och Aiken (2011) lyfter också arbetsbelastning men jämför sjuksköterskors trivsel på arbetsplatsen med hur belåtna patienterna är med vården. En del (0,7 procent) av sjuksköterskorna i studien (n=68 488) (McHugh et al., 2011) uppger att de inte trivs och att de inte har tid att upptäcka viktiga förändringar i patienternas mående, som en konsekvens av hög arbetsbelastning. Detta sammanfaller med att patienterna rapporterar en lägre grad av belåtenhet med den vård de fått (McHugh et al., 2011). Kalisch och Lee (2014) har även i sin studie kunnat påvisa att låg bemanning påverkar sjuksköterskors trivsel negativt.

You et al. (2013) kan påvisa ett samband mellan antalet patienter per sjuksköterska, sjuksköterskors grad av utmattning samt sjuksköterskors bedömning av vården. Sannolikhet att sjuksköterskorna i studien skulle bedöma vårdkvaliteten som låg ökade med antalet patienter (You et al., 2013). Samma studie visade att kvaliteten på arbetsmiljön var nära kopplad med sjuksköterskors trivsel på arbetsplatsen och patientens upplevelse av vården. En låg vårdkvalitet påverkade sjuksköterskors trivsel och patienternas upplevelse negativt (You et al., 2013).

Kultur och samverkan

En ledning som inte prioriterar säkerhet påverkar säkerhetskulturen negativt (Lindh & Sahlqvist, 2012). För att patientsäkerhetsarbetet ska fungera måste ledning och medarbetare känna tillit till varandra och det får inte råda några oklarheter kring vad som är acceptabelt respektive icke-acceptabelt beteende (Lindh & Sahlqvist, 2012). Det som beskrivs som icke-acceptabelt beteende är förnekande och skuld i samband med vårdskador, en icke-stödjande personalgrupp, fasthållandet av hierarkier samt oprofessionella beteenden (Lindh & Sahlqvist, 2012). Enligt Ulanimo et al. (2007) är rädslan för negativa reaktioner från kollegor och överordnade den största orsaken till att sjuksköterskor inte anmäler felmedicinering.

En gruppkultur som väger tyngre än en hierarkisk kultur påverkar säker vård positivt (Singer et al., 2009). Gruppkultur kännetecknas av sammanhållning, teamarbete och av ett starkt stöd från gruppen. Singer et al. (2009) beskriver att en gruppkultur främjar deltagande och studien visar att sannolikheten att vårdpersonal ska be om hjälp eller erkänna misstag och kunskapsluckor är högre i en kultur som influeras främst av laganda snarare än av hierarkier. Detta leder enligt Singer et al. (2009) till att sannolikheten även ökar för att risker och problem ska lyftas och lösas. Singer et al. (2009) beskriver en hierarkisk vårdkultur som en kultur där förutsägbara beteenden, som åstadkoms genom införandet av strukturer, policier, regler och processer, värdesätts, och föreslår att dessa dimensioner kan ha en positiv inverkan på vården i viss utsträckning. Men samma kultur präglas även av att belöningar utdelas efter status och rang, och av en skuldsättande anda (Singer et al. 2009). En hierarkisk vårdkultur leder därför till en lägre nivå av säkerhet eftersom vårdpersonalens benägenhet att belysa risker och problem inte gynnas (Singer et al., 2009). Singer et al. (2009) menar att den hierarkiska kulturens negativa effekter kan vägas upp av en tillräckligt stark gruppkultur. När gruppkulturen är mer framträdande än den hierarkiska så kan även betydande inslag av hierarkier gynna den allmänna säkerhetskulturen (Singer et al., 2009). Zúñiga et al. (2015) visar också på ett starkt samband mellan hög omvårdnads kvalitet och en högt skattad nivå av säkerhetskultur och teamarbete. Studien (Zúñiga et al., 2015) undersökte vad som påverkade omvårdnads kvaliteten på 155 äldreboenden i Schweiz.

Muntlin, Carlsson och Gunningberg (2010) påvisade en skillnad i kultur mellan sjuksköterskor och läkare på akutmottagningar i Sverige. Sjuksköterskorna (n=10) arbetade heltid på avdelningen medan läkarna (n=12) arbetade på avdelningen tillfälligt. Sjuksköterskorna i studien (Muntlin et al., 2010) upplevde att läkarna inte hade kunskap kring avdelningens rutiner samtidigt som de upplevde att läkarna inte lyssnade på dem när de lyfte säkerhetsrutinerna. Både sjuksköterskor och läkare tog upp vikten av en positiv stämning och samarbete mellan sjuksköterskor och läkare (Muntlin et al., 2010). Deltagarna i studien (Muntlin et al., 2010) tog också upp att samarbetet mellan olika avdelningar och akutmottagningen var bristande. Bristen på samarbete mellan avdelningarna ledde till att det blev förseningar i vården på akutmottagningen (Muntlin et al., 2010).

Problemformulering

Sjuksköterskors breda ansvar för säker vård kräver engagemang och ständig kompetensutveckling (SSF, 2016; SSF, 2017). För att ge evidensbaserad och säker vård, utifrån patienternas unika behov, är det nödvändigt med kompetens inom kommunikation, informatik, samverkan samt kritiskt tänkande och aktivt deltagande i förbättringsarbetet (SSF, 2016, 2017). Flera studier, som presenterats i bakgrundsavsnittet, visar hur olika faktorer påverkar sjuksköterskors arbete med säker vård. I bakgrundsavsnittet har vi lyft att underbemanning, hög arbetsbelastning eller stress kan leda till sämre vårdkvalitet och risk för ökat antal vårdskador (Alves & Guirardello, 2016; Halbesleben et al., 2008; Kalisch et al., 2009). Grad av arbetsbelastning och stress påverkar sjuksköterskors trivsel och motivation till att följa rutiner (Halbesleben et al., 2008; Kalisch et al., 2009; Ulanimo et al., 2007; You et al., 2013), vilket i sig kan påverka säker vård (Lindh & Sahlqvist, 2012; SSF, 2016). Ytterligare faktorer som påverkar sjuksköterskor arbete är brister i kommunikation (Wakeam et al., 2014) samt en hierarkisk vårdkultur (Lindh & Sahlqvist, 2012; Singer et al., 2009; Zúñiga et al., 2015). Förbättringsarbete möjliggörs genom att

identifiera risker och möjligheter till utveckling (SSF, 2016, 2017). Det är vår förhoppning att kunna bidra till detta genom att undersöka och identifiera faktorer som påverkar sjuksköterskors möjlighet att bedriva säker vård.

SYFTE

Syftet med studien var att undersöka vilka faktorer som påverkar sjuksköterskans möjligheter att bedriva säker vård.

METOD

Val av Metod

För att svara på arbetets syfte gjorde vi bedömningen att en översikt av tidigare litteratur var en lämplig metod att använda, med stöd av Friberg (2012) och Rosén (2012). De menar att likheter, skillnader och kunskapsluckor kan identifieras genom att jämföra tidigare forskning inom ett område. Rosén (2012) beskriver vidare att ett resultat som bekräftas av flera studier kan betraktas som mer tillförlitligt än resultatet från enskilda studier. Detta eftersom sannolikheten att resultatet avgjorts av slumpen eller av forskarnas förväntningar minskar när resultatet har reproducerats av andra studier. Litteraturöversikter kan utföras på olika sätt och variera i omfattning (Friberg, 2012; Rosén, 2012). Översikten som presenteras i vårt arbete är en allmän litteraturöversikt, som utfördes med stöd av rekommendationerna som nämns i Friberg (2012).

Urval

Innan informationssökningen påbörjades så formulerades kriterier för urvalsprocessen. Detta gjordes för att säkra litteraturöversiktens tillförlitlighet och relevans (Karlsson, 2012; Vetenskapsrådet, 2017).

Urvalskriterier

Inklusionskriterierna som användes under informationssökningen bestod av att artiklarna skulle vara originalartiklar som publicerats i vetenskapliga tidskrifter som tillämpar granskning genom peer review. Dessutom skulle de vara publicerade mellan 2007 och 2017. Att endast inkludera originalartiklar som genomgått peer review föreslås av Karlsson (2012) och syftade till att undvika sekundärkällor. Att artiklarna genomgått peer review ökar sannolikheten för att forskningen håller god vetenskaplig kvalitet, då artikeln har granskats av andra forskare inom samma område innan den publicerats i en vetenskaplig tidskrift (Karlsson, 2012). Tidsramen för artiklarnas publikation valdes mot bakgrund av att Vetenskapsrådet (2017) beskriver att samhället har behov av att forskningen förnyas och hålls aktuell.

Under databearbetningen formulerades några kompletterande inklusions- och exklusionskriterier för att ytterligare anpassa materialet till vårt syfte. Då vi endast behärskar svenska och engelska exkluderades artiklar som var skrivna på andra språk. Vi exkluderade även forskning som bedrivits i en kontext som skiljer betydande från den svenska sjukvården. Detta för att öka generaliserbarheten till svenska sjuksköterskors utbildningsnivå, arbetsuppgifter och arbetsmiljö. Urval gjordes med stöd av Rosén (2012) som beskriver hur kriterierna bör utgå från syfte och problemformulering.

Datainsamling

Med stöd av Friberg (2012) identifierade vi sökord med utgångspunkt i vårt syfte. Då vårt syfte var att undersöka vilka faktorer som påverkar sjuksköterskor i arbetet snarare än att fördjupa oss i någon specifik faktor så undvek vi sökord som kunde rikta resultatet. Termen Patient safety inkluderades i samtliga sökningar eftersom säker vård utgjorde det bärande ämne som syftet kretsade kring. Vi använde databasen Cinahl Complete eftersom den har en inriktning mot bland annat omvårdnadsforskning (Karlsson, 2012). I Cinahl Complete kan sökningar göras utifrån Cinahl subject headings som utgörs av etablerade söktermer (Karlsson, 2012; Friberg, 2012). Söktermen Patient safety användes i samtliga av de sökningar som genererade artiklar till vår litteraturoversikt. Söktermen användes som Major heading [MH] för att filtrera artiklar med termen som huvudsaklig inriktning, men även som Subject [SU] för att finna artiklar som berörde det specifika ämnet utan att det var huvudfokus. Termen kombinerades med andra etablerade söktermer, och fraser i fritext, i flera omgångar genom booleska operationer. Det senare innebar att AND lades till i sökningarna; vilket leder till att databasen inkluderar träffar som innehåller både söktermerna och de fraser som angivits (Karlsson, 2012). De andra ämnesorden som användes var Quality of healthcare och Health care errors, och sökfraser som användes var Risk factors och Nurses. Se Tabell 1 för exakt beskrivning av de olika kombinationerna. Inklusionskriterierna gällande tidsram och peer review angavs även i sökningarna samt kravet på att sökmotorn endast skulle filtrera fram originalartiklar.

Utöver sökningarna i Cinahl Complete gjordes även manuella sökningar av referenslistorna i några av de artiklar vi fann. Vi utförde dessutom ytterligare sökningar, med samma ämnesord, i form av så kallade Medical Subject Headings [MeSH], som i Cinahl Complete, i databasen Pubmed. Dessa sökningar bidrog inte till att någon artikel inkluderades i litteraturoversikten.

