

**SJUKSKÖTERSORS UPPLEVELSER AV ARBETSRELATERAD
STRESS OCH DESS PÅVERKAN PÅ PATIENTSÄKERHETEN**

En intervjustudie

**NURSES' EXPERIENCES OF WORK-RELATED STRESS AND IT'S
AFFECT ON PATIENT SAFETY**

An interview study

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning akutsjukvård, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examensdatum: [Klicka här för att ange datum.](#)
Kurs: Ht18

Författare:
Emilie Albertsson

Malin Lenmark

Handledare:
Taina Sormunen

Examinator:
Åsa Craftman

SAMMANFATTNING

Akutsjukvården identifierar och behandlar patienter som är kritiskt sjuka. Med triagering som används på det flesta akutmottagningar i Sverige, rangordnas patienterna utifrån olika kriterier och patienterna prioriteras utifrån dem som omedelbart behöver träffa en läkare och de som kan vänta. Sjuksköterskans ansvar är att prioritera vilken patient som får vård först, ge avancerad omvårdnad och utifrån symtom kunna identifiera eventuella livshotande tillstånd. Arbetet på akutmottagningar är ofta stressigt med hög belastning. Det höga flödet av patienter gör att sjuksköterskan får en hög arbetsbörda och tidspress att utföra uppgifter. Vid hög arbetsbelastning utlöses en reaktion på stress och när det inte finns tillräcklig tid för återhämtning mellan perioderna av stress ökar risken för ohälsa. Vid hög arbetsbelastning ökar risken för misstag och då ökar också risken att det blir patientsäkert.

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av arbetsrelaterad stress och hur det kan påverka patientsäkerheten ur ett omvårdnadsperspektiv.

Intervjuer med sjuksköterskor från två akutmottagningar i Sverige genomfördes. Intervjuerna transkriberades sedan och analyserades i en textnära analys där meningensheter som svarade mot syftet plockades ut och kodades för att sedan sorteras in i underkategorier och slutligen kategorier.

Flertalet av de intervjuade sjuksköterskorna beskrev kroppsliga symptom på stress. Tryck över bröstet, svårigheter att varva ned och slappna av efter arbetspassen och orkeslöshet beskrevs som symptom. Det som sjuksköterskorna upplevde som arbetsrelaterad stress var när det var ett stort patientantal och när patienterna fick vänta länge. Men också när utrustning eller material saknades eller var trasig. Sjuksköterskorna upplevde att när det var hög arbetsbelastning ökade risken att göra misstag. Vid hög arbetsbelastning ansågs omvårdnaden bli lidande, något som negativt påverkade patientsäkerheten. För att främja patientsäkerheten tog sjuksköterskorna hjälp av varandra eller sin undersköterska, kommunicerade eller frågade om råd från de mer erfarna sjuksköterskorna. Flertalet sjuksköterskor försökte planera och strukturera upp de uppgifter de hade att göra för att få kontroll och en överblick.

Arbetsrelaterad stress var vanligt förekommande inom akutsjukvården på grund av den höga arbetsbelastningen. Risken för patienternas säkerhet ökade vid stort antal patienter och längre väntetider. Det blev bristande kvalitet på omvårdnaden och det som prioriterades bort är patienternas basala behov till fördel för något som ansågs mer akut.

Nyckelord: Arbetsrelaterad stress, akutmottagning, patientsäkerhet, omvårdnad

ABSTRACT

Emergency care identifies and treats patients who are critically ill. With triage used at most emergency departments in Sweden, the patients are ranked according to different criteria and the patients are prioritized based on those who immediately need to meet a doctor and those who can wait. The nurse's responsibility is to prioritize which patients that are in need of care primarily, provide advanced nursing care and based on symptoms, be able to identify any life-threatening conditions. The work in the emergency department is frequently stressful with a high flow of patients and time pressure to perform task resulting in a high workload for the nurses. At high workloads, a reaction to stress is triggered and when there is not enough time for recovery between the periods of stress, the risk of it negatively affecting the health of the hospital staff increases. At high workload the risk of mistakes being made is higher and the risk of patient safety being affected is also increased.

The aim of the study was to describe the nurses' experiences of work-related stress and how it can affect patient safety from a nursing perspective.

Interviews with nurses from two emergency departments in Sweden were conducted. The interviews were then transcribed and analyzed in a textual analysis where sentence units that responded to the aim of the study were picked and coded to then be sorted into subcategories and finally categories.

Several of the interviewed nurses described bodily symptoms of stress. Tightness over the chest, difficulty to unwind and fatigue were symptoms described by the nurses. What the nurses experienced as work-related stress was when there was a large number of patients and when the waiting time for the patients was long. Missing or dysfunctional equipment and materials was also considered a stressing factor. The nurses felt that when there was a high workload, the risk of making mistakes increased. At a high workload nursing care was considered to be suffering, which negatively affected patient safety. To promote patient safety, the nurses took help from each other or their nurses aids, communicated with each other or asked for advice from a more experienced nurse. Most nurses tried to plan and structure the tasks they had to do to get control and an overview.

Work-related stress was common in emergency rooms due to the high workload. The risk of patient safety being affected increases when there is a high number of patients and the waiting times are long. The quality of the nursing care is negatively affected as the patient's basic needs are not prioritized in situations when something else is considered more acute.

Keywords: Work-related stress, emergency department, patient safety, nursing.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Akutsjukvård.....	1
STRESS	3
Arbetsrelaterad stress i vården	4
Patientsäkerhet	4
Problemformulering.....	6
SYFTE	6
METOD	7
Ansats och Design.....	7
Urval	7
Datainsamling och genomförande	7
Databearbetning	8
Dataanalys.....	9
Forskningsetiska överväganden.....	10
RESULTAT	10
DISKUSSION	15
Resultatdiskussion	15
Metoddiskussion	18
SLUTSATS	22
Klinisk tillämpbarhet	22
REFERENSER	24
Sammanfattning av ARBETETS upplägg och innehåll	2
Sammanfattning av ARBETETS upplägg och innehåll	7

Bilaga A- Brev till verksamhetschef

Bilaga B- Forskningspersonsinformation

Bilaga C- Intervjuguide

INLEDNING

En del sjuksköterskor på akutmottagningar väljer att säga upp sig till följd av hög arbetsbelastning, stort ansvar, otillräcklig bemanning, etisk stress och utbrändhet (Wolf, Perhats, Delao, Clark & Moon, 2017). Den arbetsrelaterade stressen som upplevs på akutmottagningar kan påverka personalens psykiska och fysiska hälsa (Yuwanich, Sandmark & Akhavan, 2015). Faktorer som anses bidra till stress är tung arbetsbelastning, hot och våld och känslan av att inte kunna ge tillräcklig omvårdnad (Abraham et al., 2018). Vid stress kan vården som bedrivs av sjuksköterskan påverkas vilket kan ge nedsatt kvalitet på omvårdnaden och även påverka patientsäkerheten (Yuwanich, Sandmark & Akhavan, 2015). Vid bristande patientsäkerhet under en vårdkontakt kan patienten komma till skada vilket kan ge ökat lidande och förlängd sjukdomstid (World Health Organization [WHO], 2016).

BAKGRUND

Akutsjukvård

Vid utförandet av akutsjukvård identifieras och behandlas patienter som är kritiskt sjuka. Inom akutsjukvården omhändertas patienter med allvarlig svikt i vitala funktioner och akutsjukvård utförs i prehospitalet miljö, på akutmottagningar samt i andra delar av sjukvården där behovet uppstått (Schell et al., 2018). Triagering förekommer på de flesta akutmottagningar i Sverige. Med hjälp av vitalparametrar som puls, andningsfrekvens, pulsoximetri, blodtryck, temp och medvetandegrad tillsammans med den insamlade anamnesen och patientens symtom identifieras de patienter som omedelbart behöver omhändertas och de som kan vänta (Hansson, 2014).

För en patientsäker och effektiv akutsjukvård är det viktigt att personalen gör korrekta bedömningar, rangordnar och tillgodoser patientens behov. En tidig och korrekt bedömning samt att snabbt påbörja undersökningarna är väsentligt för snabba beslut om patientens behov av fortsatt vård på akutmottagning eller inläggning på vårdavdelning (Morgan & Wood, 2013). Arbetspassen på en akutmottagning är oförutsägbara eftersom personalen inte vet innan vilka sjukdomstillstånd patienterna drabbats av som kommer in (Adrienssens, De Gucht & Maes, 2015).

Sjuksköterskans professionella ansvar på en akutmottagning

Graden av kompetens i form av utbildning och erfarenhet hos sjuksköterskan har visat sig ha samband med patientens välbefinnande och säkerhet. Vid omhändertagandet av personer som drabbats av plötslig ohälsa krävs unik kompetens hos personalen för att kunna prioritera i patientflödet och för att kunna vårda akut sjuka personer oavsett ålder, sjukdomstillstånd och om patientens sjukdomshistoria är känd eller inte (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Personalen skall känna till riktlinjer och rutiner samt vara utbildad i avancerad hjärt- och lungräddning. Flera personalkategorier, däribland läkare, sjuksköterskor och undersköterskor ingår i de team som omhändertar de akut sjuka patienterna (Fryckstedt, Hulting, Höjer & Ludwigs 2014).

Inom teamet som arbetar på akutmottagningar ingår ofta sjuksköterskor med specialistutbildning inom akutsjukvård. Enligt kompetensbeskrivningen för

akutsjuksköterskor ingår det att ha handlingsberedskap och förmåga att prioritera vid akuta vårdssituationer. Hen ska vara beredd inför det oväntade och ska kunna ge avancerad omvårdnad och utefter symtom och tecken kunna identifiera potentiella livshotande tillstånd. Utefter dessa tillstånd ska hen kunna påbörja medicinsk utredning och initiera eventuell behandling. Akutsjuksköterskan förväntas stärka sin yrkesutövning, professionella roll och sitt yrkesetiska förhållningssätt och arbetar för en hållbar, personcentrerad, evidensbaserad och säker akutsjukvård för patienten. Akutsjuksköterskan ska precis som den grundutbildade sjuksköterskan på akutmottagningen bedriva vård efter sjuksköterskans grundläggande ansvarsområden som är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. De ska tillgodose omvårdnaden och ska vårda med respekt för de mänskliga rättigheterna (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Inom omvårdnaden ingår medicinska behandlingar, förebyggande av komplikationer och övervakning vitala funktioner hos patienten. Patienten har rätt att få stöd och hjälp med omvårdnadsåtgärder som innefattar bland annat personlig hygien, lindring av oro och smärta och hjälp med mobilisering. Dessa åtgärder utförs med respekt för individen och utifrån individens egen situation, patientens integritet ska bevaras och patienten har rätt till känsla av välbefinnande (Fröjd, Larsson & Wallin, 2016).

Förutom att vara ansvarig för omvårdnaden av patienten har sjuksköterskan stor del i kontakten mellan patient, dess anhöriga och läkaren. Att triagera, dokumentera och utföra ordinerad behandling ingår även i sjuksköterskans arbetsuppgifter. Sjuksköterskan är den person som är den första att träffa patienten och initierar omhändertagandet till dess att läkare är på plats (Yuwanich, Sandmark & Akhavan, 2015). Inkluderat arbetsuppgifterna ingår det för den enskilda sjuksköterskan att vara ledningsansvarig. Sjuksköterskan ska då ha en översikt över patientbelastningen och personalteamen, omfördela personal och resurser för att tillgodose kvalitén på vården och patientsäkerheten samt ta ansvar i övervakningen och säkerställandet av patientflödet (Husebø & Olsen 2019).

Psykosocial arbetsmiljö på en akutmottagning

På grund av arbetsbelastningen är det inte ovanligt att sjuksköterskor på akutmottagningar upplever arbetsrelaterad stress (Yuwanich, Sandmark & Akhavan, 2015). Under arbetet på akutmottagningar förekommer det ofta att personalen känner sig överbelastad och upplever tidspress. Den tid som finns tillgänglig för att utföra uppgifter är ofta begränsad vilket resulterar i ett påskyndat agerande, något som ofta skapar oro att göra fel samt att personalen inte känner tillfredsställelse med vården som givits. Personalen får möta patientens och närståendes reaktioner på både nydiagnostiserade eller förvärrade sjukdomstillstånd och de kommer regelbundet i kontakt med avlidna patienter och måste då bemöta deras anhöriga (Wilson et al., 2017).

Person, Spiva och Hart (2013) menar att vid ett högt patientflöde kan arbetsmiljön bli mer stressad och kaotisk vilket kan leda till att sjuksköterskorna blir mer stressade och frustrerade över platsbristen och arbetsflödet. En studie av Eriksson, Gellerstedt, Hillerås och Craftman (2017) visar att akutmottagningar inte är utformade för att bedriva vård under en längre tid. Sjuksköterskorna i studien upplevde att det var krävande och stressigt med ett stort antal patienter och patientsäkerheten blev hotad då det inte fanns larm till alla bäddar eller att patienter glömdes bort på grund av omfattande runtflyttande. Samma resultat visades i Kilcoyne och Dowlings (2007) studie där sjuksköterskorna beskrev att bristen på utrymme på akutmottagningen ledde till stora hinder i patientvården, säkerheten för patienterna samt infektionskontroll. Ökat patientflöde kan ge ökad arbetsbelastning vilket leder till ökad stress

bland sjuksköterskorna, längre väntetider för patienterna och risken för att de blir felbehandlade ökar.