Tabell 1: Databassökning

Databas Datum	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar
Cinahl Complete 4/9	(MH "Patient safety") AND (MH "Risk management")	193	10	7	4
Cinahl Complete 4/9	(MH "Patient safety") AND (MH "Health care errors")	131	7	5	5
Cinahl Complete 4/9	(SU "Patient safety") AND "Riskfactors" AND "Nurses"	54	25	10	6
PubMed 20/9	(patient safety[MeSH Terms]) AND "risk factors" AND "nurses"	101	18	5	0
Totalt		497	60	27	15

Databearbetning

Artiklarna som hittades genom våra sökningar bearbetades i flera steg, i enlighet med Friberg (2012) och Rosén (2012). I samtliga steg utförde vi först bearbetningen var för sig och sedan jämförde och diskuterade vi våra bedömningar med varandra, i linje med Rosén (2012). I de fall vi gjort olika bedömningar valde vi att följa uppmaningen i Rosén (2012) om att hellre inkludera artiklarna, för vidare bearbetning och analys, än att exkludera dem.

Efter anvisningar från såväl Friberg (2012) som Rosén (2012) genomfördes först en grovsällning där artiklarnas titlar från databassökningarna bedömdes efter relevans för vårt syfte och sedan lästes de utvalda artiklarnas abstrakt för vidare bearbetning, jämförelse och diskussion. Artiklarna som bedömdes svara mot vårt syfte beställdes sedan från Sophiahemmet högskolas bibliotek eller hämtades från internetkällor. Artiklarna lästes i sin helhet och med stöd av Rosén (2012) bedömdes deras relevans utifrån urvalskriterierna för litteraturöversikten. I detta skede granskades studierna som presenterades i artiklarna framförallt utifrån de urvalskriterier som inte kunnat inkluderas i de initiala sökningarna. Vi exkluderade forskning som inte svarade mot vårt syfte utifrån ett kontextuellt perspektiv. Forskning som bedrivits i samband med pågående katastrof, väpnad konflikt eller krig exkluderades eftersom dessa förhållanden inte bedömdes vara överförbara till sjukvården som bedrivs i Sverige. Av samma anledning exkluderades forskning som utförts i länder där resurserna, sett till exempelvis sjuksköterskornas utbildning och tillgång till läkemedel, skiljer sig väsentligt från den svenska sjukvårdens. Vi exkluderade även studier som utförts utifrån syften som bedömdes vara för specifika för att resultatet skulle kunna anses svara mot vårt syfte.

Vidare granskades artiklarnas metodbeskrivningar för att utesluta att samma material använts i flera artiklar, även detta gjordes med stöd av Rosén (2012). De artiklar som slutligen bedömdes som relevanta för vårt syfte kvalitetsgranskades sedan efter Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag (Berg, Dencker & Skärsäter, 1999; Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011) Bilaga A. De studier som bedömdes uppnå en hög eller medelhög kvalitet inkluderades i vår litteraturöversikt. Vårt behov av nödvändig mängd data analyserades i förhållande till kvaliteten i de studier som inkluderats. Resultatet av detta blev att 15 antal artiklar valdes ut till vidare analys i en litteraturöversikt.

Dataanalys

Materialanalysen planerades och genomfördes med stöd av Friberg (2012). Vi studerade artiklarna genom att läsa dem upprepade gånger. Detta gjorde vi var och en för sig för att minska risken att påverka varandra i analysprocessen, på så sätt ökade tillförlitligheten. Till en början analyserades varje studie i sin helhet och sedan övergick vi till att främst fokusera på deras resultat och resultatdiskussioner. Som Friberg (2012) föreslår så sökte vi efter fynd som var relevanta för vårt syfte och sedan sammanfattades dessa. Fortfarande av var och en av oss för sig. När detta var gjort så jämförde vi våra fynd med varandra. Vi diskuterade likheter och skillnader, utifrån relevans för syftet, tills konsensus uppnåddes om vilka fynd som skulle anses som de huvudsakliga. Artiklarna sammanfattades sedan i en matris (Bilaga B) där vi även beskrev huvudfynden. I linje med Friberg (2012) sökte vi efter likheter och skillnader mellan fynden från de olika studierna. Genom att färgkoda

dessa likheter och skillnader identifierades olika mönster som sedan kunde sorteras och beskrivas under olika kategorier.

Forskningsetiska överväganden

Vår forskning har genomförts i enlighet med God forskningssed (Vetenskapsrådet, 2017). God forskningssed (Vetenskapsrådet, 2017) tar upp att det är författarnas ansvar att referenshanteringen är korrekt. Vi har genomgående använt oss av Sophiahemmets modifierade APA-mall för att säkra en korrekt referenshantering. Vi valde även att använda studier som publicerats i vetenskapliga tidskrifter som tillämpar peer review. Vi kontrollerade att studierna inkluderade i översikten fått ett etiskt godkännande. För att få ett etiskt godkännande måste studien granskas av en etikprövningsnämnd (Vetenskapsrådet, 2017).

Under arbetets gång så har vi diskuterat hur processen skulle gå till och vi valde att utgå utifrån Rosén (2012) och Fribergs (2012) metoder för att forskningen skulle bedrivas på ett korrekt sätt. Innan vi började söka artiklar reflekterade vi kring vilken förförståelse vi har inom området. Rosén (2012) tar upp just detta som en risk vid icke-systematiska litteraturöversikter. För att inte låta vår förförståelse och egna upplevelser styra vilka artiklar vi tar med i studien har vi lagt ned mycket tid på sökorden.

Reflektion kring arbetets externa och interna forskningsetiska aspekter har skett i enlighet med Helgesson (2015). De interna aspekterna handlar om hur själva processen i arbetet går till, om forskningen bedrivs på rätt sätt och vilka värderingar och normer som styr forskningen. De externa aspekterna rör hur forskningen påverkar intressen i samhället (Helgesson, 2015).

RESULTAT

Efter struktureringen av resultaten i matrisen (Bilaga B) fann vi olika kategorier som redovisas i tabellen nedan.

Tabell 2: Kategorier och underkategorier

Kategorier	Underkategorier
Organisatoriska faktorer	Avbrott och distraktioner Kultur Förbättringsarbete Arbetsbelastning Utlokalisering och platsbrist
Individrelaterade faktorer	Kommunikation och informationsöverföring Sjuksköterskors erfarenhet, kompetens och strategier

Organisatoriska faktorer

Avbrott och distraktioner

Avbrott och distraktioner beskrevs som en vanlig och återkommande faktor som sjuksköterskor och övrig vårdpersonal hanterade i sina arbeten (Berg et al., 2013; Jangland et al., 2016; Kreckler et al., 2008; Speroni et al., 2013).

Vanliga orsaker till avbrott och distraktioner var interaktion mellan kollegor (Berg et al., 2013; Jangland et al., 2016; Kreckler et al., 2008), frågor från patienter och anhöriga samt telefonsamtal och larm av olika slag (Kreckler et al., 2008). Enligt Kreckler et al., (2008) varade avbrotten som orsakades av telefonsamtal under längst tid. Berg et al. (2013) visade att det vanligaste arbetsmomentet som avbröts var informationsöverföring.

I en studie av Kreckler et al., (2008) observerades att sjuksköterskorna (n=38) ofta själva initierade avbrotten, för att exempelvis leta efter utrustning eller för att ge omvårdnad till patienter, när de ägnade sig åt hantering och administrering av läkemedel. Kreckler et al., (2008) menade även att det var lika vanligt att avbrotten orsakades av läkare som avbröt för att diskutera eller för vård patienter. Sammantaget blev 55.3 procent av de läkemedelsrelaterade arbetsmomenten (n=38) avbrutna två gånger eller fler, och om de avbrott som orsakades av sjuksköterskorna själva räknas bort blir siffran sammantaget 44.7 procent (Kreckler et al., 2008). De observerade läkemedelsrelaterade arbetsmomenten (n=38) förblev ostörda i 14 procent av fallen (Kreckler et al., 2008).

Jangland et al. (2016) beskrev att erfarna sjuksköterskor ofta blev avbrutna i arbetet av mindre erfarna kollegor som ville ställa frågor. Detta kunde få konsekvensen att de erfarna sjuksköterskornas arbetsuppgifter blev försenade vilket i sin tur resulterade i att de fick göra avkall på att bedriva patientnära omvårdnad (Jangland et al., 2016). Att de erfarna sjuksköterskorna ofta blev avbrutna av de mindre erfarna kan leda till brister i säker vård (Jangland et al., 2016).

Flera studier påvisade att avbrott och distraktioner uppfattades som någonting som kunde påverka säker vård negativt (Berg et al., 2013; Jangland et al., 2016; Kreckler et al., 2008; Speroni et al., 2013). Enligt Speroni et al. (2013) ansågs distraktioner och avbrott vara en bakomliggande orsak till 58 procent av fallen där risk för vårdskada bevitnats eller

upptäckts (n=144). Berg et al. (2013) observerade att 4,9 procent av uppgifterna som hade blivit avbrutna (n=184) fick avslutas i förtid. Berg et al. (2013) visade att avbrott betraktades som negativt under vissa förhållanden men att de även kunde betraktas som en naturlig del av arbetet. Avbrott upplevdes negativt då de bedömdes som onödiga, som störande hinder i arbetsprocessen och när de inträffade med hög frekvens (Berg et al., 2013).

Kultur

Flera av studierna lyfte att den lokala vårdkulturen hade en inverkan på sjuksköterskornas arbete och därmed på säker vård (Brady & Goldenhar, 2012; Isaac et al., 2011; Jangland et al., 2016; Lawton et al., 2012; Nagpal et al., 2012). Isaac et al. (2011) belyste även hur sjuksköterskornas inställningar och antaganden kunde påverka patienternas delaktighet i vården. Lawton et al. (2012) beskrev hur den lokala vårdkulturen utformades över tid och skapade ett klimat med gemensamma antaganden, normer och regler.

Vårdkulturen ansågs ha en positiv inverkan på vårdkvalitet, patientsäkerhet samt på förbättringsarbete och utveckling under vissa förutsättningar (Brady & Goldenhar, 2012; Lawton et al., 2012; Nagpal et al., 2012). Lawton et al. (2012) beskrev att av de sjuksköterskor som deltog i studien (n=12) så uttryckte de mer erfarna att arbetsuppgifter inte skulle skyndas igenom även om det rädde tidspress. De ansåg istället att det var viktigt att ta den tid som krävdes för att utföra uppgifterna bra och att detta gynnade patientsäkerheten (Lawton et al., 2012).

En gynnsam avdelningskultur beskrevs som ett klimat som är tillåtande och uppmuntrande där sjuksköterskor fick möjlighet att ställa frågor, be om hjälp, beskriva sina iakttagelser och bedömningar (Brady & Goldenhar, 2012; Jangland et al., 2016; Nagpal et al., 2012) och våga ifrågasätta gällande behandling (Brady & Goldenhar, 2012). När sjuksköterskor fick ökat handlingsutrymme och bemyndigande gav detta positiva konsekvenser för patientsäkerheten (Brady & Goldenhar, 2012).

En traditionell och hierarkisk vårdkultur ansågs inverka negativt på sjuksköterskors handlingsutrymme och resulterade i att vård och omvårdnad blev mindre trygg och säker för patienterna (Brady & Goldenhar, 2012; Isaac et al., 2011; Jangland et al., 2016; Lawton et al., 2012; Nagpal et al., 2012). Risken för olika former av vårdskador ansågs öka när sjuksköterskor inte vågade ställa frågor, be om hjälp eller ifrågasätta av rädsla för att bli bemötta med nedlåtande kommentarer eller irritation (Brady & Goldenhar, 2012; Lawton et al., 2012; Nagpal et al., 2012). Brady och Goldenhar (2012) beskrev att det främsta hindret för sjuksköterskors bemyndigande och agerande var en rädsla för att ta plats och riskera att säga något felaktigt inför teammedlemmar och chefer.

Lawton et al. (2012) visade att sjuksköterskor kunde hysa ett lågt självförtroende i en hierarkisk och skuldsättande vårdkultur. Lawton et al. (2012) pekade på att konsekvenserna blev minskad rapportering av misstag, avhållsamhet från att ifrågasätta kollegor och en ökad benägenhet att ta medvetna risker. Lawton et al. (2012) åskådliggjorde sjuksköterskor som upplevde press att konstant behöva bevisa sin kompetens och sitt värde för sina kollegor. Detta ansågs kunna resultera i att sjuksköterskorna höll inne med frågor och att de inte vågade be om stöd och hjälp i arbetet av rädsla för att få sin funktion och kompetens ifrågasatt (Lawton et al., 2012).

Förbättringsarbete

Tydligt uttalade mål i förbättringsarbete, rutiner och strukturer, kring exempelvis vård och utvecklingsarbete, kan gynna och bygga en mer säker vård (Brady & Goldenhar, 2012; Jangland et al., 2016; Lawton et al., 2012; Nagpal et al., 2012). Standardiserade processer och rutiner samt implementering av objektiva riskbedömningsskalor skapar en gemensam terminologi som ökar möjligheterna att ifrågasätta teammedlemmar och bidra till en mer öppen och inkluderande vårdkultur (Brady & Goldenhar, 2012). Gemensam teamutbildning kan skapa en ökad förståelse och öppenhet mellan professionerna (Brady & Goldenhar, 2012).

Arbetsbelastning

Vogus et al. (2014) beskrev statistiskt säkerställda effekter av olika säkerhetsorganisatoriska insatser ur ett annat perspektiv än vad de övriga studierna berörde. Enligt Vogus et al. (2014) kunde en omfattande säkerhetsorganisation både öka och minska graden av utmattning hos sjuksköterskor och personalomsättningen bland sjuksköterskor beroende på vilken kontext de befann sig i. Säkerhetsorganisation syftar i kontexten till olika insatser, såsom standardiserade verktyg och förbättringsarbete, som används för att öka patientsäkerheten (Vogus et al., 2014).

Avdelningar som rapporterade ett högt antal vårdskador gynnades av säkerhetsorganisatoriska insatser vilket ledde till att antalet vårdskador minskade samtidigt som graden av utmattning och personalomsättning sjönk (Vogus et al., 2014). En omfattande säkerhetsorganisation på avdelningar som rapporterade ett lågt antal vårdskador bidrog till en högre grad av utmattning hos sjuksköterskorna som arbetade där samt en högre personalomsättning. Detta ansågs tyda på att säkerhetsorganisation kan upplevas som en belastning när nyttan inte betraktas som uppenbar (Vogus et al., 2014).

Seynaeve et al. (2011) kunde genom sin undersökning finna ett samband mellan sjuksköterskans arbetsbelastning och förekomst av vårdskador, vid hög arbetsbelastning ökade förekomsten av vårdskador signifikant. Enligt Jangland et al. (2016) hade hög arbetsbelastning en negativ inverkan på förbättringsarbete då tidsbristen utgjorde ett hinder för kunskapsinhämtning och implementering av evidensbaserad vård. Nagpal et al. (2012) tog upp svårigheterna med att hitta information. Sjuksköterskorna (n=6) beskrev att informationen kunde vara uppdelad mellan olika källor som journaler och rapportblad vilket gjorde att det tog lång tid att hitta samt att viktig information kunde missas (Nagpal et al., 2012).

Liu et al. (2012) undersökte arbetsbelastning utifrån antal patienter per sjuksköterska. Resultatet visade att risken för vanliga vårdskador ökade när sjuksköterskan hade ansvar för fler än sju patienter (Liu et al., 2012). Samma studie (Liu et al., 2012) visade även en signifikant ökning av vårdskador när sjuksköterskor arbetade övertid.

Utlokalisering och platsbrist

Goulding et al. (2011) lyfte fram att betydelsefull information gick förlorad, och att kommunikationen kunde försvåras, när patienter utlokaliserades från sin ursprungsavdelning. Utlokalisering sker när patienter inte kan vårdas på den mest passande avdelningen på grund av platsbrist och att de istället placerades någon annanstans på sjukhuset (Goulding et al., 2011). Informationsutbytet mellan avdelningarna beskrevs som bristfällig då viktiga uppgifter kring patienternas hälsotillstånd inte nådde den personal

som tog över vården (Goulding et al., 2011). Det beskrevs även som omständligt att nå ansvariga läkare från de utlokaliserade patienternas ursprungsavdelningar när deras tillstånd försämrades, något som kunde resultera i att patienternas tillstånd försämrades kraftigt innan en utvärdering gjordes och åtgärder kunde vidtas (Goulding et al., 2011). En annan faktor som ansågs påverka vården av utlokaliserade patienter var brist på informell kommunikation som sker mellan kollegor som är vana att arbeta ihop (Goulding et al., 2011).

Individrelaterade faktorer

Kommunikation och informationsöverföring

Brister i kommunikation ansågs som en vanlig orsak till att olika typer av risker och vårdskador uppstod (Nagpal et al., 2012; Speroni et al., 2013). Bristerna uppstod oftast vid överföring av information, som exempelvis vid överrapportering av patienter (Nagpal et al., 2012). Olika problem som uppstod vid informationsöverföring kunde vara att för mycket information kommunicerades, att informationen var otillräckligt eller att informationen var svår att hitta (Nagpal et al., 2012). Nagpal et al. (2012) beskrev av sjuksköterskorna i studien (n=6) upplevde att svårigheter i kommunikationen bidrog till stress och försämrade samarbetsmöjligheterna i arbetet. Sjuksköterskor (n=18) i studien av Brady och Goldenhar (2012) poängterade hur viktigt det var att information om patienten är lättillgänglig.

Enligt Isaac et al. (2011) har sjuksköterskor förväntningar på att patienterna själva skulle bli mer delaktiga i sin vård samtidigt som patienterna har upplevt att de förväntas vara sjuksköterskan till lags och lyda.

Sjuksköterskors erfarenhet, kompetens och strategier

Brady och Goldenhar (2012) lyfte standardiserade processer i vården som gynnsamt överlag men beskrev även att oerfarna sjuksköterskor, exempelvis nyexaminerade och studenter, kunde drabbas av en uppgiftsfixering som hindrade sjuksköterskan från att göra en helhetsbedömning av en situation, något som i sin tur kunde öka risken för vårdskador. Nagpal et al. (2012) beskrev även att oerfarna sjuksköterskor kunde få svårt att sortera ut viktig information ur det flöde som kommunicerades, exempelvis när patienter överlämnades från en avdelning till en annan.

Goulding et al. (2011) studerade bland annat sjuksköterskors utmaningar inför utlokaliserade patienter, från avdelningar med en annan medicinsk inriktning, som kan ske när ett sjukhus blir överbelagt. Omvårdnadsarbetet upplevdes ofta som problematiskt då sjuksköterskornas kompetens och erfarenhet inte motsvarade dessa utlokaliserade patienters behov (Goulding et al., 2011). Goulding et al. (2011) belyste även hur en avdelning i sig kunde anses som illa anpassad för de patienter som utlokaliserats från en avdelning med annan klinisk inriktning eftersom det kunde saknas ordinerade läkemedel och utrustning. Enligt Goulding et al. (2011) kunde inte alltid ordinerade läkemedel införskaffas då läkemedlet inte var vanligt förekommande bland den normala patientgruppen avdelningen behandlade. Avdelningen var då tvungna att beställa läkemedlet vilket kunde leda till att administreringen av läkemedlet blev försenad eller att en dos uteblev. Sammantaget kunde dessa plötsliga utmaningar resultera i att sjuksköterskorna behövde ägna mer tid åt de utlokaliserade patienterna än de övriga på avdelningen (Goulding et al., 2011).

Sjuksköterskor med fler än 16 års erfarenhet klassificerade vårdskador som mer allvarliga än sjuksköterskor med kortare erfarenhet (Chipps et al., 2011). Chipps et al. (2011) föreslog att detta skulle kunna bero på att erfarna sjuksköterskor har hunnit uppleva hur små misstag resulterat i allvarliga konsekvenser, i högre utsträckning än mindre erfarna.

Lawton et al. (2012) beskrev ett komplicerat förhållande mellan erfarna och oerfarna sjuksköterskor. Sjuksköterskor med mindre erfarenhet ansågs vara överdrivet beroende av dem som arbetat länge, samtidigt som de med mer erfarenhet uppfattades som ovilliga att delegera uppgifter med hänvisning till att det gick snabbare om de utförde uppgifterna själva (Lawton et al., 2012).

Roger et al. (2007) konstaterade att en väsentlig del av sjuksköterskors arbete ägnas åt att identifiera sina egna och andras misstag för att undvika att patienter drabbas av vårdskador. Groves et al. (2012) skildrade olika strategier som sjuksköterskor använde sig av för att bedöma risker och planera för en säker vård. En av dessa strategier syftade till att skapa sig en helhetsbild över patienternas tillstånd, resurser och möjligheter genom att läsa patientjournaler och använda bedömningsskalor (Groves et al., 2012).

En annan strategi sjuksköterskor använde var att lära känna patienterna och etablera en relation (Groves et al., 2012). Enligt sjuksköterskorna som intervjuades i studien (n=12) ansågs strategierna fungera bäst i kombination med varandra (Groves et al., 2012). Groves et al. (2012) beskrev att förmågan att känna igen risker är en kompetens som växer fram genom erfarenhet och att bedömningar om vad som är avvikande och kan utgöra en risk, baseras på kunskap om vad som kan anses som normalt (Groves et al., 2012).

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Något som vi uppfattat som ett huvudfynd i vårt resultat var avbrott och distraktioner och dess påverkan på säker vård (Berg et al., 2013; Jangland et al., 2016; Kreckler et al., 2008; Speroni et al., 2013). Detta skiljde sig från det vi uppfattat som framställt i den tidigare forskningen vi tagit del av, vilket presenteras i arbetets bakgrundsavsnitt. Vi uppfattar att ämnet beskrivs utifrån antagandet att avbrott och distraktioner har en negativ inverkan på säker vård, och då framförallt vid hantering och administrering av läkemedel. Syftet med majoriteten av studierna var att beskriva avbrotten i sig och hur de orsakades. Endast Speroni et al. (2013) undersökte om det förelåg något samband mellan avbrott, distraktioner och vårdskador. Vår tolkning är att Speroni et al. (2013) inte fastslog ett säkert orsakssamband då studien mätte sjuksköterskors upplevelser av korrelationer snarare än kausala samband mellan avbrott, distraktioner och vårdskador.