Rozo, Olson, Thu och Stutzman (2017) kom i sin studie fram till att huvudorsaken till undermålig arbetsmiljö på akutmottagningar var överbeläggningar och högt patientflöde. Det i kombination med underbemanning ledde till att sjuksköterskorna var tvungna att ta extra skift, jobba längre skift och ta extra ansvar som bidrog till arbetsbördan. Sjuksköterskorna upplevde också att larmen inte alltid fungerade, brist på material och höga fysiska krav som en orsak till bristande arbetsmiljö. I en annan studie framkom det att när antalet patienter ökade och därmed behoven på akutmottagningen ökade inte personalresurserna i samma utsträckning. Sjuksköterskorna upplevde att de fick mindre tid att utföra kvalitetssäker vård och de oroades sig över ansvar och säkerheten för patienterna och även för sig själva (Wolf et al., 2017). En högre emotionell utmattning och missnöje på jobbet visade sig i hög utsträckning vara kopplad till när det var ett högre patientantal i förhållande till sjuksköterskor. Sjuksköterskor som jobbar på avdelningar eller mottagningar där förhållandet mellan sjuksköterskor och patienter är högre visade i större utsträckning tecken på utbrändhet och missnöje på jobbet (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski & Silber, 2002).

STRESS

Stress är en reaktion som tidigare var väsentlig för att överleva men idag är det för individen sällan nödvändigt att kämpa fysiskt för att överleva. Inför ett verkligt hot eller om du är sen till tåget sker ungefär samma saker i kroppen. Vid psykiska ansträngningar som när arbetsbelastningen är hög eller någon gör en arg kan utlösa en reaktion på stress. Det är inte bara negativa situationer som leder till stress, utan inför positiva händelser kan stressen ge lite extra krafter för att klara av uppgiften (Engström, 2018).

När individen utsätts för stress sker fysiologiska reaktioner i kroppen och förberedelser sker för kamp eller flykt. Hjärtfrekvensen och vakenheten ökar. Neurokemiska och hormonella substanser frisätts som bland annat leder till att blod omdistribueras och områden som skelettmuskulatur och hjärna prioriteras. Om en individ utsätts för detta påslag under längre tid eller vid kortare tillfällen med för lite tid emellan så att det inte finns möjlighet för återhämtning uppstår både somatiska och psykiska symtom (Wiegner, 2013).

Symtom på stress

Somatiska symtom som kan uppstå vid långvarig stress är symtom från mag- och tarmkanalen, hjärt- och kärlsystemet samt smärtor i muskler och skelett. Dessutom förekommer ökad grad av infektioner, yrsel och huvudvärk. Kognitiva och psykiska symtom som kan förekomma är nedsatt minne, irritabilitet, ångest och nedstämdhet (Wiegner, 2013). Även enligt artikeln *Managing the stress of a challenging job* (2017) kan kronisk stress ge fysiska symtom som bland annat huvudvärk, ont i magen, orolig eller utebliven sömn, koncentrationssvårigheter, högt blodtryck och ett försvagat immunsystem. Yuwanich et al. (2015) menar även att stress kan ge nedsatt koncentrationsförmåga och omvårdnaden kan därmed påverkas med nedsatt kvalitet, vilket i sin tur kan leda till påverkad patientsäkerhet.

Sjuksköterskorna i Kilcoyne och Dowlings (2007) studie uttryckte också känslor av frustration, ilska, stress och att inte bli värdesatta. De upplevde också en maktlöshet som sjuksköterskor när den rådande arbetsmiljön blev en accepterad norm. Även i studien av Eriksson et al. (2017) beskrev sjuksköterskorna att de känt att de tappat kontrollen, att de var otillräckliga och hade bristfällig uppfattning över patienternas behov, välbefinnande och medicinsk behandling. Flertalet kände en känsla av att ha glömt någonting viktigt.

Arbetsrelaterad stress i vården

De faktorer som sjuksköterskor tycker är stressande är tung arbetsbelastning, våld på arbetsplatsen, exponering av smittsamma sjukdomar samt oförmåga att ge optimal omvårdnad (Abraham et al., 2018). Att vara den mest erfarna sjuksköterskan kan upplevas som en stressande faktor och det förekommer att sjuksköterskor känner sig ansvariga för de andra mindre erfarna sjuksköterskorna och även deras patienter om de varit den med mest erfarenhet skiftet (Wolf et al., 2017). Moola, Ehlers och Hattingh (2008) menar dock att sjuksköterskor inom akutsjukvård upplever två typer av stress, en positiv stress som håller dem fokuserade och ger lite extra kraft och en negativ stress som istället tröttar ut och ger fysiska och emotionella symtom. Dessa symtom kunde visa sig genom att sjuksköterskorna upplevde en ökad frustration, irritation, ilska, rädsla, överkänslighet och humörsvingningar.

Artikeln *Managing the stress of a challenging job* (2017) visar på att viss arbetsrelaterad stress kan vara nyttigt och det är viktigt att veta när stressnivån har blivit ohälsosam. Att känna sig trött, inte leva upp till kraven på arbetet och inte känna sig tillfredsställd med arbetet kan vara en upplevelse av ohälsosam stress. I en studie av de Jonge, van Vegchel, Shimazu, Schaufeli och Dormann (2010) framkom det att graden av kontroll på arbetet påverkade andra aspekter. Stress på arbetet samtidigt som de anställda upplevde en låg kontroll bidrog det till att de kände en låg tillfredsställelse på arbetet. Detta ledde även till fler psykosomatiska hälsoproblem över tid och resulterade i ökad sjukskrivning bland de anställda (ibid). Evanovich Zavotsky och Chan (2016) visade med sin studie att det som sjuksköterskorna rapporterade mest frekvent som ett etiskt trångmål var när läkare ordinerade vad som ansågs vara fel behandling när sjuksköterskorna själva tyckte att annan eller ingen behandling skulle ges. Andra etiska trångmål som rapporterades var att arbeta med osäker personal, dålig teamkommunikation samt att assistera personal som sjuksköterskorna inte ansåg som tillräckligt kompetenta. Sjuksköterskorna hade olika strategier för att hantera dessa etiska trångmål. Det kunde vara att planera, ha socialt stöd, positiv inramning och aktiv coping.

Patientsäkerhet

Vid säker vård ska patienter inte komma till skada i kontakten med hälso- och sjukvården eller till följd av att vården inte utför de åtgärder som är motiverade utifrån patientens kondition. Vårdskadan som kan uppstå definieras utifrån om lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom och dödsfall som med passande åtgärder kunnat undvikas. En vårdskada kan uppkomma till följd av den vård och behandling som givits patienten, samtidigt som en vårdskada kan uppstå av att patienten inte fått den vård som varit nödvändig (Socialstyrelsen, 2017a).

Världshälsoorganisationen har gjort en internationell klassifikation för patientsäkerhet och termerna som används vid klassificeringen är typ och egenskap av incidenten samt egenskap och utfall för patienten. Även bidragande faktorer och risker, organisatoriska resultat, upptäckt, förmildrande faktorer, samt förbättringar och åtgärder vidtagna för att minska risker används som koncept. Målet med klassificeringen är att skapa förståelse och ge standardiserade koncept och termer för att underlätta arbetet inom patientsäkerhet världen över (WHO, 2009).

Lagar och författningar

Enligt Patientsäkerhetslagen (SFS, 2010:659) definieras patientsäkerhet som skydd mot vårdskada och betyder att hälso-och sjukvårdspersonal har en skyldighet att upprätthålla hög

patientsäkerhet. Enligt Gustafson och Ahlberg (2017) ska personal inom hälso- och sjukvård utföra sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Patientsäkerhetslagen styr verksamhetens skyldighet att bedriva ett patientsäkerhetsarbete samt se över behörigheter och skyldigheter för personal inom hälso- och sjukvården. Avvikelse ska skrivas om skada eller risk för skada inträffat och beroende på skadans allvarlighetsgrad ska anmälan göras till Inspektionen av vård och omsorg [IVO], (HSFL-FS 2017:4)

Enligt Socialstyrelsen (2017b) förekommer ökat patientflöde och längre väntetider för patienter på akutmottagningar. Enligt en rapport från Socialstyrelsen (2018) har IVO granskat akutmottagningar i Sverige och kommit fram till att de förlängda väntetiderna kan leda till brister i patientsäkerheten för de patienter som väntar på plats på vårdavdelning. I en annan rapport från Socialstyrelsen (2018) framkom det att vid otillräcklig bemanning eller kompetens var ökad arbetsbelastning den konsekvens som tydligast märktes av. Det förhöjda patientflödet och höga arbetsbelastning kan medföra svårigheter att tillgodose patientens behov av omvårdnad. Även Ödegård (2013) menar att det finns riskområden inom patientsäkerheten och att förändringar både på strukturell och organisatorisk nivå har hög relevans då det påverkar förutsättningarna att utföra en säker vård för yrkesutövarna. Det som är viktigt att uppmärksamma är olika effektiviseringsåtgärder. Personalneddragningar är en åtgärd för att minska kostnader och som kan få negativa konsekvenser senare. Ett annat exempel är minskade antal vårdplatser och en ökad risk för att utlokaliserade patienter inte får optimal vård. Socialstyrelsen (2017c) menar att risken för vårdskador kan öka om patienten blir utlokaliserad och blir inskriven på en annan vårdenhet som inte har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten. Risk finns då för att patientens behov inte blir mött och att tillräcklig kompetens inte finns tillgänglig.

Patientens perspektiv

Enligt Hälso- och Sjukvårdslagen (SFS 2017:30) är optimal vård att “medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador” och alla patienter som söker sjukvård i Sverige har rätt till optimal vård. Vården ska bedrivas med god kvalitet med god hygienisk standard där bland annat patientens behov av trygghet och säkerhet tillgodoses.

Bristande patientsäkerhet under en vårdkontakt kan skada patienten, ge ökat lidande och förlängd sjukdomstid. Det kan också leda till andra konsekvenser som funktionsnedsättningar, förvärrad sjukdomstillstånd och skada som hade kunnats undvika och kan även leda till att patienten avlider (WHO, 2016). Enligt Världshälsoorganisationens (WHO, 2009) klassificering gällande utfall för patienten delas incidenterna in i typ av skada, sociala och ekonomiska konsekvenser och allvarlighetsgrad på skadan. Allvarlighetsgraden är indelad i en femgradig skala som sträcker sig från ingen skada, till mild, måttlig och svår skada. Högsta allvarlighetsgraden är att patienten avlider.

Sjuksköterskans perspektiv

Bidragande faktorer och risker inom personalen, arbetsmiljön, organisation samt externa faktorer som produkter, teknologi och infrastruktur ingår i klassificeringen av patientsäkerhet. Personalens egenskaper som deras beteende, som bland annat innefattar uppmärksamhet, distraktion och utmattning samt deras kognitiva egenskaper som förståelse, kunskap och förmåga att lösa problem ingår i begreppsramen för patientsäkerhet (WHO, 2009). All personal inom hälso- och sjukvården, däribland sjuksköterskor, har olika erfarenheter och egenskaper. Mänskliga faktorer som glömska, missuppfattningar, att vara trött och stressad kan leda till att fel uppstår genom felaktiga handlingar eller att handlingar utförts felaktigt (Gustafson & Ahlberg, 2017).

Enligt Zhang et al. (2016) är fel som kan förekomma inom bland annat diagnostik, att allvarlighetsgraden på patientens tillstånd förbises samt fel vid ordinerings och administrering av medicin. Mendes, Lopes, Vancini-Campanharo, Okuno och Batista (2018) menar att avvikelser kan hittas vid iordningställning och administrering av medicinska preparat. Vid flera fall förekom brister i bland annat hygien och kontroll av patientens identitet. Brister sågs även vid dosering som kan innebära ineffektiv behandling, nedsatt kvalitet på vården och förlängd sjukhusvistelse. Skador kan även uppkomma om en olämplig behandling eller metod använts och det kan innefatta felfungerande venportar, sonder som placerats fel, uteblivna kontroller och missade omvårdnadsåtgärder som vändningar för att undvika trycksår. Skador kan även uppstå om utrustning används felaktigt eller till följd av olycksfallsskador som kan förekomma om patienten exempelvis utsätts för en fallolycka under vårdtiden (Gustafson & Ahlberg, 2017).

Sjuksköterskorna i Wolf et al. (2016) studie uttryckte att kvaliteten på patientvården kunde bli äventyrad och osäker till följd av arbetsmiljön och det höga antalet patienter. Sjuksköterskorna upplevde maktlöshet, skuld, rädsla, ilska och frustration som resulterade i en etisk stress. Enligt Wolf et al. (2017) leder bristen på adekvat bemanning till att patienten får riskfylld vård eftersom kvalitén på vården blir nedsatt och att försämring hos patienten kan missas. Även återkommande akutmottagningsbesök till följd av ineffektiva utskrivningsrutiner noterades. Flertalet sjuksköterskor beskrev också osäkerhet och ångest av att inte veta statusen på patienterna i väntrummet som sjuksköterskan inte hunnit undersöka än då det fanns andra akuta patienter. Enligt Wolf et al. (2017) menade sjuksköterskorna även att otillräckliga kunskaper och erfarenheter hade betydelse gällande kvaliteten på vården.

Problemformulering

Sjuksköterskans ansvar ligger i att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och minska lidande. Omvårdnad av patienterna är en stor del av sjuksköterskans uppgifter på akutmottagningar. Ökat patientflöde och förlängda väntetider leder till ökad arbetsbelastning. Stress som beror på arbetsbelastningen ökar risken för bristande patientsäkerhet och att vårdskador sker. Stress påverkar inte bara patientens säkerhet utan kan även leda till nedsatt välmående i personalgruppen, utbrändhet och förslitningsskador. Ämnet är viktigt att belysa för att skapa god arbetsmiljö för sjukvårdspersonal samt för att säkerställa hög patientsäkerhet och god omvårdnad.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av arbetsrelaterad stress och hur det kan påverka patientsäkerheten ur ett omvårdnadsperspektiv.

METOD

Ansats och Design

Enligt Polit och Beck (2017) rekommenderas kvalitativ ansats där syftet är att beskriva ett fenomen. Fenomenet var i detta fall att beskriva sjuksköterskors upplevelser av arbetsrelaterad stress och dess påverkan på patientsäkerheten ur ett omvårdnadsperspektiv. För att studera detta användes semistrukturerade intervjuer. Denna datainsamlingsmetod möjliggjorde att nödvändig information samlades in och gav deltagarna möjlighet att fritt uttrycka deras tankar och ge mer utförliga beskrivningar. Danielson (2012) beskriver att vid semistrukturerade intervjuer används en intervjuguide med öppna frågor där intervjupersonen får svara fritt inom området som forskas på. Med för detaljerade frågor kan interaktionen under intervjun bli förstörd då intervjuaren är styrd av frågeguiden.

Urval

Urvalskriterierna var ändamålsenliga och informanter som hade erfarenhet av fenomenet tillfrågades att delta för att skapa underlag som kunde svara på studiens syfte (Polit & Beck, 2017). Intervjuerna genomfördes på två akutmottagningar i Sverige. Inklusionskriterierna var att deltagarna skulle vara sjuksköterskor och arbeta på akutmottagning. Kravet var att de skulle kunna bli intervjuade vid något tillfälle under de tre veckor som författarna ämnade utföra intervjuer. Exklusionskriteriet blev därmed att de skulle kunna intervjuas under den angivna tidsperioden, de som var intresserade men inte hade möjlighet att bli intervjuade under denna tidsperiod exkluderades. Ingen tidsangivelse på hur länge de skulle arbetat angavs utan samtliga sjuksköterskor på respektive akutmottagning fick information om studien och blev tillfrågade att delta. Enligt Polit och Beck (2017) är antalet informanter baserat på informationsbehovet och målet var att få fram tillräckligt med data för att svara på studiens syfte. Av de som tackade ja till deltagande valdes totalt tolv stycken ut, sex från vardera akutmottagning. Författarna hade som avsikt att utföra intervjuerna under tre veckors tid och de informanter som hade möjlighet att bli intervjuade någon gång under dessa tre veckor ingick i urvalet. Konsekutiv rekrytering användes därmed då alla informanterna som hade möjlighet att delta under den förbestämda tidsintervallen valdes ut (Polit & Beck, 2017).

Datainsamling och genomförande

Information till verksamhetschef

Verksamhetscheferna på respektive akutmottagning tillfrågades skriftligt om godkännande att genomföra studien på akutmottagningen (se bilaga A). Efter godkännande från verksamhetscheferna informerades sjuksköterskorna på respektive akutmottagning.

Information till deltagarna

Sjuksköterskorna på de två akutmottagningarna fick information om studiens syfte, hur studien skulle gå till och att deltagarna inte kan identifieras i det slutliga arbetet. Deltagarna blev även informerade om att deltagandet var frivilligt och att de hade rätt att avbryta sitt deltagande om de önskade. I informationen stod det också att intervjuerna kommer enbart att användas för denna studie och att materialet bevaras till studien är färdig. Deltagarna blev också erbjudna att få läsa det färdiga arbetet vid intresse (se bilaga B).

Författaren som arbetar på ena akutmottagningen informerade själv sjuksköterskorna om studien, detta gjordes både skriftligt till alla sjuksköterskorna på arbetsplatsen samt muntligt till dem som då hade hört av sig med visat intresse. På den andra akutmottagningen informerade avdelningschefen sjuksköterskorna om studien och lämnade ut information till de sjuksköterskor som var intresserade av att delta (se bilaga B).

Intervjuguide

Semistrukturerade intervjuer tillämpades och en intervjuguide med öppna frågor användes som stöd för intervjuaren (se bilaga C). Denna intervjuteknik möjliggjorde att den väsentliga informationen som författarna eftersökte kom fram eftersom de förbestämde frågorna tog upp de områden som författarna ville beröra för att svara på studiens syfte. Med hjälp av intervjuguiden fick intervjun struktur (jfr. Danielson, 2012). Bakgrundsinformation som samlades in var ålder på deltagarna, hur länge de varit legitimerade sjuksköterskor och hur länge de arbetat på akutmottagningen. Författarna tog del av litteraturen inom området i form av tidigare forskning för att få kunskap för att därefter formulera frågorna utifrån studiens syfte. Sex stycken övergripande frågor användes i intervjuguiden som gav deltagaren möjlighet att ge detaljerad beskrivning av sina erfarenheter och utveckla sitt resonemang. Frågorna berörde stress på akutmottagningen och hur patientsäkerheten kan tänkas påverkas vid stress. Sista frågan i intervjuguiden var om deltagaren hade något att lägga till innan intervjun avslutades, detta att ge deltagarna möjlighet att själva känna att de fått delat med sig av det de upplevde vara viktig information som rekommenderas av Polit och Beck (2017). Förslag till följdfrågor fanns även med i intervjuguiden, dessa användes för att få deltagaren att fortsätta med sin berättelse eller gå in i mer detalj kring erfarenheten i enlighet med Danielson (2012). En pilotintervju i enlighet med Polit och Beck (2017) genomfördes av vardera författare för att testa att frågorna gav svar till studiens syfte. Pilotintervjuerna svarade mot syftet, inga ändringar gjordes och pilotintervjuerna inkluderades i studien.

Genomförande av intervjuerna

Författarna genomförde intervjuerna var för sig på respektive akutmottagning då det geografiska avståndet var för stort för att resa fram och tillbaka för att delta vid alla intervjuer. Intervjuerna skedde utan störningsmoment och tog plats enskilt mellan författaren och deltagaren, enligt rekommendationer av Polit och Beck (2017). Totalt genomfördes tolv intervjuer. Medellängden för intervjuerna var tio minuter. Den kortaste intervjun varade i 5:45 minuter och den intervju som var längst pågick i 17:25 minuter.

Innan inspelningen av intervjun påbörjades presenterade sig författaren och deltagaren fick återigen information om studien och sekretessen, detta för att förbereda deltagaren i enlighet med det som Polit och Beck (2017) rekommenderar. De deltagande sjuksköterskorna på de båda akutmottagningarna fick själv välja tid inom den treveckors ram som författarna hade som tidsplan när de önskade delta på intervjuerna och de valde själva om det skedde på ledig dag eller före eller efter ett arbetspass. Intervjuerna skedde sedan på akutmottagningen i ett enskilt rum där störningsmoment reducerats. Två intervjuer genomfördes över telefon också, då det passade deltagarna bättre att göra så. Alla intervjuer spelades in för att senare transkriberas.

Databearbetning

De inspelade intervjuerna transkriberades sedan av den författare som genomförde intervjun. Intervjuerna skrevs ut ord för ord, även ljud och hummanden skrevs ut. Pauser som informanterna gjorde markerades som tre punkter för att visa uppehållet. De transkriberade intervjuerna lästes igenom av båda författarna för att säkerställa att de båda tagit del av all information som kommit fram i intervjuerna. Intervjuerna analyserades sedan genom Graneheim och Lundmans (2004) kvalitativa innehållsanalys för att hitta bärande underkategorier och kategorier.

Dataanalys

Texten analyserades genom manifest kvalitativ innehållsanalys texten kodas efter innehåll grupperas sedan i underkategorier och kategorier med stöd av Graneheim och Lundman (2004). Manifest analys innebär en textnära tolkning och det som synligt stod i texten togs fram och ingen tolkning av meningen i texten genomfördes i enlighet med Polit & Beck (2017). De transkriberade intervjuerna lästes igenom flertalet gånger av vardera författare . Meningsenheter som svarade mot studiens syfte markerades. Författarna undvek att längden på meningsenheterna skulle vara för långa eller för korta för att inte tappa budskapet som rekommenderas av Graneheim och Lundman (2004). Detta för att bryta ner datan ytterligare till mindre enheter kondenserades meningsenheterna för att hitta kärnan av vad informanterna ville förmedla (Polit & Beck, 2017). I nästa steg kodades de kondenserade meningsenheterna. Koderna som hörde samman delades in i underkategorier som i sin tur bildade kategorier. Under varje kategori blev därmed meningsenheter samlade som alla fångade innehållet i ett ämne (Polit & Beck, 2017). Analysen utfördes och lästes igenom av båda författarna, olikheter och skillnader diskuterades tills konsensus uppnåddes.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen.

Meningsenheter	Kondenserade meningsenheter	Kod
jag kan väl känna mig stressad av många saker här på arbetet, dels så kan det ju vara att det är väldigt stor patientbelastning, väldigt många patienter, då känns det som att jag kanske inte hinner med allihopa	Stor patientbelastning, många patienter, känslan av att inte hinna med orsakar stress	Många patienter orsakar stress
hinner kanske inte gå tillbaka och ta om kontrollerna	Hinner inte följa upp patienterna	Hinner inte följa upp
Jag kan bli stressad av, det ringer ofta på klockan, de ringer ofta och behöver hjälp med småsaker, och jag kan känna att jag inte riktigt hinner med att göra dom sakerna.	När patienterna ringer och behöver hjälp och man inte hinner orsakar stress	Tidsbrist ger stress
Jag kan bli irriterad för att de måste gå och kissa eller så för att jag har annat att göra.	känslan av irritation när man inte hinner med	Irritation när inte hinner med
Jag känner mig väll otillräcklig tror jag, ja, jag känner mig nog som en ganska dålig sjuksköterska om jag blir riktigt stressad	känslan av otillräcklighet	Otillräcklighet
Framförallt känner jag att jag inte hinner med att se det hos patienten, ta hand om hela patienten liksom, utan det blir bara det här symtomen så kvickt vidare till någonting annat	Hinner inte med att se hela patienten	Hinner inte se

Forskningsetiska överväganden

Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor finns för att skydda den enskilda individen och att respekten behålls för människovärdet vid forskningen. Vidare menar lagen att forskning inte får bedrivas om forskningspersonernas hälsa, säkerhet och personlig integritet inte kan garanteras. Samtidigt menar Vetenskapsrådet (2017) att viktig forskning inte får hindras för skador som är obetydliga. Då intervjuer används för att undersöka studiens syfte blev de presumtiva informanterna tillfrågade om de ville delta i studien och hade rätt att avstå och de blev också informerade av författarna att de kunde när som helst under studiens gång välja att avbryta sitt medverkande. De inspelade intervjuerna och den transkriberade texten kommer efter arbetets slut att raderas eller förstöras.

Författarna använde sig av de fyra forskningsetiska principerna för att värna om informanternas integritet. Författarna utgick från informationskravet och informerade informanterna om den aktuella studiens syfte och sedan fick informanterna lämna sitt samtycke att delta i studien. Konfidentialitetskravet togs det hänsyn till av författarna som var noga med att inte någon utomstående tog del av informanternas identitet i enlighet med Vetenskapsrådet (2017). Författarna tillämpade också nyttjandekravet då den insamlade informationen enbart användes i den aktuella studien (Vetenskapsrådet, 2017). För att skydda deltagarna i studien utfördes en risk och vinstbedömning då det framkom att vinsterna av att delta i studien var större än riskerna om studien genomförs i enlighet med Polit och Beck (2017). Författarna var medvetna om att deltagarna kunde tycka det var känsligt att prata om hur deras stress kan påverka patienter och patientsäkerheten. Vinsterna ansågs dock vara övervägande då studien kan ge en inblick i sjuksköterskors upplevelser av stress och kan då tänkas komma till användning inom förbättringsområden i bland annat arbetsmiljön.

RESULTAT

Sjuksköterskorna som deltog i studien var mellan 23- 55 år och hade arbetat som sjuksköterska mellan ett år till 21 år. Det var också ett år till 21 år som deltagarna hade jobbat inom akutsjukvård. Nio kvinnliga och tre manliga sjuksköterskor intervjuades. Det var blandat två- och treskiftsarbete, innebärande dag-, kväll- och nattskift, ingen jobbade heltid natt.

Resultat från textanalysen uppvisar tre kategorier: *Komplex arbetsituation utlöser arbetsrelaterad stress*, *Bristande organisation påverkar patientsäkerheten* och *Sjuksköterskors strategier stärker patientsäkerheten i omvårdnaden*

Tabell 2. Översikt av underkategorier och kategorier.