För att söka svar på vad forskningsläget visar om sambandet mellan avbrott, distraktioner och vårdskador såg vi till en litteraturöversikt (Raban & Westbrook, 2014). De undersökte om åtgärder för att minska avbrott även kan minska antalet läkemedelsrelaterade vårdskador. Resultatet var tvetydigt och författarna (Raban & Westbrook, 2014) menar att det bara finns några få studier som faktiskt påvisar ett signifikant samband mellan avbrott och läkemedelsrelaterade risker. Raban och Westbrook (2014) påtalar att det finns ett problem som försvårar sammanställningar av området, nämligen att det inte finns några enhetliga begrepp och definitioner som beskriver avbrott. Detta kan även ses i vårt resultat som visar att avbrott kan uppfattas som naturliga inslag i arbetet och inte alls behöver betraktas som en faktor med negativ påverkan. I Berg et al. (2013) uppgav studiedeltagarna (n=18) att det var när avbrotten upplevdes som många, eller som onödiga, som de även uppfattades som störande och negativa.

Vårt resultat antyder att avbrott och distraktioner är en vanligt förekommande faktor som kan påverka sjuksköterskors arbetsmiljö, men vi har inte visat något kausalt samband mellan avbrott och vårdskador. Sammantaget kan vårt resultat tolkas, med stöd av tidigare forskning som presenterats ovan, som att mer forskning behövs för att öka kunskapen om vad avbrott bör definieras som. Det kan möjligen anses att fokus bör vara att fastställa vad problemet som undersöks består av och vad det kan orsaka.

Resultatet i detta arbete belyser även hur vård- och säkerhetskultur utgör en faktor som påverkar sjuksköterskors möjlighet att bedriva säker vård. Lawton et al. (2012) beskriver i sin studie att sjuksköterskor hade lågt självförtroende i en hierarkisk vårdkultur och vi tolkar det som om detta kan hämma deras möjligheter att utvecklas i sina yrkesroller. Denna tolkning görs mot bakgrund av att Lawton et al. (2012) påtalar att sjuksköterskorna i studien (n=12) inte tog stöd av sina kollegor på grund av en rädsla att bli bemötta med negativa attityder. Den rädslan beskrevs föranleda att sjuksköterskorna hellre tog risker i arbetet än att avslöja sin osäkerhet. En hierarkisk vårdkultur kan även påverka sjuksköterskors benägenhet att rapportera risker och vårdskador. Detta stärks av forskning vi presenterat i bakgrunden (Lindh & Sahlqvist, 2012; Singer et al., 2009; Ulanimo et al., 2007). Resultatet var således inte oväntat men vi tolkar det som bekymmersamt då det antyder att en traditionell vårdkultur, med starka inslag av hierarkier, kan ses som ett utbredd problem. I Lawton et al. (2012) framkommer även att sjuksköterskor ägnar en betydande del av sitt arbete åt att identifiera och korrigera egna och andras misstag, för att

förhindra vårdskador. Som vi redan nämnt i bakgrunden så framgår detta även av en studie utförd av Choi et al. (2014). Om sjuksköterskor i en hierarkisk vårdkultur inte vågar be om hjälp eller korrigeras varandras misstag så påverkar det kanske en omfattande och väsentlig del av sjuksköterskors vardagliga arbete. Detta är möjligen ytterligare en tänkbar faktor att beakta och det skulle kunna utgöra en inriktning för framtida forskning. Forskning skulle potentiellt kunna undersöka hur olika insatser påverkar just frekvensen av de tillfällen då sjuksköterskor söker stöd av, eller rättar, varandra. Detta för att kunna identifiera åtgärder som har en positiv effekt på den sortens samverkan. En god samverkan inom och mellan professionerna anses som starkt kopplat till säker vård (Singer et al., 2009; Zúñiga, et al., 2015). Därför borde det ligga i både beslutsfattares intresse, och den enskilde individens, att aktivt motverka den negativa inverkan som traditionella hierarkier har. För att motarbeta den negativa påverkan som hierarkiska kulturer utövar på vården uppfattar vi det som angeläget att framtida forskning fokuserar på åtgärder som kan främja en god grupp- och säkerhetskultur.

Vårt resultat kan även tolkas som att framtida forskning och förbättringsarbete behöver ta hänsyn till att graden av säkerhetsarbete kan behöva anpassas efter den lokala kontexten i en högre omfattning än idag. Enligt Vogus et al. (2014) kan arbetet med att förbättra säkerheten utifrån olika organisatoriska insatser utöva en negativ påverkan på sjuksköterskors mående, trivsel och därigenom även personalomsättningen. Detta skulle kunna antyda att säkerhetsarbete även kan betraktas som en faktor som utövar en negativ inverkan i vissa situationer och miljöer. I linje med vårt resultat som kan tolkas som att upplevelsen av avbrott i arbetet beror på avbrottens relevans, så behöver möjligen graden av säkerhetsorganisation stå i proportion till risken för vårdskador.

Vårt resultat belyser hur sjuksköterskors erfarenhet kan avgöra om faktorer i arbetsmiljön betraktas som hinder eller möjligheter. Brady och Goldenhar (2012) visade exempelvis att oerfarna sjuksköterskor kan distraheras från helhetsbilden och istället fixera vid enstaka standardiserade moment, till skillnad från mer erfarna sjuksköterskor som finner stöd i samma standardiseringar. Vi anser att detta möjligen bör tas i beaktande i bedömningen av hur checklistor och objektiva bedömningsskalor utformas och används. Eftersom de används för att öka patientsäkerheten kan det betraktas som ett intressant fynd att de även kan utöva en kontraproduktiv inverkan. Erfarenhet av yrket i sig kan även påverka hur bedömningsskalor används (Chippes et al., 2011). Sjuksköterskor med lång erfarenhet inom yrket klassificerade vårdskador som mer allvarliga än sjuksköterskor med kortare erfarenhet. Studien visar dock inte hur erfarenhet påverkade förmågan att bedöma risker korrekt. Mot bakgrund av det som framkommit och att SSF (2016; 2017) lyfter att säker vård är beroende av ständiga förbättringar, så tycker vi det vore intressant att undersöka om bedömningsskalor skulle kunna anpassas efter sjuksköterskors erfarenhet för att öka nivån av säkerhet i vården.

En intressant jämförelse är att Jangland et al. (2016) kunde påvisa att erfarna sjuksköterskor upplevde att de blev hindrade i sitt arbete på grund av att mindre erfarna sjuksköterskor frågade om hjälp, medan Lawton et al. (2012) beskrev hur erfarna sjuksköterskor hyste ovilja mot att delegera ansvar till mindre erfarna sjuksköterskor. Detta skulle också kunna hämma möjligheterna för de mindre erfarna sjuksköterskorna att utvecklas och lära sig mer. Detta skulle kunna innebära att det finns en risk för negativ inverkan på både de erfarna och de oerfarna sjuksköterskornas möjligheter att bedriva utvecklings- och förbättringsarbete. I och med en medvetenhet om detta har vi funderingar

kring om nyexaminerade kanske borde genomgå en lärlingsperiod likt läkarnas AT-tjänstgöring. Detta skulle möjligen kunna skapa utrymme för oerfarna sjuksköterskor att utvecklas under handledning och göra dem mer självständiga. Detta skulle i sin tur kanske kunna minska antal avbrott som erfarna sjuksköterskor upplever samtidigt som de oerfarna kunde utvecklas tryggt i sina roller. Det vore intressant att se forskning som undersökte möjligheterna med en sådan lösning.

I resultatet tar vi upp att utlokalisering av patienter är en faktor som påverkar säker vård. Eftersom det är en studie kan vårt resultat ifrågasättas och vi har därför valt att söka efter mer fakta kring detta. Socialstyrelsen (2017) har lyft att utlokalisering är en riskfaktor för säker vård. Utlokalisering kan enligt Socialstyrelsen (2017) leda till smittspridning, ökad infektionsrisk, felmedicinering, försenad behandling eller medicinering och en ökad dödlighet vid vissa sjukdomstillstånd. Det överensstämmer med det resultat vi kommit fram till. Vår studie tog upp en till riskfaktor vid utlokalisering, som inte Socialstyrelsen (2017) tar upp i sin rapport, vilket var att kommunikationen försämrades.

Liu et al. (2012) tar upp att risken för vårdskador ökar när sjuksköterskor ansvarar för fler än sju patienter. Studien baseras på ett urval (n=1358) som kan betraktas som stort nog för att vara tillförlitligt. Sjuksköterskorna som deltog kan antas ha arbetat inom ett brett urval av områden eftersom den enda gemensamma nämnaren utöver deras profession var att samtliga var medlemmar Taiwans motsvarighet till Svensk sjuksköterskeförening. Studiens (Liu et al., 2012) resultat kan även styrkas av You et al. (2013) som påvisat ett liknande förhållande, vilket vi redogjort för i bakgrunden. Resultatet vi presenterar kan därför tolkas som tillförlitligt och relevant. Men vi vill även belysa att annan forskning (Brady et al., 2007; De Cordova et al., 2010) föreslår att det kan vara svårt att mäta vårdtyngd genom att endast se till antal patienter per sjuksköterska eftersom patienter kan kräva olika mycket tid, vara mer eller mindre medicinskt komplexa och i behov av olika typer av omvårdnadsinsatser. De Cordova et al. (2010) antyder att det är en utmaning att skapa ett standardiserat verktyg som gör det lätt att mäta vårdtyngden även om det endast berör en enskild avdelning. Detta förklaras med att många olika parametrar behöver ingå, inte minst oförutsägbara händelser som kan vara svåra att planera för. En reflektion är att sjuksköterskors välmående och subjektiva uppfattningar också kan behöva vägas in. Liu et al. (2012) antyder att antalet patienter per sjuksköterska inte bör vara fler än sju, och vi tolkar det som att detta bör tas i beaktande i vidare forskning kring vårdtyngd och hur arbetsbelastning av olika slag ska kunna mätas och avgöras.

Metoddiskussion

Artiklarna i studien var av både kvantitativ och kvalitativ design. Att använda båda typerna av design föll sig naturligt då vi undersökte olika aspekter av syftet vilket även breddar vårt resultat. Vi valde även att ta med studier som innehåller deltagare från olika professioner, allt från läkare till patienter. Anledningen till att vi gjorde så var för att de tillförde nya fynd som inte framkom i studier där deltagarna uteslutande bestod av sjuksköterskor. Polit och Beck (2017) rekommenderar att uteslutande använda studier med en viss sorts deltagare. Istället lyfte vi fram de fynd vi betraktade som relevanta för vårt syfte, det vill säga de fynd som berörde sjuksköterskor i första hand. Detta kan tolkas som en styrka i vårt arbete men även som en svaghet beroende på vilket perspektiv som antas.

Under arbetet med projektplanen inför detta arbete funderade vi kring olika metoder. I början såg syftet lite annorlunda ut där vi ville utforska sjuksköterskors upplevelse av faktorer vilket gjorde att vi funderade på att göra en enkätundersökning eller intervjustudie. Efter den första informationsökningen såg vi att det fanns mycket forskning kring faktorer som påverkar säker vård, och vi valde att istället göra en litteraturöversikt. Detta gjorde att vi tog bort temat om sjuksköterskors upplevelse från syftet. Det hade dock varit intressant att genomföra en studie som undersökte sjuksköterskors upplevelse av vilka faktorer som påverkar, kanske genom en intervjustudie. En sådan studie hade kunnat jämföras med en litteraturöversikt, likt vår, för att se om sjuksköterskors upplevelser motsvarade de faktorer som vårt resultat belyser. Med en sådan jämförelse skulle möjliga kunskapsluckor kunna identifieras. Det skulle kunna utgöra en relevant grund för framtida forskning, för att öka medvetenheten kring påverkande faktorer och bidra till en säker vård.