Underkategorier	Kategorier
Kroppsliga symtom på stress	Komplex arbetssituation utlöser kroppsliga symtom
Stort patientantal	
Praktiska saker	
Att inte kunna påverka	
Tidsbrist	Bristande organisation påverkar patientsäkerheten
Långa väntetider	
Risk för misstag	
Planera och strukturera	Sjuksköterskors strategier stärker patientsäkerheten i omvårdnaden
Tar hjälp av varandra	
Kommunikation med kollegorna	

Komplex arbetssituation utlöser kroppsliga symtom

Flera av sjuksköterskorna berättade att de kunde uppleva stress flera gånger under en arbetsvecka och vissa menade att de kunde uppleva stress varje arbetspass. En sjuksköterska sa att hot och våld var en stor del i stressen. Upplevelsen av arbetsrelaterad stress beskrevs av sjuksköterskorna som bland annat symtom som hjärklappning, tryck över bröstet, tunnelseende och att andningen påverkas när det var stressigt på arbetet. Stort patientantal, praktiska saker och att inte kunna påverka ingick i flera av sjuksköterskornas upplevelse av arbetsrelaterad stress och beskrevs som vara bidragande orsaker till stressen.

Kroppsliga symtom på stress

Sjuksköterskorna i studien upplevde kroppsliga symtom på stress på olika sätt. En sjuksköterska beskrev en gnagande oro och att gå runt med en klump i magen som påverkar sjuksköterskans mående negativt. Andra sjuksköterskor uttryckte att de fick en pulshöjning och snabbare andning, men även ett tryck över bröstet ibland. En av sjuksköterskorna berättade att vid stress känner hen ingen hunger eller behovet av toalettbesök, att allt stängs av men när det sedan blir lite lugnare och det går att slappna av så tar det stopp och det finns ingen ork kvar. Det beskrevs också att vissa sjuksköterskor upplevde sig få svårt att se en helhet att de fick tunnelseende och inte kunde tänka klart.

...får lite sådär tunnelseende, har lite svårt att se helheten ibland, jag tycker ofta att jag, mitt hjärta slår snabbare, jag andas snabbare, ibland kan ja få lite tryckkänsla i bröstet...(SSK 3)

Vissa sjuksköterskor upplevde att stressen uttryckte sig i irritation eller ilska när de kände att det inte fanns tid för patienterna. Medan andra hade svårt att varva ned och känna ro på

fritiden och att även nattsömnen blev sämre. Familjerna och privatlivet blev också drabbad när sjuksköterskorna inte hade någon ork efter ett arbetspass för att umgås.

...det var svårt att varva ner, sömnen gick åt man sov inte riktigt bra, kunde som inte riktigt koppla av...(SSK 11)

Stort patientantal

Majoriteten av sjuksköterskorna upplevde det stora antalet patienter som en bidragande faktor till arbetsrelaterad stress. Vissa uttryckte att det var när alla ville ha hjälp samtidigt som var jobbigast. Andra tyckte att det blev svårt att prioritera sina uppgifter när det var ett stort antal patienter. Flera av sjuksköterskorna upplevde stress när de inte hann med att träffa alla patienterna och en sjuksköterska uttryckte att stress kunde upplevas vid stort patientantal innan hen hann springa runt till alla patienterna. Enligt en sjuksköterska ökade ansvaret när det var mycket patienter och att många kom samtidigt och att det då ofta kändes som om alla inte kunde tillgodoses, vilket gav upphov till stress.

...när man har många patienter och man känner att man inte hinner avsluta eller ta hand om dom, då blir det ju stressigt...(SSK 5)

Praktiska saker

Några av sjuksköterskorna sa att de upplevde stress när praktiska saker som teknisk utrustning saknas eller inte fungerar som de ska. En sjuksköterska berättade om en känsla att bli arg, frustrerad och stressad när hen befann sig på ett akutrum och det fattades utrustning. Sjuksköterskan menade även på det att problem uppstår vid fel på till exempel skrivaren eller sprutpumpen var borta och att inte veta till vem sjuksköterskan ska vända sig till då, orsakar extrem stress. Enligt en sjuksköterska kunde stress upplevas även vid få antal patienter om det var så att någonting krånglar eller att saker som saturationsmätare eller blodtrycksmanschett inte hittas.

...när någonting krånglar, asså när någonting inte funkar när det fattas saker eller när utrustningen inte funkar...(SSK 9)

Att inte kunna påverka

En sjuksköterska uttryckte att stress upplevdes när hen själv inte kunde påverka och menade på det att det oftast är läkaren som måste ta initiativet och få en plan och att negativ stress uppstår när patientantalet ökar och det finns ingen plan för patientens fortsatta vård. Enligt en sjuksköterska upplevdes stress vid platsbrist, obeslutsamma läkare och när bakjouren inte hjälpte till. En annan sjuksköterska sa sig uppleva stress när hen själv ansåg att patienten var dålig men att läkaren inte tyckte det och att det då tog längre till. En sjuksköterska uttryckte att en del av stressen var att samarbeta med andra kliniker medan en annan sjuksköterska berättade att hen upplevde stress när inget akutrum fanns ledigt när patienten egentligen var i behov av ett rum med resurser nära till hands. En sjuksköterska påtalade att en källa till stress kan vara hur mycket personal som finns på plats, vilken personal det är, hur erfaren sjuksköterskan, undersköterskan eller läkaren är och enligt en annan sjuksköterska räckte inte alltid bemanningen till.

...Att man inte kan planera. Vi har vårans bemanning och ibland räcker inte våra händer till. Det är jättesvårt att förutse de momenten...(SSK 5)

Bristande organisation påverkar patientsäkerheten

Under upplevelsen av arbetsrelaterad stress uttryckte flera sjuksköterskor att patientsäkerheten påverkas när omvårdnaden blir lidande eller prioriteras bort. Sjuksköterskorna uttryckte att de inte alltid hann med att utöva den vård de önskade och på grund av tidsbrist kunde omvårdnaden bli bortprioriterad. Utöver tidsbrist upplevdes långa väntetider och risk för misstag som hindrande faktorer för patientsäkerheten.

Tidsbrist

Flera sjuksköterskor upplevde tidsbrist som en faktor som kan tänkas påverka patientsäkerheten. Vissa uttryckte att de upplevde påverkad patientsäkerhet då kvaliteten på omvårdnaden var påverkad. Flera påpekade att det inte alltid hann med att se hela patienten och att den vård patienten behöver inte alltid blev tillgodosett. En sjuksköterska menade på det att det inte alltid finns tid att ta hand om alla patienterna och omvårdnaden som exempelvis att byta blöja och ge någon att dricka blev bristande och att då framförallt äldre och funktionshindrade patienter kunde bli lidande. En annan sjuksköterska uttryckte att hela patienten inte alltid hann bli sedd och att patientsäkerheten kan bli påverkad då det kan kännas mindre tidskrävande att sätta en urinkateter istället för att byta blöja eller hjälpa patienten att komma upp till toaletten. Hen menade även att omvårdnadsåtgärder inte alltid hinns med att utvärderas och uttryckte att det vid nedsatt saturation hos en patient kunde vid stressiga situationer anses gå snabbare att administrera syrgas istället för att hjälpa patienten till bättre kroppsposition och att därefter utvärdera syresättningen.

...att sätta en kateter kanske är mycket lättare i en stressig situation, än att försöka ta någon till toaletten, katetersättning relaterat till uvier. (SSK 3)

Enligt en av sjuksköterskorna tas de kritiskt sjuka om hand först och omvårdnaden som kan innefatta att hjälpa någon till toaletten och ge någon mat blir bortprioriterad. En annan sjuksköterska menade även att äldre ofta blir liggandes vid högt patientantal, de tittas då inte till lika ofta och kanske kliver upp själva för att gå på toaletten för att ingen finns tillgänglig att hjälpa dem, risk finns då att de ramlar och ådrar sig skador på akutmottagningen. Flera sjuksköterskor upplevde att det inte alltid hinns med att följa upp patienten och att det då missas att märka försämring hos patienten. En sjuksköterska uttryckte att vid triagering tas nästa och nästa patient och att återkoppling inte hinns med och enligt sjuksköterskan kunde försämringar i vitalparametrar missas för att det inte fanns tid att gå tillbaka till patienten. En annan sjuksköterska sa att det inte fanns tid att veta hur alla patienterna mår och att patientsäkerheten därmed kunde bli hotad.

....att man glömmar, inte glömmar men hinner med och få koll hur alla mår när det är för mycket...(SSK 10)

Långa väntetider

Långa väntetider och fördröjningar i beslutstagandet upplevdes av flera sjuksköterskor kunna påverka patientsäkerheten. En av sjuksköterska berättade om en patient som fick vänta länge på transport till röntgen något som i sin tur fördröjde patientens vård vilket hade kunnat orsaka skada. Sjuksköterskan menade även på det att när vård fördröjs finns det risk för skador, patienterna blir liggandes för länge, de får inte i sig att äta på flera timmar och de får inte sina läkemedel i tid. Vid stort patientantal och långa väntetider förekommer större omvårdnadsbehov, något sjuksköterskan upplevde att det varken fanns tid eller resurser till. En annan sjuksköterska nämnde att vid långa väntetider och brist på beslut och plan för

patienten så skämdes sjuksköterskan och upplevde det jobbigt att gå in till patienten, då kunde det förekomma att hen inte gick in till patienten och uttryckte att omvårdnaden kunde brista och att det kunde bli patientsäkert om sjuksköterskan går in färre gånger till patienten.

...att man har patienter som ligger kvar länge och det finns ingen plats på huset och läkarna vet inte vad dom ska göra... (SSK 11)

Risk för misstag

Några av sjuksköterskorna upplever att arbetsrelaterad stress ökar risken för misstag. Då ofta att det är mycket att göra och då glömmet bort saker som ska göras eller att det kommer något mer akut i mellan och sen glöms det bort. En av sjuksköterskorna upplevde att i stressiga situationer så kan misstag ske då ordinationer inte klart och tydligt förmedlas eller att i stressen hörs fel på vad som ordinerats. En annan sjuksköterska uttryckte att då det är mycket att göra finns risk att viktiga saker som ska göras missas.

...och att man glömmet bort saker...man har sagt att man ska utföra detta, jag ska göra detta, så gör man någonting annat så försvinner det som man sagt ur huvudet, och det är inte nedskrivet någonstans... (SSK 7)

Sjuksköterskors strategier stärker patientsäkerheten i omvårdnaden

Flertalet av sjuksköterskorna berättade att när de upplevde stress på arbetsplatsen använde de sig av olika metoder för att hantera situationen. Någon beskrev att hen tog djupa andetag. Att på olika sätt hantera stressen möjliggjorde att sjuksköterskorna kunde utföra sina arbetsuppgifter. Att planera och strukturera upp arbetet, att ta hjälp av kollegor och att kommunicera med varandra sågs som metoder för sjuksköterskorna och upplevdes som främjande faktorer för patientsäkerhet.

Planera och strukturera

Flera sjuksköterskor beskrev att de försökte strukturera upp arbetet för att lindra stressen. Detta gjordes enligt flera genom att prioritera vad som först behövdes göras och en sjuksköterska uttryckte att genom att prioritera uppgifter fick sjuksköterskan mer koll på läget. En sjuksköterska sa att hen fokuserade på det som var viktigast att få gjort för att på så sätt strukturera upp arbetet. En sjuksköterska berättade att hen brukade stanna upp och tänka till medan en annan sjuksköterska beskrev att hen brukar skriva upp vad som sagts skulle göras så att ingenting missas. Sjuksköterskan menade även att stressen på akutmottagningen är just att mycket ska göras samtidigt och att den helt enkelt får prioritera då och att om det finns nedskrivet så kan personen i fråga ta en titt och se vad som är nästa sak som måste göras. En annan sjuksköterska uttryckte att det var viktigt att gå tillbaka till listan över patienter för att se vilka som hade högre prioritet och gå enligt en checklista och göra det som måste göras för att sedan kolla av att de andra fortfarande mår okej. En av sjuksköterskorna berättade att hen intalade sig själv att lugna ner sig och ta en sak i taget och på så sätt göra det som måste göras. Medan en annan sa att hen systematiskt försökte tänka vad som skulle göras och vem som skulle prioriteras först och att prioriteringen sedan gjordes om hela tiden och menade även på det att genom att ha det så strukturerat som möjligt kunna hantera stressen.

...då är det speciellt viktigt för mig att jag gå tillbaka till listan, okej det här är mina patienter, dom här har högre prioritet då måste jag prioritera dom, så går jag enligt checklistan, jag gör det jag måste göra och sen kolla av dom andra att dom fortfarande mår okej... (SSK 8)

Ta hjälp av varandra

Sjuksköterskorna beskrev att de ofta tog hjälp av kollegor i teamet som en del av hanteringen av stress och vissa beskrev att de delegerade uppgifter till andra. Flera sjuksköterskor sa att de tog hjälp av undersköterskor och en sjuksköterska beskrev att hen får gå på det undersköterskan som träffat patienterna i kassan säger för att ta vad som verkar mest allvarligt först. Även en annan sjuksköterska påtalade att vederbörande får ta hjälp av undersköterskan i kassan för att fråga vem som ska komma in först. En sjuksköterska upplevde att det inte hjälper att gnälla och sucka utan att man måste hjälpas åt och att teamet är duktiga på att hjälpas åt. En sjuksköterska uttryckte att om hen inte klarar någon uppgift kunde hen delegera till någon annan eller be om hjälp. En sjuksköterska sa att delegering betyder mer när arbetsbördan är tung och beskrev att hen delegerade arbetsuppgifter till undersköterskan.

Jag tycker att vi är väldigt duktiga i teamet. Vi hjälps åt liksom. Det är väldigt viktigt att man kan liksom, man får hjälpa till...(SSK 5)

Kommunikation med kollegorna

En del sjuksköterskor tog upp kommunikationen med kollegor som en viktig del. Ett par sjuksköterskor beskrev att de försökte prata med läkaren för att få feedback, en plan eller vid osäkerhet. En sjuksköterska sa att hen brukade ventilera med kollegor och en annan beskrev att det var bara att jobba på så gott det går och prata med personalen. En sjuksköterska nämnde att när det var mycket patienter så kommunicerade hen med undersköterskan för att lägga upp en plan. Sjuksköterskan påtalade även att om någon patient var svårt sjuk pratade hen gärna med någon kollega som arbetat längre.

Är det någon väldigt sjuk (patient) så frågar jag gärna någon kollega som jobbat lite längre om hjälp...(SSK 4)

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Studiens syfte var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av arbetsrelaterad stress och hur det kan påverka patientsäkerheten ur ett omvårdnadsperspektiv. De symptom som sjuksköterskorna beskrev att de kände när de upplever arbetsrelaterad stress liknar de som beskrivs av sjuksköterskor i Yuwanich et al. (2015) och Kilcoyne och Dowlings (2007) studier. Yuwanich et al. (2015) nämner risk för brister i patientsäkerheten på grund av nedsatt koncentrationsförmåga som kan kopplas till resultatet i denna studie då några sjuksköterskor uttryckte att de fick tunnelseende och inte kunde se helheten. Några sjuksköterskor i denna studie beskrev att de kände ilska och frustration, vilket också beskrevs av sjuksköterskorna i Kilcoyne och Dowlings (2007) studie. Andra likheter med studier refererade till i bakgrunden är att flera sjuksköterskor upplever stress när de känner sig maktlösa och upplever att de inte kan påverka. Sjuksköterskorna inte kan påverka att de kan vara den mest erfarna inom personalen under ett visst arbetspass eller att det anser personalen inte alltid räcker till, något som sjuksköterskor i denna studie beskrev som en del i upplevelsen av arbetsrelaterad stressen. Även sjuksköterskorna i en studie av Wolf et al. (2017) uttryckte att en stressande faktor var att vara den mest erfarna sjuksköterskan för att man då kände ansvar för de mindre erfarna kollegorna och deras patienter. Att som sjuksköterska inte ha samma uppfattning över en situation som läkaren har upplevdes också som stressande. Sjuksköterskor i denna studie beskrev att de upplevde stress när de fick vänta på beslut från läkare eller när läkaren och sjuksköterskan inte hade samma uppfattning om allvarlighetsgraden i patientens tillstånd.

Något som kan relateras till studien av Evanovich Zavotsky och Chan (2016) som menar att sjuksköterskor upplever stress när läkarna ordinerar vad sjuksköterskorna anser vara en onödig behandling eller att sjuksköterskorna önskade att en annan behandling skulle ordineras. Detta nämns även av de Jonge et al. (2010) som i sin artikel belyser att sjukvårdspersonal med höga arbetskrav som känner låg kontroll på arbetet i högre utsträckning utvecklar psykosomatiska symtom och är i större risk att bli sjukskrivna.

Det som flest sjuksköterskor i denna studie var överens om var att ett stort patientantal bidrog till arbetsrelaterad stress, vilket gjorde att patientsäkerheten blev påverkad åt det negativa hållet. Resultatet kan jämföras med artiklarna av Flowerdew, Brown, Russ, Vincent och Woloshynowych (2012), Adeb- Saeedi (2002) samt Chen et al. (2018) som visar att ett stort antal patienter och hög arbetsbelastning påverkar både patientsäkerheten och den arbetsrelaterade stressen. Resultatet visar att till följd av ett stort patientantal upplevde många sjuksköterskor en tidsbrist och att de inte hade tid att ge den vård som ibland behövdes. Vissa sjuksköterskor prioriterade bort omvårdnaden eller delegerade till undersköterskorna. Chen et al. (2018) beskriver i sin artikel att när det är hektiskt och mycket patienter blir patientens specifika behov inte tillgodosedda. Detta är en uppfattning som delas av sjuksköterskor i denna studie som även de uttryckte en känsla av att alla patienter inte alltid kunde bli tillgodosedda. Det framgick att sjuksköterskorna upplevde att de inte alltid hann utföra omvårdnadsåtgärder och att de inte alltid kunde följa upp sina patienter och att det då fanns risk för att försämring hos patienten inte uppmärksammades, och enligt Socialstyrelsen (2017a) kan utebliven nödvändig vård leda till vårdskada.

Resultatet indikerar även att den arbetsrelaterade stressen kan bli än högre om det utöver ett stort patientantal saknas material, eller att utrustning och material är trasiga så sjuksköterskorna måste leta efter det. Liknande resultat visas i en artikel av Seow (2013), som skriver att sjuksköterskor och annan personal på akutmottagningar inte ska behöva bli distraherade av att utrustning är felplacerad, eller att engångsmaterial är slut. Det blir ett onödigt slöseri av tid att leta efter saker när en undersökning ska genomföras.

Det framgick även att lång väntetid för patienten var något som sjuksköterskorna upplevde vara en stressande faktor. Väntetiderna på akutmottagningar belyses i Elkum, Fahim, Shoukri och Al-Madoujs (2009) artikel som menar att väntetiderna varierar beroende på triagegrupp, dag i veckan och tid på dygnet, men också på vilken ålder patienterna hade. Äldre patienter fick i regel vänta längst, medan barn fick komma in och träffa en läkare fortare. Att äldre ofta fick vänta längre uttrycktes även i denna studie. Samtidigt visar en studie av Knapman och Bonner (2010) att det finns ett starkt samband mellan förlängda väntetider och äldre icke akuta patienter. Sjuksköterskorna i författarnas studie berättar om att den långa väntetiden kan få negativa följder då patienterna inte fick tillgång till mat i samma utsträckning som på en vårdavdelning. Är då patienterna äldre och får vänta längre än andra patientgrupper, som belystes i tidigare benämnda artiklar, så kan det tänkas att det finns en ökad risk för andra negativa följder. Till exempel beskriver sjuksköterskorna i föreliggande studie att det inte hinns med att följa upp patienterna så ofta vid hög arbetsbelastning. Det kan därför leda till att tillståndet försämras utan att det uppmärksammas i tid eller att patienten gör förflyttningar själv och faller, vilket förlänger vistelsen på akutmottagningen ytterligare. Skulle något sådant förekomma har patientsäkerheten brustit, detta enligt Socialstyrelsen (2017a) som definierar vårdskada som bland annat lidande, skada eller sjukdom som med passande åtgärder kunnat undvikas. Det är tänkbart att sjuksköterskorna kanske skulle uppleva att de hade mer möjlighet att titta till patienterna mer frekvent och kunna utföra fler omvårdnadsåtgärder och att skador till följd av att passande åtgärder inte vidtagits kan undvikas om väntetiderna för

patienter var kortare istället för att de under en längre tid blir liggande på akutmottagningen. Enligt Hitchcock, Gillespie, Crilly och Chaboyers (2013) kan den långa väntetiden vara orsakade av att de patienter som väntar på att få en plats på en vårdavdelning inte kommer vidare till följd av att det på vårdavdelningarna också är fullt. Hitchcock et al. (2013) beskriver bland annat att överbeläggningarna på sjukhuset leder till att patientflödet på akutmottagningen stoppas upp.

När patienter förblir på akutmottagning i väntan på inläggningsplats på en avdelning ökar arbetsbelastningen (Socialstyrelsen, 2018). Författarna till detta arbete kan tänka sig att det upplevs att patientflödet stoppas upp när patienterna inte kommer vidare till avdelning, fler patienter befinner sig då på akuten och stressen för sjuksköterskorna ökar. En sjuksköterska i denna studie berättade att samarbetet med andra kliniker var stressande. När sjuksköterskorna inte kan påverka hur lång tid patienterna blir kvar på akutmottagningen, på grund av andra kliniker, kan det leda till minskad patientsäkerhet när det kontinuerligt kommer in nya patienter och antalet byggs på. Enligt Källberg et al., (2015) framkom det att bristen på sängplatser var en bidragande faktor till minskad patientsäkerhet på svenska akutmottagningar genom att misstag riskeras att begås. Något som även bekräftas av Socialstyrelsen (2018) som i en rapport fastslår att förlängda väntetider kan leda till brister i patientsäkerheten. Socialstyrelsen (2018) menar även att högt patientflöde och hög arbetsbelastning kan göra det svårt för personalen att tillgodose omvårdnaden.

Risk för misstag var något vissa av sjuksköterskorna upplevde till följd av arbetsrelaterad stress, antingen att det var mycket att göra eller att något akut kom emellan som riskerade att viktiga saker som skulle göras missades. Det framgick även att en sjuksköterska upplevde att misstag kan begås genom missförstånd i ordinationer på grund av stress, något som Zhang et al. (2016) också antyder då de beskriver skador som kan förekomma vid fel i ordinerings och administrering av medicinska preparat. Även Mendez et al. (2018) påpekar att avvikelser kan förekomma vid hantering av läkemedel. I artikeln av Källberg et al. (2015) visar resultatet att misstag i planeringen och bristande rutiner, var en stor del av de faktorer som ledde till misstag i vården av patienterna. Flera av sjuksköterskorna uppgav att de försökte planera och prioritera sitt arbete när det var mycket att göra, för att få en överblick av vad som var viktigast för stunden. Författarna kan tänka sig att det är när planeringen inte håller, eller att någon patient blir akut försämrad som risken för misstag ökar. Att själv strukturera upp sitt arbete verkade vara en metod som flera sjuksköterskor använde sig av för att hantera stressen. Det kan tänkas att detta upplevdes främja patientsäkerheten genom att sjuksköterskorna gjorde upp planer för vad som skulle göras så att ingenting missades. Genom att prioritera kunde sjuksköterskorna utföra de uppgifter de ansåg var viktigast.

Resultatet visade slutligen på att sjuksköterskorna tog hjälp av varandra och kommunicerade med sina kollegor för att öka möjligheten för höjd patientsäkerhet. Som sjuksköterskorna uttryckte sig var kommunikationen viktig för att till exempel få en vårdplan från läkarna eller råd från mer erfarna kollegor. I en artikel av Seow (2013) visade att det samlade teamets insatser hade en avgörande del i att ge säker vård. Samma artikel menade också att kommunikationen mellan kollegorna på akutmottagningen var viktig för förbättringen av patientsäkerheten. Detta bekräftas ur ett annat perspektiv även av Källberg et al. (2015) som visar att när kommunikationen inte fungerar i teamet leder det till ökade misstag och fel på akutmottagningar. Författarna kan tänka sig att kommunikationen kan vara både ett verktyg för att öka patientsäkerheten under hård belastning, men samtidigt försvåra i en redan ansträngd situation om den sköts fel.

Till skillnad från tidigare forskning var det endast en sjuksköterska som tog upp hot och våld i sin beskrivning av stress i denna studie, något som enligt Abraham et al. (2018) annars är en stor del av sjuksköterskornas upplevelse av arbetsrelaterad stress. Om det är så att det inte upplevs i samma utsträckning på de två akutmottagningarna i denna studie eller att sjuksköterskorna helt enkelt inte kom att tänka på det trots att de upplever det som en orsak till stress är oklart. Det som däremot tydligt framgick av denna studie var att arbetsrelaterad stress var vanligt förekommande och att omvårdnaden som är sjuksköterskors ansvarsområde var det som prioriteras bort vid ökad arbetsrelaterad stress som upplevdes uppkomma vid högt patientantal och långa väntetider. Detta väcker frågan om varför omvårdnaden anses som mindre viktig och om det är vanligt även inom andra verksamheter att omvårdnaden är den del av vården som blir lidande vid hög arbetsbelastning. Att sjuksköterskorna ofta upplever stress på arbetsplatsen, något som gör att de känner olika kroppsliga och psykiska symtom samt att stressen kan tänkas bidra till en undermålig arbetsmiljö gör att författarna anser att fortsatt forskning inom området är att rekommendera. Detta för att möjliggöra att arbetsmiljön är hållbar för sjukvårdspersonalen men även då studien antyder att patientsäkerheten kan bli hotad vid ökad arbetsrelaterad stress. Framtida studier kan tänkas ge mer fördjupad kunskap om anledningar till stressen och hur den kan undvikas och på så sätt ge förslag till verksamheter inom hälso- och sjukvården till hur detta problem ska hanteras.