En annan studiedesign vi hade kunnat anta vore en mer teoretisk analys efter en omvårdnadsteori. Den här möjligheten avstod vi från efter noggrant övervägande. Vi fördjupade oss i två omvårdnadsteoretiker, och även begreppet professionellt ansvar ur ett omvårdnadsvetenskapligt perspektiv men fann inte att det svarade väl mot vårt syfte att lyfta in den typen av analys. En kritik mot det valet skulle kunna vara att detta lämnat oss utan någon stark omvårdnadsvetenskaplig förankring. Vi menar istället att det underlättat för oss att öka sannolikheten att lyckas med att söka brett efter olika faktorer som påverkar sjuksköterskors arbete med säker vård utan att råka styra resultatet med våra förväntningar. Detta eftersom de omvårdnadsteorier vi fördjupade oss i upplevdes som svåra att applicera.

Rosén (2012) menar att en systematisk litteraturöversikt är att föredra då en allmän litteraturöversikt kan få en snedvridning av resultat baserat på den förförståelse som författarna innehar. För att försöka undvika de risker som Rosén (2012) tagit upp hämtade vi stöd från Fribergs (2012) struktur för allmän litteraturöversikt. Detta i förhoppning om att godtycklighet och partiskhet kan minimeras. Vi bearbetade och analyserade även vår data separat från varandra för att öka sannolikheten att upptäcka misstag. Genom att arbeta separat från varandra kunde vi även identifiera varandras förförståelse då vi jämförde det vi kommit fram till. Vi använde även färgkodning under analysprocessen för att inte råka förbise några fynd. Vi fäste även stor vikt vid att våra sökord i databaserna Cinahl Complete och Pubmed skulle vara så generella som möjligt, så att vi inte letade efter resultat som bekräftade vår förförståelse.

Ett ytterligare sätt att öka relevansen i databassökningarna hade varit att ta kontakt med en bibliotekarie på Sophiahemmet. Att ta kontakt med en expert är även något som rekommenderas av Polit och Beck (2017). Varför vi inte valde att göra det berodde på att vi hittade tillräckligt många studier som var relevanta för syftet utan hjälp. Det kan dock diskuteras om nya fynd hade kunnat göras om vi gjort sökningar i båda databaserna från början. Vårt resultat hade möjligen även kunnat få en ökad tillförlitlighet om vi hade inkluderat fler studier i litteraturöversikten.

Vi skulle sannolikt tjäna på att utgå från ett snävare syfte, eller en större omfattning sett till antalet artiklar, för ökad generaliserbarhet. Den tolkningen görs mot bakgrund av att några av fynden i vårt resultat fick presenteras isolerade, utan att styrkas eller ifrågasättas av andra studier i litteraturöversikten. En annan aspekt är att en stor del av vårt resultat belyser förekomsten av avbrott och distraktioner på arbetsplatsen. Vi har dock inte kunnat påvisa att avbrott/distraktioner och vårdskador har ett kausalt samband. Att undersöka ett

eventuellt kausalt samband är inte en del av denna studies syfte men det hade varit av intresse att hitta forskning som kan påvisa ett samband. Det skulle kunna ge mer validitet till vårt resultat om litteraturöversikten hade omfattat fler studier som undersökte samma område.

Ett annat förhållande som kan påverka trovärdigheten av vår litteraturöversikt är språkförståelse. Eftersom engelska inte är ett modersmål för någon av oss ser vi att det finns risk för feltolkning då alla studier som användes var skrivna på engelska. För att skapa en förståelse och få till en så bra översättning som möjligt har olika lexikon använts när översättningen inte varit självklar. Vi har även använt Karolinska Institutets databas (mesh.kib.ki.se) för översättning av medicinska termer.

För att bedöma kvaliteten på artiklarna som använts i litteraturöversikten tog vi hjälp av Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag (Berg, Dencker & Skärsäter, 1999; Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011; Bilaga A). Det kan anses som att användandet av ett standardiserat instrument kan styrka validiteten av arbetet. Vi upplevde dock vissa svårigheter vid bedömningen av artiklarna då det inte fanns någon utförlig förklaring av vad som utmärker forskning av medelhög kvalitet. Mallen delar även upp kvantitativa och kvalitativa studier i helt skilda kategorier utan att belysa hur forskning som blandar ansatserna ska bedömas. En eventuell felbedömning av artiklarna kan ha bidragit till att vi har med en artikel av låg kvalitet, vilket i sig kan ses som en svaghet i översikten. Eftersom alla artiklar inkluderade i vårt resultat har varit originalartiklar anser vi, med stöd av Polit och Beck (2017), att detta styrker arbetets validitet.

Slutsats

Vårt resultat belyser att de organisatoriska faktorer som påverkar säker vård kan vara avbrott och distraktioner, kultur, förbättringsarbete, arbetsbelastning samt utlokalisering av patienter och platsbrist. De individrelaterade faktorer syftar till sjuksköterskan som individ. De individrelaterade faktorerna som kan tänkas påverka säker vård är kommunikation och informationsöverföring samt sjuksköterskors erfarenhet, kompetens och strategier.

Det som visat sig vara mest framträdande i studien har varit avbrott och distraktioner. Vi tolkar det som att det saknas kunskap om olika risker som kan uppstå i samband med avbrott och distraktioner på arbetsplatserna. Eftersom resultatet visar att mindre erfarna sjuksköterskor behöver hjälp i arbetet så drar vi slutsatsen att avbrott på grund av en kollega som ber om hjälp både kan hjälpa och stjälpa arbetet för säker vård.

Vi fann även att vårdkulturen påverkar sjuksköterskors möjligheter att bedriva säker vård. Positiv påverkan finns i vårdkulturer som präglas av en öppenhet, där vårdpersonalen tar hjälp av standardiserade instrument och satsar på att öka sjuksköterskors handlingsutrymme. Traditionella hierarkier präglade av rang och status påverkar sjuksköterskor på ett negativt sätt. Med anledning av detta anser vi att hierarkier är en faktor som påverkar säker vård.

Övriga faktorer som kan påverka säker vård är antalet patienter som den enskilda sjuksköterskan ansvarar för under ett arbetspass, arbetsbelastning samt kommunikation och informationsöverföring. Vårt resultat visar att säker vård kan påverkas negativt när sjuksköterskor ansvarar för sju patienter eller fler. Resultatet visar däremot inte till vilka

kontexter detta kan överföras till. Vi föreslår att det borde bedrivas mer forskning kring vilken vårdtyngd en sjuksköterska bör ha per arbetspass.

Fortsatta studier

Vi menar att det behövs mer forskning kring om och hur avbrott och distraktioner påverkar säker vård. Att undersöka om det föreligger ett kausalt samband mellan avbrott och vårdskador skulle kunna underlättas av tydliga definitioner av begreppen. Vidare vill vi gärna se forskning om åtgärder för att minska inslaget av de avbrott och distraktioner som uppfattas som ett hinder för säker vård. Vi skulle även gärna se mer forskning kring hur säkerhetskulturen kan förbättras med fokus på att minska eventuella negativa inslag från hierarkier. Dessutom önskar vi mer forskning kring de risker som existerar för en sjuksköterska med mindre erfarenhet. Genom medvetenhet kring risker kan de lättare undvikas. För att uppnå en medvetenhet är det därför värdefullt att som nyexaminerad sjuksköterska få lära sig mer om de risker som finns i vårdarbetet.

Det hade varit intressant att se forskning kring vårdtyngd och olika mätinstrument för vårdtyngd, för att se hur detta mäts på bästa sätt samt vilken vårdtyngd per sjuksköterska som är optimal i arbetet för säker vård. Även forskning som undersöker sjuksköterskors upplevelse av faktorer som påverkar möjligheten till säker vård. Detta för att kunna jämföra sjuksköterskors upplevelser med det forskningen tyder på. Sjuksköterskor kanske kan identifiera faktorer som ännu inte undersökts, samt att sådan forskning skulle kunna belysa inom vilka områden sjuksköterskor saknar kunskap kring olika faktorer påverkan av säker vård.

Klinisk tillämpbarhet

Vårt resultat kan vara intressant och bidra till en större förståelse av de risker som finns på arbetsplatsen, risker som vårdpersonal kanske inte reflekterat över tidigare. Eftersom många faktorer kunde kopplas till en negativ inverkan på säker vård hoppas vi att synen på säker vård kan breddas så att åtgärder kan vidtas. Resultatet av vårt arbete har diskuterats inför andra studenter vid ett formativt bedömningsseminarium på Sophiahemmets högskola. På så vis har vår undersökning fått en initial, om än begränsad, spridning. Genom att publicera arbetet på www.diva-portal.org görs det tillgängligt för alla som behärskar det svenska språket. Arbetet kan hittas genom nyckelorden vi redogör för i sammanfattningen. Vår förhoppning är att studien kan komma till nytta för vårdpersonal, på så sätt att de förbättringsmöjligheter vi belyst tillvaratas.

REFERENSER

För att underlätta för läsaren har alla artiklar som är en del av denna översikts resultat markerats med en asterisk(*).

Alves, D. F. S. & Guirardello, E. B. (2016). Safety climate, emotional exhaustion and job dissatisfaction among brazilian pediatric professional nurses. *International nursing review*, 63(3), 328-35. doi: 10.1111/inr.12276

Ball, J. E., Murrells, T., Rafferty, A. M., Morrow, E. & Griffiths, P. (2012). 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 23(2), 116-125. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001767

Berg, A., Dencker, K. & Skärsäter, I. (1999). Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar (Evidensbaserad omvårdnad, 1999:3). Stockholm: SBU, SFF.

*Berg, L. M., Källberg, A-S., Göransson, K. E., Östergren, J., Florin, J., Ehrenberg, A. (2013). Interruptions in emergency department work: an observational and interview study. *BMJ Quality & Safety*, 22, 656-663. doi: 10.1136/bmjqs-2013-001967

Brady, A-M., Bryne, G., Horan, P., Griffiths, C., MacGregor, C., Begley, C. (2007). Measuring the workload of community nurses in Ireland: a review of workload measurement systems. *Journal of Nursing Management*, 15(5), 481-489. doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00663.x

*Brady, P. W., Goldenhar, L. M. (2012). A qualitative study examining the influences on situation awareness and the identification, mitigation and escalation of recognised patient risk. *BMJ Quality & Safety*, 23, 153-161. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001747

*Chippis, E., Wills, E. C., Tanda, R., Patterson, E. S., Elfrink, V., Brodnik, M., Schweikhart, N. (2011). Registered nurses' judgements of the classification and risk level of patient care errors. *Journal of Nursing Care Quality*, 26(4), 302-310. doi: 10.1097/NCQ.0b013e31820f4c57

Choi S.P-P., Cheung, K., Pang, S.M-C. (2014) A field study of the role of nurses in advocating for safe practice in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 70(7), 1584-1593. doi: 10.1111/jan.12316

De Cordova, P. B., Lucero, R. J., Hyun, S., Quinlan, P., Price, K., Stone, P. W. (2010). Using the Nursing Interventions Classification as a Potential Measure of Nurse Workload. *Journal of nursing care quality*, 25(1), 39-45. doi: 10.1097/NCQ.0b013e3181b3e69d

Ericsson, A. (2016). Vården kollapsar utan oss sjuksköterskor. *Expressen*. Hämtad 5 maj, 2017, från <http://www.expressen.se/debatt/varden-kollapsar-utan-oss-sjukskoterskor/>

Friberg, F. (Red.) (2012). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

*Goulding, L., Adamson, J., Watt, I., Wright, J. (2011). Patient safety in patients who occupy beds on clinically inappropriate wards: a qualitative interview study with NHS staff. *BMJ Quality & Safety*, 21, 218-224. doi: 10.1136/bmjqs-2011-000280

*Groves, P. S., Finfgeld-Connett, D., Wakefield, B. J. (2012). It's always something: Hospital nurses managing risk. *Clinical Nursing Research*, 23(3), 1-18. doi: 10.1177/1054773812468755

Halbesleben, J. R., Wakefield, B. J., Wakefield, D.S., & Cooper LB. (2008). Nurse burnout and patient safety outcomes: Nurse safety perception versus reporting behavior. *Western journal of nursing research*, 30(5), 560-77. doi: 10.1177/0193945907311322

Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik*. Lund: Studentlitteratur.

*Isaac, C., Behar-Horenstein, L. S., Davis, C. A., Graff, R. (2011). Hospital safety: Perceptual paradox. *Journal of Communication in Healthcare*, 4(2), 118-125. doi: 10.1179/175380611X13022552566137

*Jangland, E., Nyberg, B., Yngman-Uhlin, P. (2016). It's a matter of patient safety': Understanding challenges in everyday clinical practice for achieving good care on the surgical ward - a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 31(2), 323-331. doi: 10.1111/scs.12350

Kalisch, B., Landstrom, G., Williams, R. (2009) Missed nursing care: Errors of omission. *Nursing Outlook*, 57(1), 3-9. doi: 10.1016/j.outlook.2008.05.007

Kalisch, B. & Lee, K. H. (2014). Staffing and job satisfaction: Nurses and nursing assistants. *Journal of Nursing Management*, 22(4), 465-471. doi: 10.1111/jonm.12012

Karlsson, E. K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 95-113). Lund: Studentlitteratur.

*Kreckler, S., Catchpole, K., Bottomley, M., Handa, A., McCulloch P. (2008). Interruptions during drug rounds: an observational study. *British Journal of Nursing*, 17(21), 1326-1330. doi: 10.12968/bjon.2008.17.21.31732

*Lawton, R., Carruthers, S., Gardner, P., Wright, J., & McEachan, R. R. C. (2012). Identifying the latent failures underpinning medication administration errors: An exploratory study. *Health services research*, 47(4), 1437-1459. doi: 10.1111/j.1475-6773.2012.01390.x.

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

*Liu, L-F., Lee, S., Chia, P-F., Chi, S-C., Yin, Y-C. (2012). Exploring the association between nurse workload and nurse-sensitive patient safety outcome indicators. *The journal of nursing research*, 20(4), 300-309. doi: 10.1097/jnr.0b013e3182736363.

McHugh, M. D., Kutney-Lee, A., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., Aiken, L. H. (2011). Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health affairs*, 30(2), 202-210. doi: 10.1377/hlthaff.2010.0100

Muntlin, Å., Carlsson, M., Gunningberg, L. (2010). Barriers to change hindering quality improvement: The reality of emergency care. *Journal of Emergency Nursing*, 36(4), 317-323. doi: 10.1016/j.jen.2009.09.003

*Nagpal, K., Arora, S., Vats, A., Wong, H. W., Sevdalis, N., Vincent, C., Moorthy, K. (2012). Failures in communication and information transfer across the surgical care pathway: interview study. *BMJ Quality & Safety*, 21, 843-849. doi: 10.1136/bmjqs-2012-000886

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10^a intern. ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Raban, M. Z., & Westbrook, J. I. (2014). Are interventions to reduce interruptions and errors during medication administration effective?: A systematic review. *BMJ Quality & Safety*, 23(5), 414-421. doi: 10.1136/bmjqs-2013-002118

*Roger, E. A., Dean, E. G., Hwang, W-T., Scott D. L. (2007). Role of registered nurses in error prevention, discovery and correction. *Quality and Safety in Health care*, 17, 117-121. doi: 10.1136/qshc.2007.022699

Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 429-446). Lund: Studentlitteratur.

Sannemalm, A. (2016). Stress och oro vanligt bland sjuksköterskor i Sörmland. *Sveriges Radio*. Hämtad 7 maj, 2017, från <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=87&artikel=6452238>

*Seynaeve, S., Verbrughe, W., Claes, B., Vandenplas, D., Reyntiens, D., Philippe G. J. (2011). Adverse drug events in intensive care units: A cross-sectional study of prevalence and risk factors. *American Journal of Critical Care*, 20(6), 131-140. doi: 10.4037/ajcc2011818

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Hämtad 28 augusti, 2017, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

Singer, S. J., Falwell, A., Gaba, D. M., Meterko, M., Rosen, A., Hartmann, C. W., Baker, L. (2009). Identifying organizational cultures that promote patient safety. *Health Care Management Review*, 34(4), 300-311. doi: 10.1097/HMR.0b013e3181afc10c

Socialstyrelsen. (2008). *Vårdskador inom somatisk slutenvård*. Hämtad, 3 oktober, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8622/200810916_rev2.pdf

Socialstyrelsen. (2017). *Utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet 2017*. Hämtad 23 oktober från <http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/20575/2017-4-3.pdf>

*Speroni, G. K., Fisher, J., Dennis, M., Daniel, M. (2013). What causes near-misses and how are they mitigated? *PSN Journal online*, 34(3), 114-119. doi: 10.1097/01.NURSE.0000427995.92553.ef

Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2016). *Säker vård: En kärnkompetens för vårdens samtliga professioner*. Hämtad, 3 oktober, från: https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kvalitet-publikationer/saker-var_d_2016.pdf

Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad, 8 september, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Sveriges Kommuner och Landsting [SKL]. (2013). *Patientsäkerhet lönar sig: Kostnader för skador och vårdskador i slutenvård år 2013*. Hämtad, 3 oktober, från <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-131-0.pdf?issuysl=ignore>

Teng, C.-I., Shyu, Y.-I. L., Chiou, W.-K., Fan, H.-C. & Lam, S. M. (2010). Interactive effect of nurse-experienced time pressure and burnout on patient safety: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 1442-1450. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.04.005

Thomas, M. B. (2010). Registered nurses select multiple factors associated with their errors. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 22, 279-282. doi: 10.1016/j.ccell.2010.03.010

Ulanimo, V. M., O'Leary-Kelley, C., Connolly, P. M. (2007). Nurses' perception of causes of medication errors and barriers to reporting. *Journal of Nursing Care Quality*, 22(1), 28-33. doi: 10.1097/00001786-200701000-00007

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad den 6 maj 2017, från <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/>

*Vogus, T. J., Cooil, B., Sitterding, M., Everett, L. Q. (2014). Safety organizing, emotional exhaustion, and turnover in hospital nursing units. *Medical care*, 52(10), 870-876. doi: 10.1097/MLR.0000000000000169

Wakeam, E., Hyder, J. A., Ashley, S. W., Weissman, J. S. (2014). Barriers and strategies for effective patient rescue: A qualitative study of outliers. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 40(11), 503-513. doi: 10.1016/S1553-7250(14)40065-5

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

You, L., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Liu, K., He, G., Hu, Y., Jiang, X., Li, X-H., Li, X-M., Liu, H., Shang, S., Kutney-Lee, A. & Sermeus, W. (2013). Hospital nursing, care quality, and patient satisfaction: Cross-sectional surveys of nurses and patients in China and Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 154-161. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.05.003

Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Hamers, J. P. H., Engberg, S., Simon, M., Schwendimann, R. (2015). Are staffing, work environment, work stressors, and rationing of care related to care workers' perception of quality of care? A cross-sectional study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(10), 860-866. doi: 10.1016/j.jamda.2015.04.012