Metoddiskussion

Syftet var att studera sjuksköterskors egna erfarenheter och upplevelser, i detta fall arbetsrelaterad stress. Enligt Henricson och Billhult (2012) anses kvalitativ ansats vara lämplig om man avser studera erfarenheter personer varit med om. Kvalitativ ansats med intervjuer som datainsamlingsmetod valdes därför av författarna som tillvägagångssätt för att få svar på syftet. Annan kvalitativ metod som diskuterades av författarna var om information hade kunnat inhämtas genom en litteraturstudie, även genom det hade sjuksköterskors egna erfarenheter kunnat undersökas genom att läsa studier redan utförda inom ämnet. Som resultatdiskussionen antyder så hittades en del liknande resultat i litteratursökning inom området. Detta tyder på att andra studier haft liknande resultat och som Rosén (2012) menar hade en litteraturoversikt varit passande om syftet varit att få en fördjupning i forskningsläget på ämnet, däremot upplevde författarna att de själva ville undersöka hur det såg ut på de två utvalda arbetsplatserna. Att anta en helt annan metod och använda kvantitativ ansats ansågs inte av författarna kunna svara på syftet, däremot hade det kunnat användas om syftet varit ett annat. Inom kvantitativ ansats får man enligt Billhult och Gunnarsson (2012) svar på forskningsfrågor genom exempelvis mätningar med syftet att se samband mellan variabler, att jämföra exempelvis behandlingar eller interventioner eller att ge en beskrivning av något. Malterud (2001) menar att vid kvantitativ ansats tillsätts interventioner för att testas till skillnad från vid kvalitativ ansats där forskarens mål mer är att beskriva något och på så sätt få ökad förståelse och kunskap inom det området, vilket författarna ämnade göra med detta arbete. Däremot vore fortsatt forskning inom detta ämne intressant där kvantitativ ansats kan antas och exempelvis interventioner inom stresshantering eller organisation, skillnad över tid eller jämförelser mellan antal år inom yrket undersöks. Omfattningen för ett sådant arbete kan dock tänkas ha blivit för stort för den utsatta tiden för detta examensarbete och att syftet då blivit ett annat, författarna upplever att den utvalda metoden givit svar på syftet som var för detta arbete.

För att besvara syftet intervjuades sjuksköterskor som arbetar på akutmottagning. Urvalskriterierna var ändamålsenliga och som Henricson och Billhult (2012) menar valdes de inte ut slumpmässigt utan sjuksköterskor som hade erfarenhet av arbetsrelaterad stress deltog i

studien, detta för att kunna få beskrivningar som kunde svara på syftet. Alla sjuksköterskorna som jobbar på de två akutmottagningarna fick information om studien och fick därefter anmäla sitt intresse att delta. Sammanlagt 12 stycken sjuksköterskor intervjuades. På den ena akutmottagningen intervjuades alla sex deltagare som anmält intresse. På den andra akutmottagningen anmälde alla sjuksköterskor som arbetar där sitt intresse, totalt 22 stycken, däremot inkluderades inte alla i studien utan sex deltagare valdes ut även där. Detta beslut togs då författarna hade bestämt att intervjuerna skulle äga rum under en treveckorsperiod, de sjuksköterskor som hade möjlighet att bli intervjuade under dessa tre veckor deltog i studien, vilket då var sex stycken från vardera arbetsplatsen. Flera sjuksköterskor på den ena akutmottagningen som trots att de anmält sitt intresse att delta exkluderades därmed. Information och ytterligare beskrivningar av fenomenet kan därmed ha kommit att missas och de sjuksköterskor som inte deltog kanske hade kommit med andra åsikter om upplevelsen av arbetsrelaterad stress och dess påverkan på patientsäkerhet. Däremot säger Henricson och Billhult (2012) att ett för stort datamaterial kan försvåra arbetet och enligt Polit och Beck (2017) är målet att få fram tillräckligt med material för att belysa fenomenet och hitta koder och kategorier. Polit och Beck (2017) menar även att urvalsstorleken är tillräcklig när datamättnad är uppnådd, ingen ny information tillförs och överskott av information åstadkommit. När de tolv intervjuerna hade genomförts upplevdes datamättnad och åtgärder togs därför inte för att initiera ytterligare intervjuer.

Sjuksköterskorna som blev intervjuade var 23-55 år och hade arbetat inom akutsjukvård från ett till 21 år. Enligt Henricson och Billhult (2012) kan variation i bland annat ålder och arbetslivserfarenhet ge mer variationsrika berättelser och bidrar till en bredare beskrivning av fenomenet. Graneheim och Lundman (2004) menar att trovärdigheten ökar då deltagarna i studien hade varierande erfarenheter med att någon hade arbetat 21 år på akutmottagning ner till dem som arbetat ett år. Det ger en rik beskrivning av ett fenomen (Polit & Beck, 2017). Variationen kan också tänkas öka överförbarheten som enligt Polit och Beck (2017) innebär hur väl resultatet kan överföras eller tillämpas i andra sammanhang eller på andra grupper. Malterud (2001) menar dock på att inga resultat från studier är universellt överförbara utan att kvalitativa studier inte tar fram resultat som är överförbara på populationen som helhet utan ger beskrivningar av ett fenomen inom en angiven miljö. Författarna anser dock att det kan tänkas att akutmottagningar i Sverige kan räknas till liknande miljöer och att resultaten därmed kan ge en inblick på hur det kan tänkas se ut även där. Studien kan ge användbar kunskap inom ämnet till andra akutvårdskliniker men behov finns för fortsatt forskning inom området där på fler akutmottagningar inkluderas.

Datinsamlingen skedde under tre veckor och alla intervjuer som utfördes av vardera författaren ägde rum någon gång under dessa tre veckor. Enligt Graneheim och Lundman (2004) kan en studies pålitlighet påverkas om datainsamling sker under en förlängd tid. Graneheim och Lundman (2004) antyder även att om datainsamlingen sker under en längre period finns risk för inkonsekvens i processen. På grund av författarnas eget schemalagda arbete och att deltagarna inte heller alltid fanns tillgängliga upplevde författarna att tre veckor ändå var nödvändigt för att få ihop tillräckligt med intervjuer. Det kan tänkas att från att den första intervjun hölls tills att den sista ägde rum kan författarna ha utvecklat mer kunskap inom området som i sin tur lett till att intervjun hanterats annorlunda. En styrka kan vara att författarna utgått från en intervjuguide för att försäkra att alla deltagarna fått samma huvudfrågor, något som Graneheim och Lundman (2004) menar är viktigt för pålitligheten, detta för att alla deltagarna ska ha haft en möjlighet att få svara på samma frågor.

En av akutmottagningarna som tillfrågades om deltagande i studien har den ena av författarna som arbetsplats. Författarna var medvetna om att det fanns en risk med att intervjua arbetskollegor och att svaren kunde bli annorlunda mot om en intervjuare utan tidigare relation till informanten genomför intervjuerna. Då svaren från de två akutmottagningarna var snarlika antog författarna att sjuksköterskorna som intervjuades av sin kollega inte undanhöll eller förskönade svaren. Samtidigt menar Polit och Beck (2017) att deltagarna dela med sig av mer information om de blir intervjuade av någon de litar på, som det kan tänkas vara när det är någon man känner, men att intervjua kollegor menar McDermid, Peters, Jackson och Daly (2014) kan vara till forskarens nackdel. Detta för att de delar deltagarnas kunskap om arbetsplatsen och de tillsammans delar de arbetserfarenheter som undersöks. Författaren som gjorde datainsamlingen på sin arbetsplats la inte in egna värderingar eller sin egen förförståelse om hur den arbetsrelaterade stressen eventuellt kunde påverka patientsäkerheten. McDermid et al. (2014) skriver även i sin artikel att studier gjorda på kollegor kan väcka etiska funderingar kring skillnaden mellan forskarens och kollegornas makt. Forskaren söker kunskap, vilket ger kollegorna makten genom att de har den kunskap som efterfrågas. För att undvika detta hade författarna kunnat intervjua på motsatt arbetsplats men det geografiska avståndet mellan de två akutmottagningarna var långt och författarna hade inte möjlighet att resa under denna period. Annat alternativ hade varit att utföra alla intervjuer via telefon och med motsatt författare, men frågan är då om studien genererat lika stort antal intresserade deltagare.

Författarna hade som avsikt att alla intervjuerna skulle ske på plats, men två av intervjuerna genomfördes över telefon då det passade dessa sjuksköterskor bäst. Det kan tänkas att det hade en påverkan på sjuksköterskorna som i lugn och ro kan svara på frågorna utan yttre störningar. I en sammanställning av Rahman (2015) där resultatet visade att där intervjuer gjordes över telefon minskar intervjuarens inflytande över svaren och anonymiteten gjorde intervjupersonen mer bekväm och avslappnad vilket ledde till mer korrekt och sanningsenlig datainsamling. Samtidigt menar också Rahman (2015) att intervjuer som sker vid ett möte tillåter intervjupersonen att bli mer bekväm genom interaktionen med intervjuaren. Det kan då leda till intervjupersonen berättar mer än vad som frågas efter och det kan leda till icke-relevant datainsamlande. Då författarna vid databearbetningen inte upptäckte någon överflödig information som inte efterfrågats kan det tänkas att samtliga sjuksköterskor kände sig bekväma nog att svara på frågorna och samtidigt hålla sig till studiens syfte utan att ta upp saker som inte var relevant. Då övriga intervjuer skedde på de båda akutmottagningarna i anslutning eller under sjuksköterskornas arbetspass kan det tänkas att det påverkade sinnestillståndet hos sjuksköterskorna om det hade varit ett påfrestande arbetspass eller de kände en stress att komma tillbaka till mottagningen. Som i sin tur kunde påverka svaren hos sjuksköterskorna. Det skulle också kunna tänkas att svaren påverkas av det faktum att intervjuerna skulle bli inspelade. Enligt Al-Yateems (2012) kan vetskapen om att bli inspelad påverka intervjupersonens framtoning med att bli spänd och konversationen flyter inte naturligt. Även Polit och Beck (2017) menar att de intervjuade kan känna sig nervösa när de ska bli inspelade, men att de ofta glömmer bort att de blir inspelade när intervjun fortlöper. De risker som författarna ansåg eventuellt kunna uppstå var då att deltagarna kunde känna sig obekväma i att bli inspelade samt känna sig obekväma i att tala om deras personliga upplevelser av stress.

Annat som kan ha påverkat vid datainsamlingen är författarnas egna sinnestillstånd, värderingar och förmåga som intervjuare. Henricson och Billhult (2012) anser att eftersom författarna själva interagerar med personerna som blir intervjuade och på så sätt blir en del i datainsamlingen kan subjektivitet inte undvikas helt. Även Malterud (2001) menar att

forskarens egen bakgrund påverkar studien inte bara genom val av metod och genomförande utan även i vilka resultat som anses mest passande. Enligt Malterud (2001) går partiskhet därför inte att utesluta helt och att det ska tas i beaktning att författarna kan ha påverkat processen och att det inte kan förebyggas helt. Eftersom båda författarna själva är sjuksköterskor hade de redan innan en förståelse och egna upplevelser av det som deltagarna delade med sig av. Som nämnts tidigare delade den ena författaren arbetsplats med sex av dem som intervjuades och hade därmed en grundlig kännedom om arbetsplatsen, detta kan ha påverkat vilka följdfrågor som valdes att ställas och skulle kunna ha gjort att de deltagarna gick in i mer fördjupad beskrivning av deras upplevelser. Författarna kan även ha haft olika förmåga att med kroppsspråk, ton på frågor och med andra egenskaper fått deltagarna att dela med sig mer eller mindre av sina upplevelser, något som McGrath, Palmgren och Liljedahl (2018) menar är en del i processen och att författarna ska utnyttja sina egenskaper och erfarenheter för att samla in data. Författarna upplevde dock inga större skillnader vid databearbetningen och ansåg att de fått rikliga beskrivningar från båda arbetsplatserna. Malterud (2001) menar att det kan vara till studiens fördel att ha fler än en forskare för att det kan möjliggöra att fler variationer av området hittas och att de är lika giltiga, detta för att forskarna kompletterar varandra och på så sätt ger en fördjupad förståelse i ämnet. Anpassningsbarhet visar att data speglar den information som deltagarna lämnade och att tolkningar av data inte är påhittade av forskaren. Anpassningsbarheten stärks också av att fler än en forskare var involverad i analysen av data (Polit & Beck, 2017).

Intervjuerna som spelades in transkriberades av respektive författare som genomfört intervjun för att dels hålla sjuksköterskan anonym för den andra författaren och dels för att undvika dialektala missförstånd vid transkriberingen. Genom transkriberingen blir det en upprepning av intervjun och Danielson (2012) menar att nyanser i talet eller långa uppehåll kan ge en ökad grund för förståelse. Pauser markerades i texten och ljud som hummanden och andra läten skrevs ut ordagrant för att se nyanser (jfr. Danielson, 2012). De transkriberade intervjuerna lästes igenom flertalet gånger av vardera författaren som rekommenderades av Graneheim och Lundman (2004) för att få en känsla för helheten. Analysprocessen började med att välja ut meningsenheter som svarade mot studiens syfte, som sedan kondenserades, kodades och delades in i underkategorier och kategorier. Vid val av meningsenheter försökte författarna ge en så stor variation som möjligt samt säkerställa att alla deltagarnas beskrivningar representerades. Enligt Malterud (2001) ska det dock tas med i beaktning att författarnas egen bakgrund och intresse kan ha en inverkan på vilka resultat som anses mest passande och därför väljs ut. Författarna kan tänka sig att om någon annan utfört databearbetningen kanske andra meningsenheter hade ansetts som mer lämpliga, men i och med att båda författarna samarbetade med att utföra analysen och såg till att alla deltagarnas upplevelser kom med anser de dock att resultatet är representativt. Författarna hade även som avsikt att inte välja ut för långa eller för korta meningsenheter som rekommenderas av Graneheim och Lundman (2004) då de kan vara för svårtolkade och sänka arbetets trovärdighet. Vartefter flera intervjuer analyserades, ändrades underkategorierna och kategorierna för att inkludera det nya resultaten. Sandelowski (2000), menar att forskare inom kvalitativ innehållsanalys ofta ändrar sin analys av data för att kunna ta emot nya data och nya insikter om data. Det kvalitativa kodningssystemet modifieras under kodningens gång till förmån för ett nytt kodningssystem med ny data. En svaghet med detta arbete kan vara att författarna inte frågade någon utifrån att se över hur väl koderna och kategorierna överensstämde med den insamlade data, något som Graneheim och Lundman (2004) menar kan stärka studiens trovärdighet.