Tabell 1. Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvalsprocess; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Berg, L. M., Källberg, A-S., Göransson, K. E., Östergren J., Florin, J., Ehrenberg, A. 2013 Sverige	Interruptions in emergency department work: an observational and interview study	Att utforska avbrott som sker under normala aktiviteter på akuten	<u>Design:</u> Tvärsnittsstudie med kvalitativ design <u>Urval:</u> Två olika sjukhus valdes beroende på deras storlek och geografiska punkt. Deltagarna från dessa sjukhus valdes baserat på år av erfarenhet, en erfarenhet < 6 månader var ett exklusionskriterie. <u>Datainsamling:</u> Två av författarna följde deltagarna i sitt arbete, för att observera. När observationen var klar höll de en semi-strukturerad intervju med deltagaren. En författare befann sig på sjukhus A medan den andra författaren befann sig på sjukhus B. <u>Analys:</u> Avbrotten i arbetet delades in i 12 kategorier. Intervjuerna kodades och transkripterades	18 (0)	Av de 1882 aktiviteterna som observerades blev 184 avbrutna. Medianen var 5.1 avbrott per timme. Flest avbrott skedde under informationsutväxling (20%). Den aktivitet som var mest utsatt för avbrott var medicinhantering (29%), följt av dokumentation (27%). Deltagarna blev oftast störda av någon annan än sig själv. Oftast var det en annan kollega som orsakade avbrott (51%). Av de 184 aktiviteter som blev avbrutna återupptogs 87,5% relativt snabbt, och 4,9% blev avslutade i ett för tidigt skede. I intervjuerna framkom det att den vanligaste anledningen till att deltagarna inte fann avbrotten som störande var relaterat till deras egna förväntningar av arbetsmiljön samt uppfattningen om att antalet avbrott var lågt. De flesta ansåg också att avbrott var en del av deras professionella roll. Den primära anledningen till att avbrotten ansågs som negativt var frekventa kommunikationsavbrott av kollegor, telefonen eller av personsökaren.	P II
Brady, P. W., Goldenhar, L. M 2012 USA	A qualitative study examining the influences on situation awareness and the identification, mitigation and escalation of recognised patient risk	Att lära mer om de faktorer som påverkar sjuksköterskors förmåga att uppnå och behålla situationsnärvaro samt att identifiera, adressera och öka erkännandet av risker för patienter på sjukhus	<u>Design:</u> Kvalitativ design <u>Urval:</u> Sjuksköterskor som jobbar med patienter samt administrativt, andningsterapeuter, och ST-läkare <u>Datainsamling:</u> Intervjuer i grupp <u>Analys:</u> Innehållet från intervjuerna transkriberades och kodades. De delade upp intervjuerna i olika teman och underteman.	31 (669)	De teman som framkom kring var som påverkade situationsnärvaron var team-baserad omvårdnad, tillgänglighet av data samt standardiserade processer och rutiner. I varje tema fanns underteman, dessa var sociala, teknologiska eller organisatoriska. I team-baserad omvårdnad handlade det om kommunikation, huruvida man kunde uttrycka egna förslag i teamet. Sjuksköterskor tog upp hur viktigt det är med att data är tillgänglig då det hjälper de förstå om en patient blir sämre. Dock användes inte de objektiva algoritmerna på ett standardiserat sätt av personalgruppen. Vad gällde standardiserade processer upplevde många sjuksköterskor att oerfarna sjuksköterskor hade svårigheter med de processerna. Deltagarna tog också upp att kommunikationen har blivit bättre mellan sjuksköterskor och läkare då man börjat använda samma språk och terminologi. Vad gäller kontinuitet i vården så ansåg deltagarna att det inte var bra nog då man kunde ha nya patienter varje dag.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Chipp, E., Wills, E. C., Tanda, R., Patterson, E. S., Elfrink, V., Brodnik, M., Schweikhart, N. 2011 USA	Registered nurses' judgement of the classification and risk level of patient care errors	Att undersöka hur, och hur likartat, sjuksköterskor klassificerade och värderade risksituationer, fel och misstag i vården	<u>Design:</u> Deskriptiv tvärsnittsstudie <u>Urval:</u> Alla som var medlemmar och mottog mail från the Ohio Nurses Association <u>Datainsamling:</u> En webbaserad enkät skickades ut via mail. <u>Analys:</u> Datan sammanställdes och sorterades efter standardiserade klassificeringar och bedömningsinstrument.	247 (5969)	Ett mönster identifierades där sjuksköterskor med längre erfarenhet klassificerade graden av felbehandling, och vilka konsekvenser det kunde anses ha för patienterna, högre än de med kortare erfarenhet.	K II
Goulding, L., Adamson, J., Watt, I., Wright, J. 2011 UK	Patient safety in patients who occupy beds on clinically inappropriate wards: A qualitative interview study with NHS staff	Att utforska de anställdas uppfattning och erfarenhet av de bidragande faktorerna som kan underbygga patientsäkerhets- risker för patienter som ligger på "fel" avdelning	<u>Design:</u> Kvalitativ <u>Urval:</u> Deltagarna valdes ut från flera olika professioner samt avdelningar för att få variation. Deltagarna består av sjuksköterskor, chefer och vårdpersonal. <u>Datainsamling:</u> Data samlades in genom semistrukturerade intervjuer. <u>Analys:</u> Intervjuerna transkriberades och flera teman identifierades.	29 (0)	I två av grupperna framkom det en tydlig oro för när patienter hamnade på "fel" avdelning, då arbetet ofta tog längre tid vilket resulterade i en kedjeeffekt av försening under hela arbetspasset. Deltagarna upplevde också kommunikationen kring dessa patienter som svår, en deltagare hade även varit med om ett tillfälle där en patient de var ansvariga för glömdes bort då hen var på en annan avdelning. Samarbetet mellan ansvarig sjuksköterska och läkare upplevdes också som svårt då dessa inte vanligtvis arbetar tillsammans. Deltagarna uttryckte även en oro inför bristen på kompetens. Ansvarig sjuksköterska är inte bekant med symptom och sjukdomsförlopp, dessutom måste sjuksköterskan hantera nya läkemedel. Läkemedel som dessutom inte var tillgängliga på avdelningen. Deltagarna tog också upp att "felplacerade" patienter antogs vara stabila och medicinskt färdigbehandlade, vilket ledde till att dessa patienter inte blev prioriterade.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Groves, P. S., Finfgeld- Connett, D., Wakefield, B. J. 2012 USA	It's always something: Hospital nurses managing risk	Att beskriva processen för hur sjuksköterskor håller sina patienter säkra inom ramarna för sjukhusets säkerhetskultur	<u>Design:</u> Kvalitativ design <u>Urval:</u> Legitimerade sjuksköterskor som arbetade med patienter på avdelning där man behandlade vuxna, samt minst ett år erfarenhet. <u>Datainsamling:</u> Semi-strukturerade intervjuer. <u>Analys:</u> Analysen skedde samtidigt som intervjuerna fortsatte. Intervjuerna avkodades direkt efter transkriptionen, och delades upp i mindre delar och därefter delades in i olika teman.	12 (0)	Resultatet beskrivs i form av en teori som kretsar kring riskbedömning och igenkänning av risker. Utifrån dessa teman utgår sedan prioriteringar och förebyggande åtgärder för att hålla patienterna säkra. Studiedeltagarna beskrev två strategier som möjliggjorde säkra riskbedömningar. Dessa bestod av att skapa sig en helhetsbild över sina patienters tillstånd, resurser och möjligheter eller/och att lära känna dem. Att skapa sig en helhetsbild genom traditionell insamling av data genom patientjournaler och exempelvis fallriskbedömningar uppfattades som en begränsad strategi. För att kunna göra en säker riskbedömning ansågs det även vara nödvändigt att lära känna och etablera en relation med patienten; något som behövde få ta sin tid. Förmågan att känna igen risker beskrevs som något som kom ur kunskapen om vad som kan betraktas som normalt så att avvikelser kan kännas igen; en strategi som problematiserades utifrån generella antaganden kan resultera i felbedömningar.	K II
Isaac, C., Behar- Horenstein, L. S., Davis, C. A., Graff, R. 2011 USA	Hospital safety: perceptual paradox	Att bedöma hur patienter och sjuksköterskor på kirurgi- samt medicin-avdelningar upplever patientsäkerheten i relation till de statliga målen för patientsäkerhet	<u>Design:</u> Deskriptiv tvärsnittsstudie <u>Urval:</u> Bekvämlighetsurval av legitimerade sjuksköterskor och patienter. <u>Datainsamling:</u> Patienterna intervjuades under en 6-veckors period. Enkäter för sjuksköterskor delades ut till olika sjuksköterskeexpeditioner. <u>Analys:</u> Innehållet från intervjuerna transkriberades och kodades direkt efter. För att säkerställa studiens "validitet" var transkriptionerna "peer-reviewed" av en annan författare.	45+12 (0)	Patienterna fick betygsätta olika områden under intervjuerna. På frågan om de kände att de hade kontroll över kvaliteten på vården de fick var genomsnittet 7.29. Genomsnittet för hur säkra de ansåg byggnaden var var 8.74. Patienterna fick också beskriva deras vårdtid med tre ord, de mest förekommande orden var bekväm eller omsorgsfull, väldigt bra eller strålande samt säker eller säkerhet. Det mest negativa beskrivande ordet var "frustration". Generellt så kände patienterna inte bekväma med att yttra oro kring deras vård. Några av patienterna kunde även rapportera om medicinfel under deras vårdtid, då de yttrat att de inte brukar ta en speciell tablett men sjuksköterskan hade då ignorerat. I enkäten fick sjuksköterskor svara på hur stor kontroll de tyckte att de hade över kvaliteten på vården, genomsnittet var 6.6 av 10. På frågan hur säkra de tyckte att byggnaden var för patienten var genomsnittet 7.2. 8 av de 10 sjuksköterskorna uppgav att de hade fått tillräcklig träning för att säkerställa säker vård, samtidigt som 9 rapporterade att de tyckte att kollegorna inte var tillräckligt utbildade.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Jangland, E., Nyberg, B., Yngman-Uhlin, P. 2016 Sverige	It's a matter of patient safety?: understanding challenges in everyday clinical practice for achieving good care on the surgical ward - a qualitative study	Att utforska situationer och processer som styrker eller hindrar bra säker vård på en kirurgisk avdelning	<u>Design:</u> Kvalitativ design <u>Urval:</u> Deltagarna var ledare på olika positioner, fyra var läkare med enhetsansvar och 6 var chefsjuksköterskor. Deltagarna var strategiskt utvalda baserat på ålder, kön, erfarenhet, vilket sjukhus de arbetade på samt i vilken region. <u>Datainsamling:</u> Man genomförde två semistrukturerade intervjuer med varje deltagare <u>Analys:</u> Datan analyserades med systematisk sammanställning av text.	10 (0)	Deltagarna beskrev situationer och processer som både gynnade och hindrade god vård. Dessa kretsade kring höga krav på effektivitet och produktion, hög personalomsättning, med kompetensförlust som följd, bland sjuksköterskor, en traditionell hierarkisk vårdkultur samt vaga mål- och ansvarsformuleringar. Ett exempel på situation som ansågs hindra god och säker vård var att för svårt sjuka patienter vårdades på fel avdelningar, vilket ansågs leda till negativa konsekvenser för patienterna. Deltagarna beskrev även att brist på erfarna sjuksköterskor var ett hinder för att bedriva och utveckla en evidensbaserad vård. Ytterligare exempel var att mål och strategier kring behandlingar av patienter ofta skiftade pga läkarnas rullande schema.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Kreckler, S., Catchpole, K., Bottomley, M., Handa, A., Mcculloch, P. 2008 UK	Interruptions during drug rounds: an observational study	Undersöka frekvensen, typen och varaktigheten av avbrott under perioder då sjuksköterskor iordningställde och administrerade läkemedel.	<p><u>Design:</u> Tvärsnittsstudie</p> <p><u>Urval:</u> Bekvämlighetsurval av tillgängliga sjuksköterskor, under en period om fem veckor, på en akutavdelning. Antal observerade sjuksköterskor redovisas inte.</p> <p><u>Datainsamling:</u> Sjuksköterskor på en akutavdelning observerades vid 38 tillfällen under 5 veckor när de iordningställde och administrerade läkemedel till patienter de ansvarade för. Antalet tillfällen, och duration, då sjuksköterskorna blev störda eller avbrutna under dessa arbetsmoment dokumenterades. Arbetsmomenten som observerades beskrevs som läkemedelsronder, enligt vår fria översättning. Starten för en läkemedelsrond fastslogs vid öppnandet av den första läkemedelsförpackningen och ansågs vara avslutad när sjuksköterskorna administrerat samtliga läkemedelsordinationer för den aktuella tidpunkten och dagen. Läkemedelsronder ägde rum tre gånger varje dag.</p> <p><u>Analys:</u> Datan bearbetades statistiskt och fynden sorterades i tabeller som listade antal avbrott, duration och orsak till avbrotten.