Intervjuerna valdes att analyseras utifrån en manifest textanalys, vilket betyder att det som analyseras är det som står i texten och beskriver synliga och uppenbara komponenter (jfr. Graneheim & Lundman, 2004). Författarna valde en manifest analys då det kan tänkas att den latent analysen är mer omfattande, där textens underliggande mening ska hittas och analyseras. Den manifesta analysen kan också tänkas vara mer tidsbesparande då det är vad som står i de transkriberade utskrifterna som ska analyseras och hitta stycken som svarar mot studiens syfte. När resultatet sedan presenterades valde författarna att inkludera representativa citat, något som rekommenderas av Graneheim och Lundman (2004) då även det tillför till studiens trovärdighet.

SLUTSATS

Arbetsrelaterad stress är vanligt förekommande då sjuksköterskorna sa sig uppleva stress flera gånger under en arbetsvecka och i vissa fall under varje arbetspass. Det är vid hög arbetsbelastning som orsakas av bland annat stort patientantal, långa väntetider och brister i bemanning och utrustning som sjuksköterskorna upplever stress. Vid dessa tillfällen känner sjuksköterskorna kroppsliga och psykiska symtom och de upplever att patientsäkerheten blir påverkad eftersom den arbetsrelaterade stressen har en inverkan på kvalitén på omvårdnaden som ges. Sjuksköterskors ansvarsområde riskerade att bli eftersatt eftersom omvårdnaden prioriteras bort. Den arbetsrelaterade stressen kunde upplevas öka risken för misstag och påverka patientsäkerheten. Sjuksköterskorna använde sig av förebyggande strategier genom att kommunicera och att strukturera arbetsuppgifterna under sitt pass. Det var också ett sätt att främja patientsäkerheten. Alla patienters behov inte alltid tillgodosågs och att arbetsrelaterad stress leder till bristande kvalitet på omvårdnaden och därmed ökad risk för negativt påverkad patientsäkerhet.

Klinisk tillämpbarhet

Det är enligt rapporter inget nytillkommet fenomen att akutmottagningar har ett högt patientflöde och att väntetiderna ofta är långa, studien förtydligar att detta är ett fortsatt problem inom vården och att åtgärder måste vidtas för att förbättra situationen. Eftersom studien efterfrågade sjuksköterskors egna erfarenheter av arbetsrelaterad stress ger det en inblick i vad sjuksköterskor själva anser vara bidragande orsaker till stressen och arbetet kan användas i arbetsmiljörelaterade förbättringsarbeten som underlag för verksamheten i hur dessa bidragande orsaker kan reduceras.

Det framgick att sjuksköterskorna i denna studie anser att ett stort patientantal och långa väntetider ökar den arbetsrelaterade stressen för sjuksköterskorna vilket i sin tur resulterar i en ökad patientsäkerhetsrisk. För att minska risken för patienterna behöver därmed väntetiderna kortas ned och arbetsbördan för sjuksköterskorna minskas. Förslag på vidare arbete är därmed att undersöka och arbeta för att minska väntetiden genom att förbättra patientflödet på akutmottagningarna och på så sätt minska patientantalet per sjuksköterska. Att skapa förutsättningar för att förbättra patientflödet kan göras genom att undersöka hur effektiviseringen kan ske i samordningen med andra enheter som exempelvis röntgen och vårdavdelningar. Detta kan tänkas leda till att tiden patienten tillbringar på akutmottagningen blir kortare och att arbetsbelastningen minskar för vårdpersonalen. Eftersom att resultatet återigen belyser att arbetsrelaterad stress är vanligt förekommande inom akutsjukvården, att personalen upplever fysiska och psykiska symtom vid stress samt att patientsäkerheten påverkas är fortsatt forskning och arbete inom detta område är att rekommendera. Detta för att

skapa god arbetsmiljö för vårdpersonalen och för att öka vårdpersonalens förutsättningar att bedriva säker vård.

REFERENSER

- Abraham, L. J., Thom, O., Greenslade, J. H., Wallis, M., Johnston, A. NB., Carlström, E.,...Crilly, J. (2018). Morale, stress and coping strategies of staff working in the emergency department: A comparison of two different-sized departments. *Emergency Medicine Australasia*, 30(3), 375-381. doi:10.1111/1742-6723.12895
- Adeb- Saeedi, J. (2002). Stress amongst emergency nurses. *Australian Emergency Nursing Journal*, 5(2), 19-24.
- Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2015). Causes and consequences of occupational stress in emergency nurses, a longitudinal study. *Journal of Nursing Management* 23, 346-358. doi: 10.1111/jonm.12138.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987-1993.
- Al-Yateem, N. (2012). The effect of interview recording on quality of data obtained: A methodological reflection. *Nurse Researcher*, 19(4), 31-35.
- Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2012) Kvantitativ studiedesign. Kvalitativ Design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 115-126). Lund: Studentlitteratur.
- Chen, L-C., Lin, C-C., Han, C-Y., Hsieh, C-L., Wu, C-J., & Liang, H-F. (2018). An interpretative study on nurses' perspectives of working in an overcrowded emergency department in Taiwan. *Asian Nursing Research*, 12(1), 62-68. doi: 10.1016/j.anr.2018.02.003
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 163-174). Lund: Studentlitteratur.
- Elkum, N., Fahim, M., Shoukri, M., & Al-Madouj, A. (2009). Which patients wait longer to be seen and when? A waiting time study in the emergency department. *Eastern Mediterranean Health journal*, 15(2), 416- 424.
- Engström, L. (Red.). (2018). Stress. Hämtad 11 oktober, 2018, från <https://www.1177.se/Sormland/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Stress/>
- Eriksson, J., Gellerstedt, L., Hillerås P., & Craftman, Å. G. (2017). Registered nurses' perceptions of safe care in overcrowded emergencydepartments. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5/6), 1061-1067. doi:10.1111/jocn.14143

Evanovich Zavotsky, K., & Chan, G. K. (2016). Exploring the relationship among moral distress, coping, and the practice environment in emergency department nurses. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 38(2), 133–146. doi: 10.1097/TME.000000000000100

Flowerdew, L., Brown, R., Russ, S., Vincent, C., & Woloshynowych, M. (2012). Teams under pressure in the emergency department: an interview study. *Emergency Medicine Journal*, 29(12), 1-5. doi: 10.1136/emered-2011-200084

Fryckstedt, J., Hulting, J., Höjer, J. & Ludwigs, U. (2014). *Matell-Reichards: Akutmedicin* (3 uppl.). Lund: Studentlitteratur

Fröjd, C., Larsson, I-M. & Wallin, E. (2016). Omvårdnad av intensivvårdspatienter. I A. Larsson & S. Rubertsson *Intensivvård 2a* upplagan (ss 732-742). Stockholm: Liber

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

Gustafson, P. & Ahlberg, J. (2017). *När skydds nätet brister- lärdomar från patientförsäkringen*. Lund: Studentlitteratur

Hansson, L-E. (2014). Beslutsfattande i akutkirurgisk verksamhet. I L-E. Hansson & T. Vikstrom *Akut kirurgi med Traumatologi* (ss 17-21). Lund: Studentlitteratur

Henricson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ Design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 130-137). Lund: Studentlitteratur.

Hitchcock, M., Gillespie, B., Crilly, J., & Chaboyer, W. (2013). Triage: an investigation of the process and potential vulnerabilities. *Journal of Advanced Nursing*, 70(7), 1532-1541. doi:10.1111/jan.12304

Husebø, S. E. & Olsen, Ø. E. (2019). Actual clinical leadership: a shadowing study of charge nurses and doctors on-call in the emergency department. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 27(1), doi: 10.1186/s13049-018-0581-3

de Jonge, J., van Vegchel, N., Shimazu, A., Schaufeli, W. & Dormann, C. (2010). A longitudinal test of the demand-control model using specific job demands and specific job control. *International Journal of Behavioral Medicine*, 17(2), 125-133. doi: 10.1007/s12529-010-9081-1

Kilcoyne, M., & Dowlings, M. (2007). Working in an overcrowded accident and emergency department: nurses' narratives. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(2), 21-27.

Knapman, M., & Bonner, A. (2010). Overcrowding in medium-volume emergency departments: effects of aged patients in emergency departments on wait times for non-emergent triage-level patients. *International Journal of Nursing Practice*, *16*(3), 310-317. doi: 10.1111/j.1440-172X.2010.01846.x

Källberg, A-S., Göransson, K. E., Florin, J., Östergren, J., Brixey, J. J., & Ehrenberg, A. (2015). Contributing factors to errors in Swedish emergency departments. *International Emergency Nursing*, *23*(2), 156-161. doi:10.1016/j.ienj.2014.10.002

Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*, vol 358: 483-488

Managing the stress of a challenging job. (2017). *Case Management Monthly*, *14*(9), 3–5. Retrieved from <http://search.ebscohost.com.proxy.ub.umu.se/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=125017019&login.asp&site=ehost-live&scope=site>

McDermid, F., Peters, K., Jackson, D., & Daly, J. (2014). Conducting qualitative research in the context of pre-existing peer and collegial relationships. *Nurse Researcher*, *21*(5), 28-33.

McGrath, C., Palmgren, P. J. & Liljedahl, M. (2018): Twelve tips for conducting qualitative research interviews. *Medical Teacher*. doi: 10.1080/0142159X.2018.1497149

Mendes, J. R., Lopes, M. C. B. T., Vancini-Campanharo, C. R., Okuno, M. F. P., & Batista, R. E. A. (2018) Types and frequency of errors in the preparation and administration of drugs. *Einstein (Sao Paulo)*, *16*(3), doi: 10.1590/S1679-45082018AO4146.

Moola, S., Ehlers, V. J., & Hattingh, S. P. (2008). Critical care nurses' perceptions of stress and stress-related situations in the workplace. *Curationis*, *31*(2),77-86.

Morgan, J., & Wood, I. (2013). Inledande bedömning av akut sjuka personer. I I. Wood & M. Garner (Red.), *Inledande omhändertagande av akut sjuka personer: En bok för sjuksköterskor* (ss.23-51). Lund: Studentlitteratur.

Person, J., Spiva, LA., & Hart, P. (2013). The culture of an emergency department: An ethnographic study. *International Emergency Nursing*, *21*(4), 222-227. doi: 10.1016/j.ienj.2012.10.001

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

Rahman, R. (2015). Comparison of telephone and in-person interviews. *Interdisciplinary Undergraduate Research Journal*, 10-13.

Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 429-444). Lund: Studentlitteratur.

Rozo, J. A., Olson, D. M., Thu, H., & Stutzman, S. E. (2017). Situational factors associated with burnout among emergency department nurses. *Workplace Health & Safety*, 65(6), 262-265. doi: 10.1177/2165079917705669

Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334-340.

Schell, C.O., Gerdin Wärnberg, M., Hvarfner, A., Höög, A., Baker, U., Castegren, M. & Baker, T. (2018). The global need for essential emergency and critical care. *Critical Care*, 22(1), doi: 10.1186/s13054-018-2219-2

Seow, E. (2013). Leading and managing an emergency department- A personal view. *Journal of Acute Medicine*, 3(3), 61-66. doi: 10.1016/j.jacme.2013.06.001

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2017:30. *Hälso- och Sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet

Socialstyrelsen (2017a). *Definition av patientsäkerhet och vårdskada*. Hämtad den 3 december, 2018, från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/definitionen-av-patientsakerhet-och-varnskada>

Socialstyrelsen (2017b). *Väntetider och patientflöden på akutmottagningar – Rapport februari 2017*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20493/2017-2-16.pdf>

Socialstyrelsen (2017c). *Överbeläggningar och utlokalisering av patienter*. Hämtad 25 februari 2019 från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker/riskomraden/overbelaggnings-och-utlokalisering>

Socialstyrelsen (2018). *Kompetensförsörjning och patientsäkerhet: Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20871/2018-2-15.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot akutsjukvård*. Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/legitimerad_sjukskoterska_med_specialistsjukskoterskeexamen_med_inriktning_mot_akutsjukvard.pdf

Vetenskapsrådet (2017). *God forskningssed*. Hämtad från https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1529480532631/God-forskningssed_VR_2017.pdf

Wiegner, L. (2013). Stress. I K. Hedin (Red) & M. Löndahl (Red) *Allmänläkarpraktikan. Smärta, Sömn, Stress* (ss. 139-156). Lund: Studentlitteratur.

Wilson, W., Raj, J. P., Narayan, G., Ghiya, M., Murty, S., & Joseph B. (2017) Quantifying Burnout among Emergency Medicine Professionals. *Journal of Emergency Trauma, and Shock*. 10(4),199-204. doi: 10.4103/JETS.JETS_36_17

Wolf, L. A., Perhats, C., Delao, A. M., Clark, P. R., & Moon, M. D. (2017). On the threshold of safety: A qualitative exploration of nurses' perceptions of factors involved in safe staffing levels in emergency departments. *Journal of Emergency Nursing*, 43(2), 150-157. doi:10.1016/j.jen.2016.09.003

Wolf, L. A., Perhats, C., Delao, A. M., Moon, M. D., Clark, P. R., & Zavotsky, K. E. (2016). "It's a burden you carry": Describing moral distress in emergency nursing. *Journal of Emergency Nursing*, 42(1), 37-46. doi:10.1016/j.jen.2015.08.008

World Health Organization (WHO, 2016) Medication Errors: Technical serials on Safer Primary Care [Internet] Geneve: WHO; 2016.

World Health Organization (WHO, 2009) Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1. Hämtad 25 februari 2019 från https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf

Yuwanich, N., Sandmark, H., & Akhavan, S. (2015). Emergency department nurses' experiences of occupational stress: A qualitative study from a public hospital in Bangkok, Thailand. *Work : A Journal of Prevention, Assessment, and Rehabilitation*, 53(4), 885-97. doi: 10.3233/WOR-152181

Zhang, E., Hung, S-C., Wu, C-H, Chen, L-L., Tsai, M-T. & Lee W-H. (2016). Adverse event and error of unexpected life-threatening events within 24 hours of ED admission. *The American Journal of Emergency Medicine*, 35(3), 479-483. doi: 10.1016/j.ajem.2016.11.062.

Ödegård, S. (2013). Patientsäkerhet. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (ss. 253-294). Stockholm: Liber.



Stockholm 2018-11-17

Till verksamhetschef
XXXX XXXX
Akutmottagningen, XXXXX

Vi heter Emilie Andersson och Malin Lennmark och är Studenter på specialistsjuksköterskeprogrammet vid Sophiahemmet Högskola som ska genomföra ett självständigt arbete på avancerad nivå omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör sjuksköterskors erfarenheter av vad som orsakar arbetsrelaterad stress och hur det kan påverka omvårdnaden ur ett patientsäkerhetsperspektiv (var god se nästa sida för sammanfattning av studiens innehåll och uppläggning). Vi är därför intresserade av få genomföra arbetet vid akutmottagningen, XXXXX.

Om Du godkänner att studien genomförs vid akutmottagnigen, är vi tacksamma för din underskrift av denna bilaga som därefter returneras i bifogat svarskuvert. Om Du känner dig tveksam till att studien genomförs vid akutmottagningen är vi tacksamma för besked om detta. Har Du ytterligare frågor rörande undersökningen är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Vänlig hälsning

Students namnteckning
Malin Lennmark_____
Students namnförtydligande
073-8439346_____
Students telefonnummer
malin.lennmark@gmail.com_____
Students E-postadress

Handledares namnteckning
Taina Sormunen_____
Handledares namnförtydligande
08-4062987_____
Handledares telefonnummer

Students namnteckning
Emilie Andersson_____
Students namnförtydligande
073-7159833_____
Students telefonnummer
emi.andersson@hotmail.com_____
Students E-postadress

Sammanfattning av ARBETETS upplägg och innehåll

Sjuksköterskans erfarenheter av arbetsrelaterad stress

Problemområde

Arbetsbelastningen är hög för sjuksköterskor på svenska akutmottagningar, något som förstärks av ökade patientflöden, otillräcklig bemanning och neddragning av resurser och vårdplatser. Dessa faktorer kan i sin tur bidra till förhöjd arbetsrelaterad stress. Utöver att orsaka nedsatt välmående i personalgruppen kan stress öka risken för misstag och negativt påverka hela verksamheten och då även patientsäkerheten.

Att undersöka sjuksköterskors upplevelser av arbetsrelaterad stress, vad de själva anser orsaka det och hur de upplever att det påverkar patientsäkerhet är viktigt i arbetet för att skapa god arbetsmiljö för sjukvårdspersonal samt för att säkerställa hög patientsäkerhet.

Syfte

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskors upplevelser av vad de anser orsakar arbetsrelaterad stress och hur det kan påverka omvårdnaden ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

Metod

Studien har en kvalitativ design och har som syfte att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av arbetsrelaterad stress och dess inverkan på patientsäkerheten. Intervjuer valdes som metod då författarna vill att sjuksköterskorna ska berätta och beskriva sina egna erfarenheter av stress och hur det påverkar patienterna.

Två akutmottagningar har valts ut att tillfråga, där den ena är den ena. Intervjuerna kommer genomföras på ett avskilt rum utan störande moment. Intervjuerna kommer sedan att transkriberas och kodas och en kvalitativ innehållsanalys kommer att genomföras för att hitta bärande teman och kategorier (Polit & Beck, 2017).

Tidslängd för arbetet

Arbetet beräknas börja när godkännande från respektive verksamhetschef har givits och sträcker sig fram till arbetets deadline, det vill säga den 15 april 2019.

Bilaga A

Jag godkänner härmed att Emilie Andersson och Malin Lennmark får utföra studien
”Patientsäkerhet vid stress på akutmottaning” på kliniken under tidsperioden November 2018-
April 2019.

Ort, datum

Namnteckning, Verksamhetschef

Namnförtydligande



Stockholm 2018-11-17

Till verksamhetschef

XXXX XXXX

Akutmottagningen, XXXX Lasarett

Vi heter Emilie Andersson och Malin Lenmark och är Studenter på specialistsjuksköterskeprogrammet vid Sophiahemmet Högskola som ska genomföra ett självständigt arbete på avancerad nivå omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör sjuksköterskors erfarenheter av vad som orsakar arbetsrelaterad stress och hur det kan påverka omvårdnaden ur ett patientsäkerhetsperspektiv (var god se nästa sida för sammanfattning av studiens innehåll och uppläggning). Vi är därför intresserade av få genomföra arbetet vid akutmottagningen, XXXX lasarett.

Om Du godkänner att studien genomförs vid akutmottagnigen, är vi tacksamma för din underskrift av denna bilaga som därefter returneras i bifogat svarskuvert. Om Du känner dig tveksam till att studien genomförs vid akutmottagningen är vi tacksamma för besked om detta. Har Du ytterligare frågor rörande undersökningen är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Vänlig hälsning

Bilaga A

Students namnteckning

Malin Lennmark_____

Students namnförtydligande

073-8439346_____

Students telefonnummer

malin.lennmark@gmail.com_____

Students E-postadress

Handledares namnteckning

Taina Sormunen_____

Handledares namnförtydligande

08-4062987_____

Handledares telefonnummer

Students namnteckning

Emilie Andersson_____

Students namnförtydligande

073-7159833_____

Students telefonnummer

emi.andersson@hotmail.com_____

Students E-postadress

Sammanfattning av ARBETETS upplägg och innehåll

Sjuksköterskans erfarenheter av arbetsrelaterad stress

Problemområdet

Arbetsbelastningen är hög för sjuksköterskor på svenska akutmottagningar, något som förstärks av ökade patientflöden, otillräcklig bemanning och neddragning av resurser och vårdplatser. Dessa faktorer kan i sin tur bidra till förhöjd arbetsrelaterad stress. Utöver att

Bilaga A

orsaka nedsatt välmående i personalgruppen kan stress öka risken för misstag och negativt påverka hela verksamheten och då även patientsäkerheten.

Att undersöka sjuksköterskors upplevelser av arbetsrelaterad stress, vad de själva anser orsaka det och hur de upplever att det påverkar patientsäkerhet är viktigt i arbetet för att skapa god arbetsmiljö för sjukvårdspersonal samt för att säkerställa hög patientsäkerhet.

Syfte

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskors upplevelser av vad de anser orsakar arbetsrelaterad stress och hur det kan påverka omvårdnaden ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

Metod

Studien har en kvalitativ design och har som syfte att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av arbetsrelaterad stress och dess inverkan på patientsäkerheten. Intervjuer valdes som metod då författarna vill att sjuksköterskorna ska berätta och beskriva sina egna erfarenheter av stress och hur det påverkar patienterna.

Två akutmottagningar har valts ut att tillfråga, där din är den ena. Intervjuerna kommer genomföras på ett avskilt rum utan störande moment. Intervjuerna kommer sedan att transkriberas och kodas och en kvalitativ innehållsanalys kommer att genomföras för att hitta bärande teman och kategorier (Polit & Beck, 2017).

Tidslängd för arbetet

Arbetet beräknas börja när godkännande från respektive verksamhetschef har givits och sträcker sig fram till arbetets deadline, det vill säga den 15 april 2019.

Bilaga A

Jag godkänner härmed att Emilie Andersson och Malin Lennmark får utföra studien
”Patientsäkerhet vid stress på akutmottagning” på kliniken under tidsperioden November
2018- April 2019.

Ort, datum

Namnteckning, Verksamhetschef

Namnförtydligande

Forskningspersonsinformation

Vi heter Emilie Andersson och Malin Lennmark och är Studenter på specialistsjuksköterskeprogrammet vid Sophiahemmet Högskola som ska genomföra ett självständigt arbete på avancerad nivå omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör sjuksköterskors upplevelser av vad som orsakar arbetsrelaterad stress och hur det kan påverka omvårdnad ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

Bakgrund

Att undersöka sjuksköterskors upplevelser av arbetsrelaterad stress, vad de själva anser orsaka det och hur de upplever att det påverkar patientsäkerhet är viktigt i arbetet för att skapa god arbetsmiljö för sjukvårdspersonal samt för att säkerställa hög patientsäkerhet.

Syfte

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskors upplevelser av vad de anser orsakar arbetsrelaterad stress och hur det kan påverka omvårdnaden ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

Förfrågan om deltagande

Du tillfrågas i egenskap av sjuksköterska eftersom det är sjuksköterskors erfarenheter av patientsäkerhet vid stress på akutmottagning som ska undersökas.

Hur går studien till?

Studien baseras på intervjuer som är tänkt att genomföras på din arbetsplats i ett avskilt rum. Intervjun genomförs på en tid som passar dig.

Inspelningsutrustning kommer att användas för att underlätta senare transkribering. Sedan analyseras texten enligt en kvalitativ innehållsanalys där meningsenheter som svarar mot syftet väljs ut. Meningsenheterna kodas och sorteras in i kategorier och underkategorier.

Hantering av data och sekretess

Data i form av personuppgifter till informanterna kommer aidentifieras och svaren som redovisas i resultatet kommer inte kunna härledas tillbaka till informanterna. Ansvarig för dina personuppgifter är Sophiahemmet Högskola. Med ditt inlämnade av informerat samtycke behandlas dina personuppgifter i studien om sjuksköterskors erfarenheter av patientsäkerhet vid stress enligt SFS2018:218.

Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Studien kommer att publiceras i Diva som ett självständigt arbete på avancerad nivå.

Information om studiens resultat

Finns det intresse att efter studiens slut få ta del av resultatet finns möjlighet att få arbetet skickat till dig.

Ersättning

Deltagande i studien ger ingen ersättning eller kompensation.

Bilaga B

Frivillighet

Deltagande i studien är frivilligt och du kan när som helst under studien välja att avbryta ditt deltagande utan att uppge en orsak.

Ansvariga

Ansvariga för studien är studenterna Emilie Andersson och Malin Lennmark med stöd av handledare Taina Sormunen

Kontaktuppgifter till Malin Lennmark

073-8439346

malin.lennmark@gmail.com

Kontaktuppgifter till Emilie Andersson

073-7159833

emi.andersson@hotmail.com

Kontaktuppgifter till handledare Taina Sormunen

08-4062987

taina.sormunen@shh.se

Samtyckesformulär – Sjuksköterskans erfarenheter av arbetsrelaterad stress på akutmottagningar

Jag har tagit del av informationen, fått tillfälle att ställa kompletterande frågor och fått svar på dessa och samtycker till att delta i studien patientsäkerhet vid stress på akutmottagningar. Jag samtycker även till att mina personuppgifter hanteras enligt dataskyddsförordningen.

.....
.....

Ort och Datum

Underskrift forskningsperson

.....

.....

Namnförtydligande

.....
.....

Ort och datum

Underskrift student

.....
Namnförtydligande

Ort och datum

Underskrift student

.....
Namnförtydligande

Intervjuguide

Syftet

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av arbetsrelaterad stress och dess inverkan på patientsäkerheten.

Inledning

Berättar lite kort bakgrund om studien och syftet. Frågar om det finns oklarheter kring forskningspersonsinformation som tidigare skickats ut.

Inledande information om informanterna

Ålder:

Kön:

Antal år som verksam sjuksköterska:

Antal år som verksam sjuksköterska inom akutsjukvård:

Frågeområden relevanta för studiens syfte

1. Kan du berätta om dina erfarenheter av arbetsrelaterad stress på akutmottagningen?
2. Vilka situationer kan orsaka stress i det dagliga arbetet?
3. Berätta om ett tillfälle när du upplevde hur stress riskerade att påverka patientsäkerheten?
4. Hur uppfattar du att patientsäkerheten kan påverkas om du är stressad?
5. Berätta hur du hanterar situationer som stressar dig på arbetet?
6. Är det något annat du vill tillägga innan vi avslutar intervjun?

Förslag till följdfrågor

-Skulle du kunna utveckla det/berätta mer om det?

-Hur upplevde du det?

-Vad tänkte du då?

-Vad hände sedan?

-Vad tror du det beror på?

- Hur du reagerade du då?