</p>	Redovisas ej	Totalt uppmättes 99 avbrott under 38 observationstillfällen. I genomsnitt spenderade sjuksköterskorna 11 % av tiden under varje läkemedelsrond med att hantera dessa avbrott. 14 % av de observerade läkemedelsronderna genomfördes utan avbrott och störningar, men vid närmare 50 % inträffade störningar och avbrott vid två tillfällen eller fler. Hälften av samtliga avbrott varade under mer än 30 sekunder. De flesta avbrotten initierades av sjuksköterskorna själva, exempelvis för att uppmärksamma en patient eller leta efter utrustning, och av läkare. Andra personer och skeenden som avbröt var patienter, anhöriga, övriga personer och olika larm. Avbrotten med längst duration orsakades av telefonsamtal.	P II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Lawton, R., Carruthers, S., Gardner, P., Wright, J., & McEachan, R. R. C. 2012 UK	Identifying the latent failures underpinning medication administration errors: An exploratory study	Att identifiera och undersöka svagheter i säkerhetskulturen som kan underbygga och upprätthålla latent risker för medicineringsfel	<u>Design:</u> Tvärsnittsstudie med kvalitativ design. <u>Urval:</u> 19 deltagare varav 8 bestod av chefssjuksköterskor och 11 av sjuksköterskestudenter och legitimerade sjuksköterskor. Deltagarna rekryterades från 3 olika medicinavdelningar. <u>Datainsamling:</u> 19 intervjuer <u>Analys:</u> Intervjuerna utfördes, spelades in och transkriberades. Sedan belystes datan utifrån teman. Utomstående granskare användes för att säkra tillförlitligheten i analysen.	19 (14)	10 huvudteman identifierades. Ett av dessa var särskilt framträdande; Ward climate, vilket vi översätter fritt till avdelningskultur. Temat beskrevs som den övergripande atmosfären på en sjukhusavdelning som bestäms av outtalade regler, delade antaganden och normer, som hade utvecklats över tid. Avdelningskulturen beskrevs som något som förmår individer, från alla professioner, och team att anpassa sig efter den rådande miljön. Inom ramarna för detta huvudtema rymdes värderingar som att det är bättre att vara noggrann än snabb vid läkemedelshandling och att det är positivt att vara engagerad i omvårdnaden av patienter. Flera chefssjuksköterskor menade att medarbetare som bara utför sitt jobb, utan att hysa en inre motivation att vårda, var mindre benägna att upprätthålla en säker vård. Resultatet beskriver fler värderingar och attityder som ansågs relatera till bland annat upprätthållandet av hierarkier och dåligt självförtroende hos sjuksköterskor. Dessa ansågs leda till brister i säkerhetskulturen. Resterande huvudteman utgjordes av personalfrågor, lokal arbetsmiljö, arbetsbörda, rutiner, förvaltning av sängar, teamkommunikation, riktlinjer, handledning och ledarskap samt utbildning.	K II
Liu, L-F., Lee, S., Chia, P-F., Chi, S-C., Yin. 2012 Taiwan	Exploring the association between nurse workload and nurse-sensitive patient safety outcome indicators	Att öka kunskapen om sjuksköterskors arbetsbelastning samt undersökas förhållande till inträffade vårdskador	<u>Design:</u> Tvärsnittsstudie <u>Urval:</u> 1 358 medlemmar från Taiwan Province Union of Nurses Associations. <u>Datainsamling:</u> Loggbok/formulär som samlade demografiska uppgifter som ålder och utbildning. Information om t ex antalet år av erfarenhet; samt variabler som arbetsbelastning, övertid och antal patienter som deltagarna ansvarade för under ett arbetspass, de fick även fylla i förekomsten av 8 indikatorer för vårdskador. <u>Analys:</u> Förhållandena mellan insamlade uppgifter och indikatorer jämfördes i en statistisk analys.	1358 (142)	Resultatet visade en signifikant korrelation mellan ett ökat antal vårdskador och övertid. 60.4 % av de beskrivna arbetspassen inkluderade minst 30 minuters övertid. Studien visar i synnerhet att risken för 6 vanliga vårdskador ökade när sjuksköterskorna ansvarade för fler än 7 patienter. Risken för att patienterna skulle drabbas av trycksår ökade från 5.7 % vid 7 patienter per sjuksköterska till 13 % när en sjuksköterska ansvarade för över 11 patienter. I 5200 av de analyserade arbetspassen ansvarade sjuksköterskorna för 11 patienter eller fler.	P I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Nagpal, K., Arora, S., Vats, A., Wong, H. W., Sevdalis, N., Vincent, C., Moorthy, K. 2012 UK	Failures in communication and information transfer across the surgical care pathway: interview study	Utforska informationsöverföring och kommunikation (ICT) på hela kirurgiska avdelningen	<u>Design:</u> Kvalitativ <u>Urval:</u> valdes med hjälp av en ram för kvalitativt urval, för att säkra ett brett spektra av deltagare. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer utfördes av författare. <u>Analys:</u> Intervjuerna kodades och transkripterades.	18 (0)	Alla ICT-händelser involverar tre komponenter: källan, överföring och mottagare. Första temat, preoperativt bedömning och optimeringsfas, visade att felet oftast uppstår i överföringen av information. Olika källor för information är också ett riskområde, då informationen ej är samlad. Andra temat var samarbetet före operation. Här låg det största problemet hos källan, då dålig informationsöverföring innan operation ledde till att andra rutiner före operation glömdes bort. Tredje temat var postoperativ överlämning. Många av felet berodde på dålig överlämning, information saknades eller mycket onödigt information. Eftersom kirurgpersonalen inte är med vid överlämnandet kan det också leda till att viktig information inte förs vidare. Fjärde och sista temat var daglig omvårdnad på avdelning. Felet i detta tema berodde på underbemanning, många överrapporterings samt många olika team. Orsaker till ICT-händelser klassificerades och vanligast var arbetsmiljö-, därefter uppgift-, individuella-, organisatoriska- samt teamfaktorer. Effekterna av ICT-händelser upplevde alla deltagare kunde kopplas till risk för patientsäkerheten. Deltagarna tyckte också att ICT-händelser påverkade deras möjlighet till ett gott samarbete och bidrog till stress.	K II
Roger, E. A., Dean, E. G., Hwang, W-T., Scott D. L. 2007 USA	Role of registered nurses in error prevention, discovery and correction	Att beskriva typen av och frekvensen av behandlingsfel upptäckta av sjuksköterskor, samt att fastställa vem som orsakade felet	<u>Design:</u> Deskriptiv tvärsnittsstudie <u>Urval:</u> Sjuksköterskor som arbetade minst 36 h/mån samt arbetade nära patienten, sjuksköterskor som var specialiserade fick ej delta. <u>Datainsamling:</u> Deltagarna fick skriva i en loggbok under 28 dagar. De loggade sin sömn och sitt humör varje dag, samt att fick de skriva om ytterligare 17 områden relaterat till arbetet. <u>Analys:</u> Först sammanfattades allas loggböcker. All data angående att upptäcka fel delades in i fem kategorier, som sedan kunde delas upp i underkategorier.	502 (4759)	Totalt upptäcktes 367 behandlingsfel av studiens deltagare. Antalet upptäckta fel av varje deltagare varierade mellan 12 till 0 fel. Medicineringsfel var det mest vanliga felet deltagarna upptäckte (44,4%). Behandlingsfel gjorda av andra sjuksköterskor var det mest förekommande felet, följt av läkare. Endast 43 behandlingsfel (11,7%) var upptäckta innan de nådde patienten. Resultatet visar att sjuksköterskorna ägnade sig åt att korrigera både sina egna misstag och andras.	P II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Seynaeve, S., Verbrugge, W., Claes, B., Vandenplas, D., Reyntiens, D., Philippe G. J. 2011 Belgien	Adverse drug events in intensive care units: A cross-sectional study of prevalence and risk factors	Att bedöma egenskaperna kring läkemedelsrelaterade vårdskador som drabbat patienter på en intensivvårdsvdelning; samt att fastställa allvarlighetsgrad i förhållande till sjuksköterskornas arbetsbelastning vid tiden då händelserna inträffade.	<u>Design:</u> Tvärsnittsstudie <u>Urval:</u> Patienter över 18 år som vårdats under minst två dagar. <u>Datainsamling:</u> Datan extraherades randomiserat ut ett stratifierat urval av samtliga patienter som passade kriterierna. Detta sköttes av en utvald insamlare som kodade och blindade informationen innan den lämnades över till forskarna som utförde analysen. All information kring patienternas vård och omvårdnad under vistelsen på avdelningen samlades in under tiden för studien. <u>Analys:</u> Variabler sammanställdes med hjälp av elektronisk screening av patientjournaler, standardiserade skattningsskalor för att klassificera vårdskador och sjuksköterskornas arbetsmönster, bemanning samt arbetsbelastning. Sedan utfördes statistisk analys av dessa variabler.	79 (0)	De tre mest frekventa vårdskadorna (78 %) som uppmättes var händelser där patienter drabbades av hypoglykemi, förlängd aktiverad partiell tromboplastintid och hypokalcemi. Av dessa klassades förlängd aktiverad partiell tromboplastintid som de allvarligaste då detta leder till en ökad blödningsrisk som resulterar i att patienterna måste vårdas under längre tid. Det resultat som bedöms som mest relevant för syftet som vårt självständiga arbete ska svara mot är det som berör sjuksköterskornas arbetsbelastning. Vårdskadornas incidens korrelerade signifikant med sjuksköterskornas arbetsbelastning. Patienterna drabbades av hypoglykemi i en signifikant högre omfattning under nätterna trots att insulin administrerades främst under dag- och nattskiftet. Man fann även att förekomsten av vårdskador var signifikant högre under dagar och tider då sjuksköterskornas arbetsbelastning uppmättes som högst.	P I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Speroni, G., K., Fisher, J., Dennis, M., Daniel, M. 2013 USA	What causes near-misses and how are they mitigated?	Att undersöka vilka strukturella och personrelaterade faktorer som sjuksköterskor ansåg ha orsakat situationer där risk för vårdskada uppstått, samt att undersöka vilka strategier som använts till att förhindra att riskerna lett till vårdskador.	<u>Design:</u> Kvalitativ <u>Urval:</u> Bekvämlighetsurval av legitimerade sjuksköterskor anställda på ett sjukhus i nordöstra USA. <u>Datainsamling:</u> Självrapportering genom frågeformulär och loggbok. <u>Analys:</u> Beskrivna risksituationer, orsaker och strategier sorterades in under två förbestämda teman.	123 (0)	De huvudsakliga strukturella faktorerna var arbetsrelaterade; exempelvis avbrott och distraktion i arbetet samt bristande kommunikation mellan kollegor om patienter. De huvudsakliga personrelaterade faktorerna var bristande följsamhet till rutiner och riktlinjer. Detta följt av beslut som beskrevs som olämpliga, och som fattats av enskilda personer på eget bevåg, samt bristande kritiskt tänkande i stunden. Sjuksköterskorna rapporterade om sammanlagt 123 fall där risk för vårdskada hade uppstått. De bakomliggande faktorerna som beskrivits delades in i två kategorier av författarna till studien; strukturella och personrelaterade faktorer. Totalt beskrevs 229 strukturella faktorer och 283 personrelaterade faktorer som bakomliggande orsaker till de 123 fallen	K II
Vogus, T. J., Cooil, B., Sitterding, M., Everett, L. Q. 2014 USA	Safety organizing, emotional exhaustion, and turnover in hospital nursing units	Undersöka om, och under vilka omständigheter, säkerhetsorganisering påverkar sjuksköterskors emotionella utmattning och personalomsättning på sjuksköterskor	<u>Design:</u> Prospektiv tvärsnittsstudie <u>Urval:</u> Bekvämlighetsurval. Legitimerade sjuksköterskor, och chefssjuksköterskor, från 50 olika avdelningar på tre amerikanska sjukhus. <u>Datainsamling:</u> <u>Analys:</u> Statistisk analys av relationen mellan fyra förhållanden: Personalomsättningen bland sjuksköterskor, nivåer av uppmätt utmattning hos anställda sjuksköterskor, antalet inträffade vårdskador samt säkerhetsorganisatoriska åtgärder.	1352 (1220)	Resultatet visade att säkerhetsorganisatoriska åtgärder på avdelningar med ett högt antal rapporterade vårdskador minskade graden av utmattning hos de anställda sjuksköterskorna. Resultatet visar även på motsatsen; att graden av utmattning hos sjuksköterskor ökade när graden av säkerhetsorganisatoriska åtgärder var hög på avdelningar där patienter inte drabbades av vårdskador. Vidare visade resultatet att en ökning av säkerhetsorganisatoriska insatser korrelerar med en lägre omsättning bland anställda sjuksköterskor. Resultatet visar att förhållandet mellan personalomsättning, utmattning, antalet vårdskador och säkerhetsorganisation förändras efter kontexten.	P I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet