



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Sjuksköterskans arbetsmiljö och patientsäkerhet

En litteraturstudie

Kristoffer Andersson

Oktober 2012

Examensarbete 15p
Omvårdnadsvetenskap
Examensarbete inom omvårdnad
Sjuksköterskeprogrammet

Handledare: Maria Randmaa
Examinator: Annika Nilsson

Sammanfattning

Syftet med litteraturstudien var att beskriva hur sjuksköterskans arbetsmiljö påverkar patientsäkerheten. **Metoden** som användes var en litteraturstudie som baserade sig på tretton artiklar. **Resultatet** pekade på att kvalitén på vården som sjuksköterskorna gav var signifikant associerad med sjukhusets arbetsmiljö och antalet anställda. Det fanns ett starkt samband mellan antalet patienter per sjuksköterska och patientsäkerheten. Det visade sig även att om en arbetsplats har en dåligt organiserad arbetsmiljö så kan det motverka fördelarna med att ha mycket personal. Sjuksköterskor måste vara flexibla då patienternas behov och vårdkedjor var mycket komplexa och ständigt varierande. Det kan finnas starka kopplingar mellan patienternas säkerhet i vården och sjuksköterskornas arbetsmiljö samt flera faktorer som påverkar denna arbetsmiljö: bemanning, organisation, arbetsansvar, höga krav, arbetsledning, patienternas tillstånd, arbetsrelationer, lagarbete, arbetsvillkor, sjuksköterskans professionella inställning, kommunikation, resurser, stress, utmattningssyndrom, stora mängder administration, telefonarbete, hanterande av svåra situationer och övriga icke sjuksköterskeuppgifter. Sjuksköterskeyrket beskrivs som mycket komplext, att det förväntas mycket och att det ställs stora krav på våra sjuksköterskor. Hög arbetsbelastning, konflikter mellan kollegor, dålig ledning och emotionell börda kopplades till utmattningssyndrom bland sjuksköterskor. **Slutsatsen** blev att låg bemanning och dålig arbetsmiljö kan påverka vårdkvalitén och patientsäkerheten.

Nyckelord: Arbetsbelastning, arbetsmiljö, patientsäkerhet, omvårdnad, sjuksköterska

Abstract

The aim of this literature study was to describe how nurses' work environment affects patient safety. **The method** used was a literature study based on thirteen articles. **The results** indicated that the quality of care that nurses gave was significantly associated with hospital work environment and workforce. There was a strong correlation between the number of patients per nurse and patient safety. It was also found that if a workplace has a poorly organized work environment it can negate the benefits of high staffing. Nurses need to be flexible as the needs of patients and healthcare setup were very complex and constantly changing. There may be a strong link between patient safety in health care and nursing work environment and several factors that influence this work: staffing, organization, job responsibilities, demands, management, patients conditions, labour relations, team work, working conditions, nurses professional attitude, communication, resources, stress, chronic fatigue syndrome, large amounts of administration, telephone work, handling of difficult situations, and other non-nursing duties. Nursing was described as very complex, with high expectations and requirements for our nurses. High workload, conflicts between colleagues, poor management and emotional burden linked to burnout among nurses. **Conclusion** was that low staffing and poor working environment can affect the quality of care and patient safety.

Keywords. Workload, work environment, patient safety, nursing, nurse

Innehållsförteckning:

<i>1. INTRODUKTION</i>	4
1.1 Sjuksköterskans arbetsmiljö	4
1.2 Patientsäkerhet	5
1.3 Arbetsbelastning	6
1.4 Problemformulering	7
1.5 Syfte	7
1.6 Frågeställning	7
<i>2. METOD</i>	7
2.1 Design	7
2.2 Litteratursökning	7
Tabell 1.	8
2.3 Kriterier för val av källor	8
2.4 Valda källor	9
2.5 Dataanalys	9
2.6 Forskningsetiska överväganden	9
<i>3. RESULTAT</i>	9
Tabell 2.	10
Tabell 3.	12
3.1 Arbetsmiljö	13
3.2 Bemanning /Arbetsbelastning	14
3.3 Arbetsansvar	16
3.4 Arbetsledning, arbetsvillkor och förmåner	18
3.5 Relationer mellan arbetskollegor	20
3.6 Sjuksköterskans professionella inställning	21
3.7 Artiklarnas kvalitet gällande urval och bortfall	22
<i>4. DISKUSSION</i>	22
4.1 Huvudresultat	22
4.2 Resultatdiskussion	23
4.3 Urval och bortfall	25
4.4 Metoddiskussion	26
4.5 Allmän diskussion	27
<i>5. REFERENSER</i>	30

1. INTRODUKTION

1.1 Sjuksköterskans arbetsmiljö

Kristoffersen m.fl. (2005) beskrev att det fanns ett nära samband mellan att främja människans värdighet med hur omgivningen och själva miljön kring patienten var ordnad. Saker som patientrummets standard och arkitektur var en sida av institutionernas struktur, miljön och organisation som sjuksköterskan inte har något direkt inflytande över. Dock var sjuksköterskans inflytande viktigt när det kom till den konkreta estetiska anpassningen och organisationen av omvårdnaden. Väldigt ofta kunde det vara små saker som kan verka oväsentliga, som patienten tycker är viktiga. Som att det är ordnad miljö kring den personliga vårdssituationen, att måltiderna överensstämmer med patientens önskemål, att det råder god hygien kring patienten, god belysning så patienten ser att äta, att rummet har rätt temperatur och att det vädras och att allt fungerar på ett sådant sätt att patienten känner att det bidrar till att den får sina grundläggande behov tillgodosedda (Kristoffersen 2005). Kotzer m.fl. (2006) skrev att för att kunna bedriva en ansvarfull och säker vård krävs förståelse för vilka faktorer som behöver förbättras gällande miljö, säkerhet och arbetsteam, samt att vården ständigt arbetar för att bli bättre. Sjuksköterskor har en hög nivå av oro och engagemang till sitt arbete vilket gör dem till värdefull vårdpersonal då de arbetar för att förbättra dessa faktorer. Kristoffersen m.fl. (2006) menar att för att kunna bedriva en god omvårdnad krävs kunskaper om människans grundläggande behov och om de varierande förhållanden som under livets gång påverkar behoven. För att kunna beakta dessa aspekter behöver sjuksköterskan kunna se situationer ur patientens perspektiv (Kristoffersen 2006).

Arbetsmiljölagens ändamål (AML1977:1160) är att förebygga olycksfall och ohälsa i arbetet och att uppnå en god arbetsmiljö. I arbetsmiljö ingår alla faktorer och förhållanden i arbete, såsom tekniska, fysiska, arbetsorganisatoriska, sociala förhållanden och arbetets innehåll. Arbetsgivarens ansvar är att systematiskt planera, kontrollera och leda verksamheten på ett sådant sätt att det uppfyller kraven för en god arbetsmiljö, samt utreda arbetsskador, undersöka riskerna i verksamheten och vidta åtgärder om det behövs. När minst 50 arbetstagare sysselsätts ska det finnas en skyddskommitté som är sammansatt av företrädare från både arbetstagare och arbetsgivare (AML1977:1160).

Enligt socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (SOS 2005:105) ska denne ”Ha förmåga att reflektera över, motivera och medverka till att utveckla en god vårdmiljö, värna om estetiska aspekter i vårdmiljön, medverka i arbetsmiljöarbetet samt uppmärksamma arbetsrelaterade risker och aktivt förebygga dessa” (SOS 2005:105).

Enligt Ramanujam m.fl. (2008) kan det finnas ett samband mellan sjuksköterskors förmåga att styra sin arbetsmiljö, trivsel på arbetet och patientsäkerhet. Mer studier krävs för att fastställa hur kontroll av miljön kan förbättra förmågan att utföra en god patientsäkerhet.

1.2 Patientsäkerhet

Det pågår ett aktivt arbete för att minska patientskador och öka patientsäkerheten inom den svenska sjukvården. För den som vårdas av landsting, kommun eller annan vårdgivare finns en patientförsäkring. Den säger att alla som arbetar inom vården skall ge patienten bästa möjliga vård. Ändå sker skador och felbehandlingar och det har blivit ett dagligt dilemma för många sjuksköterskor att de inte har den tid som behövs för att kunna bedriva en individuell patientbehandling och omsorg (LÖF 2012). En princip som står till grund för all vårdverksamhet är att ingen patient ska komma till skada på grund av vården. Trots detta sker det olyckligtvis att ungefär 100 000 patienter drabbas av vårdskador varje år i Sverige. Socialstyrelsen gjorde 2007 en svensk vårdskadeundersökning. Det visade sig att vårdskador var vanligast i gruppen 65 år och äldre, nästan var tionde patient fick bestående men eller funktionsnedsättning efter vårdskadan, i tre procent av fallen var vårdskadan en bidragande orsak till patientens död och en vårdskada medförde i genomsnitt sex extra vårddygn vilket räknat på 105 000 vårdskador blir 630 000 extra vårddygn per år (Socialstyrelsen, 2012).

Bara i Gävleborgs landsting anmäldes 11800 skador under år 2011, vilket var en ökning på 13% jämfört med år 2010. Statistik visar att från år 2005 till år 2011 skedde 73% av antal anmälda fall i Gävleborg inom sjukhus. Resterande 27% anmälningar skedde inom öppenvård, tandvård och övrigt. Under år 2011 betalades det i hela Sverige ut 448 miljoner kr i ersättning till drabbade patienter och efterlevande. Ortopedi, kirurgi och verksamheter med stora operationsvolymen var de områden där flest anmälningar gjordes (Patientförsäkringen LÖF 2011).

Den första januari 2011 trädde en ny patientsäkerhetslag i kraft, vars syfte var att främja hög patientsäkerhet. Denna patientsäkerhetslag ställer krav på vården att den ska bli säkrare genom ett systematiskt förebyggande patientsäkerhetsarbete samt att alla som

arbetar inom vården ska bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls (Vårdförbundet 2012, SOS: Patientsäkerhetslag 2010:659).

Det fanns många anledningar till att arbeta med patientsäkerhet. Dels humanitära anledningar som att vi bör undvika försämrade livskvalitet och onödigt lidande. Även arbetsmiljömässiga som att personal som begått misstag kunde må psykiskt dåligt lång tid efteråt över en sådan händelse. Alla ekonomiska resurser går till patienter som skadats i vården skulle de istället kunna läggas på vård till patienter. Samt samhällsekonomiska anledningar som sjukförsäkringar och förtidspensioner som betalas ut till dem som skadats i vården (Patientförsäkringen LÖF 2012).

1.3 Arbetsbelastning

Arbetsbelastning gällandes sjuksköterskor är ett diskuterat ämne som har funnits länge. Redan på 1990-talet gjordes en studie (Jolma 1990) som visade att majoriteten av sjuksköterskorna kände att de hade en större arbetsbelastning än vad de ansvarsfullt kunde hantera samtidigt som de kämpade på med de resurser som fanns tillgängliga. Klagomål kring sjuksköterskors höga arbetsbelastning hade redan då år 1990 ökat de senaste årtiondena (Jolma 1990). Ramanujam (2008) beskrev att arbetets krav på sjuksköterskor mäts vanligtvis genom att beräkna hur många patienter som vårdas per sjuksköterska, hur många patienter som behöver akut vård och mängd dokumentation. Sjuksköterskan skall göra denna sorts analys som visar att arbetsvolymen påverkar arbetskraven. Framtida forskning på området skulle dra nytta av en uppdelning på intrikata begrepp så som arbetskrav (Ramanujam 2008).

Islamoska m.fl. (2009) skrev att forskningen kring arbetsmodeller och sjuksköterskekompetens var problematisk, dels på grund av svårigheten att få fram standardiserade instrument och mätvariabler. Det fanns lite data med varierande vetenskaplig kvalitet och informationen som fanns var uppbyggd på olika sätt vilket försvårar jämförelser och möjligheter att dra slutsatser (Islamoska 2009). Kristoffersen (2005) Skrev att förnuftet som var verksamt i fördelningen av vårdinsatser efter nyttokriterier konkurrerar mot de värden som var avgörande för att vården ska bli bra för den enskilde patienten (Kristoffersen 2005). Grayson m.fl. (2005) skrev att det fanns ett behov av att vårdpersonal utbildas för att de ska inse att det fanns faktorer som kunde orsaka en ökad risk för att göra fel och därmed eventuellt utsätta patienter för risker.

Eriksson m.fl. (2003) beskrev att patienter som vårdas på sjukhus har berättat att de

under sin vårdtid känt sig ignorerade av personalen på något sätt. De kände även att personalen inte lyssnat på dem och att de hade varit ointresserade av patienterna, då de inte tog sig tid att prata med dem och lyssna på deras bekymmer. Patienter upplevde överlag att vårdpersonalen var stressad och att vårdavdelningarna var underbemannade (Eriksson 2003). Enligt Ramanujam (2008) kunde arbetsplatsen och krav på sjuksköterskor ha en negativ effekt på patientsäkerheten. Det skulle kunna forskas mer på förhållandet mellan utbildning, jobbkrav och synen på patientsäkerhet genom att testa potentiell samverkan av utbildningen på sjukhusenhetens personal.

1.4 Problemformulering

Klagomål, felbehandlingar och att patienter känner sig bortglömda kan i många fall direkt kopplas till en stressig vårdmiljö och att sjuksköterskor har en stor arbetsbelastning. Det kan finnas kopplingar mellan patientsäkerhet och arbetsmiljön på avdelningarna men de avgörande faktorerna är svårdefinierade. Därför är det viktigt att öka kunskapen om vilka faktorer i sjuksköterskans arbetsmiljö som kan påverka patientsäkerheten.

1.5 Syfte

Syftet med litteraturstudien var att beskriva hur sjuksköterskans arbetsmiljö påverkar patientsäkerheten.

1.6 Frågeställning

- Vilka är de vanligaste beskrivna faktorerna i sjuksköterskans arbetsmiljö som kan påverka patientsäkerheten?
- Vilken vetenskaplig kvalitet har de granskade artiklarna gällande urval och bortfall?

2. METOD

2.1 Design

En beskrivande litteraturstudie där noggrant utvalda artiklar går igenom, beskrivs och analyseras för att sedan finna svar på syfte och frågeställning (Polit & Beck 2008).

2.2 Litteratursökning

Den använda sökdatabasen var Cinahl och med hjälp av MeSH-termer så som workload, environment, nursing, nurs*, safety. En boolesk sökoperator AND har

använts för att begränsa sökningen. I sökningen räknades kopior av artiklar endast en gång till de totalt inkluderade artiklarna. I tabell 1 beskrivs sökningarna.

Tabell 1. Resultatet av litteratursökningen.

Databaser	Sökord	Antal träffar	Antal valda	Antal inkluderade
Chinal	nurses AND workload AND safety	58	10	7
Chinal	nurs* AND workload AND safety	81	15	3
Cinahl	Medical error AND patients safety	36	3	1
Cinahl	Nursing AND work AND environment AND savings	6	2	1
Manuell sökning		1	1	1
Totalt		182	31	13

2.3 Kriterier för val av källor

Sökkriterierna för de artiklar som användes i litteraturundersökningen var att de skulle vara publicerade de senaste fyra åren mellan 2008-2012, abstraktet skulle vara relevant för studiens syfte och frågeställning, språket i artiklarna skulle vara på svenska och engelska, de skulle vara peer reviewed och ha använda sig av link to full text. Efter det lästes artiklarna igenom av författaren och relevanta artiklar för frågeställningen valdes ut. De artiklar som exkluderades var huvudsakligen artiklar som inte överrenstämde med studiens syfte och frågeställning eller saknade link to full text. Litteraturstudier har exkluderats. Kvantitativa och kvalitativa studier har inkluderats. En artikel har valts ut som var tidigare än 2008 genom manuell sökning. Detta på grund av dess lämplighet och att den omnämndes av flera av de andra artiklarna. Artiklarna skulle även vara vetenskapligt publicerade i en tidskrift, gjort etiska ställningstaganden, var av kvalitativ eller kvantitativ design.

2.4 Valda källor

Det inkluderades 13 artiklar i studien. Dessa har uppfyllt kriterierna i 2.3 och redovisas i tabell 2 i resultatdelen.

2.5 Dataanalys

För att finna rätt litteratur till denna studie gjorde författaren ett urval i fem steg.

Steg 1: Efter sökkriteriernas begränsningar kvarstod det 36 artiklar.

Steg 2: Abstrakten lästes igenom och artiklar som var relevanta för studien valdes ut i ett första urval.

Steg 3: Efter det delades artiklarna upp i två grupper. Kvantitativa och kvalitativa.

Steg 4: Kvantitativa och kvalitativa artiklar lästes igenom och ett urval gjordes till resultat. De artiklar som inkluderades i studien granskades först utifrån studiens syfte och frågeställning. En kvalitetsbedömning har sen skett utifrån modifierade riktlinjer gällande urval från Forsberg och Wengström (2008). Där kvalitet mättes utifrån urval och bortfall. Besvarade artiklarna alla frågor var det av hög kvalitet, men om artiklarna inte besvarade frågorna var de av låg kvalitet. Frågorna kunde besvaras med Ja och Nej.

Kvalitetsbedömning för urval av studier med kvalitativt metod: Har urvalsförförandet beskrivits? Har urvalskriterier beskrivits? Är urvalet relevant? Är bortfall beskrivet?

Kvalitetsbedömning för urval av studier med kvantitativt metod: Har urvalsförförandet beskrivits? Är urvalet representativt? Är urvalet tillräckligt stort?

2.6 Forskningsetiska överväganden

Då författaren av denna studie valde att göra en litteraturstudie skedde ingen direktkontakt med några deltagare. Därför försökte författaren att välja etiskt godkända artiklar, men då denna information inte fanns att tillgå i alla artiklar så valdes några ut baserat på att deras metod enligt författaren ansågs vara etiskt genomtänkt och att artikeln gällde sjuksköterskor och inte patienter.

3. RESULTAT

Resultatet kommer först att redovisas i tabellform (tabell 2,3) och därefter i löpande text. Huvudrubriker är arbetsmiljö, bemanning, arbetsbelastning, arbetsansvar arbetsledning, arbetsvillkor och förmåner, relationer mellan arbetskollegor och sjuksköterskans professionella inställning.

Tabell 2. Inkluderade studier: författare, årtal, land, titel, design, datainsamlingsmetod, undersökningsgrupper, dataanalys och kvalitet. Uppställda efter bokstavsordning.

Författare, årtal, land	Titel	Design / Datainsamlingsmetod	Urval / Undersökningsgrupp och bortfall	Dataanalys/ Mätverktyg	Kvalité gällande urval och bortfall
AbuAlRub m.fl 2012 Jordanien	The Relationships Between Safety Climate, Teamwork, and Intent to Stay at Work Among Jordanian Hospital Nurses	Kvantitativ studie. Korrelativ design. Frågeformulär. Safety climate scale, teamwork scale & intent to stay scale.	381 sjuksköterskor på sex sjukhus. Urvalsmetod: bekvämlighetsurval. Bortfall: 450 tillfrågades, 381 besvarade anketen. Närmare beskrivning av bortfall finns inte.	Smith teamwork scale. McCain Behavioral Commitment Scale.	Medel
Aiken m.fl 2002 USA	Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction	Kvantitativ studie. Korrelativ design. Frågeformulär, patientdata från utskrivningar och sekundär data från sjukhusstatistik.	10104 sjuksköterskor på 210 sjukhus i USA, Storbritannien och Canada. Urvalsmetod sjukhus: totalurval Bortfall: 32st sjukhus exkluderades. Urvalsmetod sjuksköterskor: slumpmässigt urval. Bortfall beskrevs.	Jämförande statistik-analys Regressions-analyser	Hög
Al-Kandari 2008 Kuwait	Perceived adverse patient outcomes correlated to nurses' workload in medical and surgical wards of selected hospitals in Kuwait	Kvantitativ studie. Tvärsnittsstudie. Korrelativ design. Egen konstruerat frågeformulär som delades ut både till lediga och arbetande sjuksköterskor på avdelningarna.	780 sjuksköterskor på medicin och kirurgavdelningar på 5 sjukhus. Urvalsmetod: Bekvämlighetsurval Bortfall förklaras ej.	T-tests, ANOVA.	Medel
Choi m.fl 2011 China	Stabilizing and destabilizing forces in the nursing work environment A qualitative study on turnover intention	Kvalitativ studie. Beskrivande design. Individuella semi-strukturerade intervjuer.	26 sjuksköterskor på flera sjukhus. Snöbollsurval. Inget bortfall.	Latent innehållsanalys av insamlad data.	Hög
Gurses m.fl 2009 USA	Impact of Performance Obstacles on Intensive Care Nurses' Workload, Perceived Quality and Safety of Care, and Quality of Working Life	Kvantitativ studie. Tvärsnittsstudie. Frågeformulär. 98-item questionnaire.	259 deltagande intensiv-sjuksköterskor på sju sjukhus. Urvalsmetod: bekvämlighetsurval. Bortfall redovisas.	Correlation analyses och structural equation modeling (SEM).	Hög
Hayes m.fl	Achieving safe staffing for older people in	Kvantitativ studie. Två frågeformulär.	Urval: 1,687 och av dom valdes 240	Sambands-analyser.	Medel

2012 England	hospital	Korrelativ design.	sjuksköterskor ut. Bortfall förklaras ej tydligt.		
2011 Polen	Burnout syndrome in surgical oncology and general surgery nurses: A cross-sectional study	Kvantitativ studie. Tvärsnittsstudie. Deltagare fick fylla i ett anonymt frågeformulär på 3 delar och 37 frågor.	60 sjuksköterskor på två avdelningar. Urvalsmetod: bekvämlighetsurval. Inget bortfall.	Chi 2 test. ANOVA test, T-student test. U-Mann-Whitney test, H-Kruskal-Wallice test.	Hög
2008 UK	Dimensions of clinical nurse specialist work in the UK	Kvantitativ studie. Besskrivande design.	463 kliniska specialistsjuksköterskor. Registerdata/urval från databas och via åtta dimensioner av specialist-sjuksköterskor. Slumpmässigt urval. Bortfall beskrivs inte.	Beskrivande statistik.	Medel
2010 Canada	Interruptions and Pediatric Patient Safety	Kvalitativ studie. Utforskande/ beskrivande design.	32 sjuksköterskor på medicin, kirurgi, iva och medicin. Bekvämlighetsurval. Bortfall beskrivs ej.	Simultaneous triangulation. Descriptive Statistics.	Medel
2011 Thailand	Impact of Nurse Work Environment and Staffing on Hospital Nurse and Quality of Care in Thailand	Kvantitativ studie. Sekundär dataanalys. Korrelerande design. Frågeformulär.	5247 sjuksköterskor i 39 sjukhus. ”Multistage sampling” (flerstegsurval) Bortfall presenteras.	Multivariate logistic regression analysis.	Hög
2011 Turkiet	Nurses’ burnout and unmet nursing care needs of patients’ relatives in a Turkish State	Kvantitativ studie. Korrelativ design. Maslach Burnout Inventory & Nursing Services Satisfaction Inventory.	225 sjuksköterskor på ett universitetssjukhus. Bekvämlighetsurval. Bortfall av 245 tillfrågade deltog 225 i studien. 222 närstående deltog även i studien. Bortfall presenteras ej för närstående.	Wilcoxon, Mann-Whitney & u-test.	Hög
2010 Australien	Classifying nursing errors in clinical management within an Australian hospital	Kvalitativ och kvantitativ studie. Beskrivande design. Info insamlad från numerisk och textdata från ett elektroniskt rapporteringssystem.	241 incidenter involverade sjuksköterskor. Totalurval ur ” Incident Information Management System (IIMS) database från ett Australiensisk sjukhus mellan Juli	Chi 2 tests. Latent innehållsanalys av insamlad data.	Hög

			2007 och Juni 2008. Bortfall: Presenteras.		
Wlodarczyk m.fl 2011 Polen	Frequency and burden with ethical conflicts and burnout in nurses	Kvantitativ studie. Korrelativ design. Frågeformulär. Maslach Burnout Inventory och Ethical Conflicts Questionnaire.	100 sjuksköterskor. Bekvämlighetsurval. Inget bortfall.	Pearson's correlation Cronbach's Alpha	Hög

Tabell 3. De inkluderade studiernas syfte och resultat uppställda efter bokstavsordning.

Författare, årtal, land	Syfte	Resultat
AbuAlRub m.fl 2012 Jordanien	Var att undersöka relationerna mellan säkert arbetsklimat, lagarbete och viljan att fortsätta i arbetet hos sjuksköterskor.	Resultaten visade en positiv korrelation mellan säkert arbetsklimat och lagarbete. Samt att om viljan fanns att stanna på jobbet så hade det en positiv korrelation till säkerhet.
Aiken m.fl 2002 USA Storbritannien	Var att undersöka och jämföra sjuksköterskebemanning, arbetsmiljöns stöd för omvårdnad, sjuksköterskornas utmattningssyndrom och kvalitén på patienternas vård.	Missnöje, utmattningssyndrom, oro om kvaliteten av vård var vanlig bland sjuksköterskorna. Både hur vården var upplagd, organisation, arbetsmiljön och bemanning var direkt kopplad till vårdkvalitet.
Al-Kandari 2008 Kuwait	Identifiera negativa behandlingsresultat i relation till sjuksköterskans arbetsbelastning, samt utforska vilka variabler som bidrog till det hela.	De tre största negativa behandlingsresultaten var missad eller sen mediciner, trycksår och urinvägsinfektion. Detta berodde på ökat antal patienter per sjuksköterska, antalet upptagna patientsängar, instabila patienter som behövde extrainsatta insatser och stöd utöver de vanliga sjuksköterskeuppgifterna.
Choi m.fl 2011 China	Att förklara varför sjukhus hade fått en ökad personalomsättning på just sjuksköterskor.	Arbetsmiljön, bemanning, arbetsansvar, ledning, relationer till medarbetare och professionell motivation bidrog till ökad personalomsättning.
Gurses m.fl 2009 USA	Studera vilken effekt arbetsbelastande arbetsuppgifter har på intensivsjuksköterskor och vad det gjorde med kvalitet och säkerhet inom vården.	Arbetsuppgifter som transporter, arbetsmiljö, hantera familjeärenden och dålig arbetsplatsorganisation påverkade sjuksköterskans arbetsbelastning som i sin tur påverkade kvalitet och säkerhet inom vården.
Hayes m.fl 2012 England	Var att undersöka sambandet mellan bemanning och en säker vård, samt få en inblick i de anställdas syn på hur bemanningen skulle planeras på avdelningsnivå.	Studien visade att det fanns utmaningar på att tillhandahålla vård på avdelningar idag och att det ställdes enorma krav på dagens sjuksköterskor. Tillräcklig bemanning och rätt antal sjuksköterskor var avgörande för att skapa en säker vård. Bemanningsfrågor

		var komplexa och kräver lokala lösningar.
Ksiazek m.fl 2011 Poland	Utvärdera förekomsten av utmattningssyndrom bland sjuksköterskor på kirurg och onkologi avdelningar.	Det fanns en hög grad av emotionell börda och utmattningssyndrom bland sjuksköterskor, samtidigt som de behöver mer kontroll över sitt arbete och att bli mer insatta i klinisk beslutsfattning.
Leary m.fl 2008 UK	Var att kartlägga arbetet av kliniska sjuksköterskespecialister.	Sjuksköterskorna har ett komplext kliniskt arbete och ett brett spektrum av uppgifter som de utför, som t.ex. alla uppgifter över telefon. Mer forskning behövdes på kvalitet, säkerhet och effektivitet.
McGillis Hall m.fl 2010 Canada	Var att studera avbrott i barnsjuksköterskors arbete. Vad som orsakade avbrotten, var dessa orsakades och vilka typer av avbrott det var.	Ungefär lika många avbrott per enhet registrerades. De flesta avbrott berodde på miljö och sjuksköterskor. Efter det kom patienter och familjemedlemmar. I 60% i fallen var det avbrott som berodde på att någon kom och avbröt sjuksköterskan i dess arbete, men även distraktioner skedde med ca 30%. Raster låg på 1-3%.
Nantsupawat m.fl 2011 Thailand	Var att bestämma effekten som sjuksköterskans arbetsmiljö och bemanning hade på dennes resultat, arbetsglädje, utmattningssyndrom samt kvalitet på omvårdnad.	Förbättrande av sjuksköterskornas arbetsmiljö och ökad bemanning på thailändska sjukhus minskade sjuksköterskornas utmattningssyndrom, samt stärkte deras uppmärksamhet på vårdfrågor vilket potentiellt ökade kvalitén på vården.
Tekindal m.fl 2011 Turkiet	Utmattningssyndrom bland sjuksköterskor som arbetade på medicin, kirurg och intensivvård undersöktes.	Studien visade på att nivåerna av utmattningssyndrom var höga. Faktorer som yngre åldrar, bristen på erfarenhet av yrket, lägre utbildning, ej frivilligt valt vilken enhet de ska arbeta på och arbetsmiljö kunde öka nivåerna av utmattningssyndrom bland sjuksköterskor.
Tran m.fl 2010 Australien	Att utveckla ett system för att beskriva sjuksköterskors kliniska misstag och vilka bidragande faktorer som ligger bakom samt konsekvenser för patienten.	Studien visade att nursing errors relating to clinical management (NECM) var bra som ett riktlinjeinstrument för chefer inom vården då det prioriterade förändringsarbete. Globalt så måste sjuksköterskor fortsätta att övervaka och agera på patientsäkerhetsfrågor. Det behövdes även fler studier på riskhantering och självbedömning för läkare.
Wlodarczyk m.fl 2011 Poland	Syftet med studien var att karakterisera frekvens av etiska konflikter och om belastningen och bördan de medförde kunde leda till utmattningssyndrom bland sjuksköterskor.	Hur frekvent dessa etiska konflikter skedde verkade ha en större inverkan på stress och utmattningssyndrom än hur jobbiga situationerna var. En hög frekvens av jobbiga situationer kunde leda till utmattningssyndrom men även en lägre frekvens och mindre jobbiga situationer kunde leda till det.

3.1 Arbetsmiljö

Sjuksköterskor som deltog i en studie av Choi (2011) upplevde deras arbete som stressat och att arbetsmiljön bidrog till att sjuksköterskorna kände sig utsatt i vissa delar. Det kunde vara oro över hälsa, arbetsrisker, skador som kunde uppstå, infektionsrisker eller oron för att kunna hantera oväntade akuta situationer som uppstår från plötsliga förändringar i patientens tillstånd. Det identifierades sex stycken faktorer som påverkade sjuksköterskornas arbetsmiljö: Mängden personal, arbetsansvar, arbetsledning, relationer mellan arbetskollegor, arbetsvillkor, sjuksköterskans professionella inställning (Choi 2011).

3.2 Bemanning /Arbetsbelastning

Choi (2011) beskrev i sin studie att något som påverkade sjuksköterskornas arbete i allra största grad var otillräcklig bemanning på avdelningarna. Sjuksköterskorna beskrev att de fick indragna vilodagar, indragen ledighet, frånvaron ökar och de upplevde en stor arbetsbörda på jobbet. Detta ledde till arbetsstress, större risk för att fel inträffar, arbetsrelaterade skador och att personalen får en sämre förmåga att uppfatta saker som händer i vården. Ytterligare gjorde den höga arbetsbelastningen att det var en stor cirkulation på personal (Choi 2011).

En studie av Aiken (2002) visade att om en arbetsplats hade en dåligt organiserad arbetsmiljö så kunde det motverka fördelarna med att ha hög bemanning. I sjukhus där det gick många patienter per sjuksköterska visade det att bemanningen var direkt kopplat till patientsäkerheten. Risk för misstag i vården, medicinska komplikationer ökade, samt att patientdödligheten ökade med 7% (Aiken 2002).

I Al-Kandaris (2008) studie visade resultatet ett samband mellan antalet patienter per sjuksköterska, högre arbetsbelastning och antalet rapporterade fall där patienter påverkats negativt. I genomsnitt hade sjuksköterskor på medicinavdelningar fler patienter per sjuksköterska än de som arbetade på kirurgiska avdelningar. Det visade sig då att fler patienter hade trycksår, urinvägsinfektioner, sårinfektioner, missad eller sen medicinering och att det inkom fler klagomål från patienter och anhöriga. Vilket tydde på att sjuksköterskornas arbetsbelastning både påverkade patientsäkerhet och kvalitén på omvårdnad. Ytterligare bevis för att arbetsbelastning påverkade var när det kom in instabila patienter till avdelningarna så ökade klagomålen från både patienter och anhöriga (Al-Kandari 2008). Leary (2008) visade i sin studie att om det fanns fler anställda sjuksköterskor på avdelningarna så minskade risken för fel och misslyckanden.

Nantsupawat (2011) visade att sjuksköterskor som arbetade på sjukhus med ett högt antal patienter per sjuksköterska var ungefär 12% mer sannolika att bli känslomässigt utmattade än sjuksköterskor i de sjukhus med lägre antal patienter per sjuksköterska. Kvalitén på vården som sjuksköterskorna gav var också signifikant associerad med sjukhusens arbetsmiljö och antalet anställda. Sjuksköterskor som arbetade på sjukhus med en bra arbetsmiljö var det 30% mindre sannolikt att rapportera att kvalitén på vården var dålig eller ganska dålig till motsats till bra eller utmärkt. Det var 24% mer sannolikt att sjuksköterskor som hade flest patienter skulle rapportera dåliga och skälig kvalitet på omvårdnaden än sjuksköterskor som hade färre patienter tilldelade sig. Detta visar att denna påverkan på sjuksköterskornas arbetsmiljö och bemanning har en hög inverkan på känslomässig utmattning, missnöjdhet på jobbet och en dålig/lägre kvalitet på vård (Nantsupawat 2011).

Tekindal (2011) visade i sin studie bland sjuksköterskor med utmattningssyndrom att 95.6% hade problem i äktenskapet, 69.3% hade problem med hälsan, 86.2% hade problem med utbildning, 65.8% hade problem med arbetslivet, 89.3% hade problem i familjelivet, 84% hade problem med barnomsorg och 59.1% hade problem med ekonomin. De flesta försökte hantera sin stress med fysisk aktivitet, positiva tankar, långa promenader och andningsövningar. Hälften av sjuksköterskorna var missnöjda med arbetet. Studien visade på att sjuksköterskor upplevde generellt utmattningssyndrom kunde kopplas till den höga arbetsbelastningen. Även att patienternas och anhöriga hade förväntningar relaterat till sköterskejobbet som inte kunde uppfyllas (Tekindal 2011).

Hayes (2012) redovisade att många av sjuksköterskorna beskrev den höga arbetsbelastningen som en direkt orsak av överbeläggningar, höga nivåer av instabila patienter och hög omsättning, samt intag och utskrivningar av patienter. Att de var tvungen att ha en hög omsättning på patienterna gjorde att de ibland sträckte gränsen för när de flyttade patienter från avdelningen. Sextiosex procent av sjuksköterskorna ansåg att avdelningarna inte hade tillräckligt med personal för att kunna hantera patienternas komplexa behov. Med tolv patienter per sjuksköterska fanns det endast tid för att göra läkemedelsrundorna och intravenösa infusioner och ingen tid fanns kvar för att göra en ordentlig patientbedömning. Äldre patienter var ofta förvirrade och behöver extra tillsyn för att förhindra dem från att ramla omkull och det var vanligt att det ej var tillräckligt

med personal för att se till dessa patienter. Sjuksköterskor rapporterade om fler vårdmissar när antalet patienter per sjuksköterska var högt. Det visade sig även att de flesta sjuksköterskor inte vet när bemanningen på deras avdelning senast sågs över och visar en del frustration över den pågående låga bemanningen som inte har tagit hänsyn till verkligheten i vården idag (Hayes 2012).

Tran (2010) identifierade sex stycken faktorer som bidrog till att det blev incidenter eller misstag i vården: Patientens kliniska förutsättningar och sociala beteenden, resurser, arbetsmiljö och arbetsbelastning, andra hälsoproblem, kommunikation och sjuksköterskans kunskap. Brister på resurser, som att det inte fanns tillräckligt med sängar, otillräcklig eller icke fungerande utrustning, datorer som havererade, personalbrist och brist på transporter orsakade 22% av incidenterna. Arbetsmiljö och arbetsbelastningsfaktorerna bestod av högljudda rum, stor arbetsbelastning och att det inte fanns protokoll för procedurer eller manualer tillgängliga för sjuksköterskorna, samt att det fanns en brist på personal. Kommunikationsfel kunde ske verbalt, skriftligt och elektroniskt. Hälften av alla incidenter som skedde hade inga större konsekvenser, i 28% av fallen blev det fördröjningar på patienternas vård, i 12% av fallen kunde det vara en fördröjning av medicin och annan behandling, i 11% blev patienten skadad på grund av det som skedde och i 4% blev tester och diagnostiker avbrutna eller uppskjutna (Tran 2010).

Gurses (2009) beskrev att tio av tolv undersökta prestationshinder kunde kopplas till arbetsbelastning. Dålig fysisk arbetsmiljö, hantering av många familjerelaterade frågor som telefonsamtal från anhöriga och inget system för när samtalen skulle genomföras, osorterade förråd, letande efter patientanteckningar, fördröjningar av mediciner från apotek, felande utrustning, dålig arbetsplatsdesign, dåliga överrapporteringar, icke tillräcklig information från läkare och överfyllda patientrum. Sjuksköterskor som upplevde dessa hinder på sina skift rapporterade om högre arbetsbelastning och en generellt lägre kvalitet av omvårdnaden. Arbetsbelastningen skulle kunna sänkas genom att eliminera dessa hinder (Gurses 2009).

3.3 Arbetsansvar

Choi (2011) beskrev att sjuksköterskor såg sitt ansvar som väldigt brett och i många fall fanns arbetsuppgifter som inte var direkt kopplade till sjuksköterskerollen, som maskinunderhåll och stopp i toaletterna, läckage av vatten från fönster och rör, personalvård och kontaktandet av enheter som ska lösa dessa problem. De flesta

upplevde de extra arbetsuppgifterna som negativt för deras arbete. Dessutom hade sjuksköterskor ett stort ansvar när det kommer till dokumentation gällande patienter och anhöriga, oro, tillstånd och känslor. Även övrig dokumentation som studier, patientöverföringslistor, observationslistor för patienter och andra listor låg på sköterskornas ansvar. Sen måste sjuksköterskor ständigt vara patientens advokat när det kommer till att diskutera fram vårdlösningar med exempelvis läkare (Choi 2011).

Leary (2008) konstaterade att sjuksköterskornas arbete var multidimensionellt och innehöll en mängd olika arbetsuppgifter. Dels hade sjuksköterskor kliniskt arbete som den fysiska, sociala, psykologiska, hanteringen av patienter och till vilken avdelning/organisation intern eller extern dessa patienter skulle vidarebefordras. Förutom patientnära arbete arbetade sjuksköterskor med flertalet andra uppgifter som upptog deras tid på jobbet. Efter det patientnära arbetet kom administration och pappersarbete som var den näst största gruppen i sjuksköterskornas arbetsuppgifter, vilket till stor del kunde ha gjorts av en sekreterare. Något mer som uppmärksammades var den stora mängden telefonarbete som sjuksköterskorna fick uträtta. Studien visade att sjuksköterskerollen ofta förenklades eftersom de gjorde mycket arbete som inte syntes, som hanterandet av patienter via ständigt ökande komplexa vårdkedjor (Leary 2008).

Al-Kandari (2008) skrev att när det fanns fler instabila patienter som behövde extrainsatta insatser och stöd utöver sjuksköterskors vanliga uppgifter, så ökade antalet klagomål och missade doser av medicin. Utöver detta hade sjuksköterskorna flera icke sköterskeuppgifter som matbrickor, transporter och kontorsarbete som ökade på deras arbetsbelastning. Sjuksköterskornas ständiga inblandning i icke sköterskeuppgifter begränsade den tid de kunde lägga på direkt patientvård och därmed begränsade deras kliniska blick. Att anställa personal som hjälper till med dessa sysslor skulle ge sjuksköterskorna mer tid att ta hand om sina sköterskeuppgifter och det skulle vara bra för sjuksköterskebristen som fanns i många länder (Al-Kandari 2008).

Hayes (2012) tog upp i sin studie att det ställs mycket höga krav på dagens sjuksköterskor och när det argumenteras för att en sjuksköterskas arbetsdag är komplex och mycket varierande, så blev detta ofta avfärdat på grund av att en stökig verklighet full av komplexitet inte var så lätt att återspegla i några välskrivna variabler. Att ge sjukvård till äldre människor är högkvalificerat arbete som kräver specifik kunskap och

erfarenhet för att möta patienternas behov. Behoven kunde vara av sensoriska, kognitiva och kommunikativa samt akut sjukdom och behov av mycket fysisk hjälp (Hayes 2012).

Tekindal (2011) beskrev att patienternas anhöriga hade många förväntningar av sjuksköterskorna på avdelningarna. Främst att sjuksköterskorna gav patienten information före varje procedur, att de var uppriktiga, vänliga, tog sig tid att både prata och lyssna med patienterna, att de tog hänsyn till patienternas rättigheter samt så var det viktigt för anhöriga att få tillbringa mer tid med patienterna (Tekindal 2011).

3.4 Arbetsledning, arbetsvillkor och förmåner

Choi (2011) beskrev att sjuksköterskorna i undersökta studien kände att ledningen inte spenderade tillräckligt med tid för att förstå situationen på avdelningarna och personalens tankar. Då det hände att klagomål kommit in från patienter och anhöriga så beskyllde ledningen personalen istället för att försöka förstå vad som gått fel, vilket skapade en dålig arbetsmoral. Lön och arbetsförmåner var ett diskuterat område. Många tyckte att det var bra att ha en stadig inkomst, men alla var inte heltidsanställda och kunde hamna i kläm. Dessutom kunde det finnas stora löneskillnader mellan kollegor vilket skapade konflikter. Vissa äldre sjuksköterskor med lång erfarenhet och flertalet extra arbetsuppgifter kunde ha lägre lön än nyanställda. Privata sjukhus erbjöd högre löner medan offentliga erbjöd mer variation på inlärningsstillfällen (Choi 2011).

Enligt Ksiazek (2011) skulle anställda som hade en känsla av kontroll i arbetet och behandlingsmetoder samt hade en frihet att kunna modifiera sin arbetsmiljö, förutsåg och förstod arbetsrelaterade problem bättre och var mindre känsliga mot utmattningssyndrom. Dock var en extern, överstående, icke-flexibel kontroll uppifrån tillsammans med bristen på möjligheter att samverka i hanteringen av situationer en bidragande orsak till utmattningssyndrom. Även minskad möjlighet att kunna skapa en arbetsplan, samt en begränsad yta för beslut på arbetet bidrar till utmattningssyndrom hos de anställda (Ksiazek 2011). Tekindal (2011) beskrev följande för att minska utmattningssyndrom bland sjuksköterskor: Att tydligt bestämma roller, arbetsuppgifter och myndighet för sjuksköterskor, att skapa en policy där de anställda kunde vara med i beslutsfattandet, att lägga tillräckligt med uppmärksamhet på sjuksköterskornas problem relaterat till arbetstimmar, förbättra transport och lön, förhindra brister gällande personal och material, att försöka finna lösningar i tidiga stadier genom regelbundna team möten, att skapa ett rättvist system för att belöna sjuksköterskor för saker som kan ordnas på

individens nivå, lära sig vad utmattningssyndrom är och hjälpa individen att upptäcka dessa tecken i ett tidigt stadium, använda sig av semester och möjligheter att vila i största möjliga mån, och att ha aktiviteter utanför jobbet för teambuilding (Tekindal 2011).

Tran (2010) uppgav att de faktorer som orsakade fel i vården och den höga arbetsbelastningen kunde bero på ledningen, chefer och bristen på hanterandet av de resurser som fanns, både mänskliga och materiella, samt brist på personal, långa arbetsdagar och brist på kunskap och information (Tran 2010). När Hayes (2012) kommenterade om hur personalnivåerna reglerades så visade det sig att ledningen gjort bristfälliga korrigeringar i bemanningen endast genom att använda verktyg som var till för att bestämma mängd bemanning. Mängd bemanning på avdelningarna borde istället ha gått efter vilket krav patienterna hade och borde inte räknas ut endast baserat på antalet patienter (Hayes 2012).

AbuAlRub (2012) resultat visade att det fanns en stark korrelation mellan ett säkert arbetsklimat på avdelningarna och lagarbete. Sjuksköterskor som arbetade på en avdelning som hade ett demokratiskt ledarskap rapporterades det en bättre nivå av samarbete. Det fanns också en korrelation mellan ett säkert arbetsklimat och viljan sjuksköterskor hade till att stanna på arbetet. Dåligt lagarbete var ofta ett resultat av ökad vilja att lämna arbetet. AbuAlRub (2012) föreslog att sjukhusens chefer och administratörer borde ägna sig åt att upprätthålla säkerhet och lagarbete genom att lägga upp strategier som gör att fel tas upp på ett sådant sätt att det inte läggs skuld på de anställda. Sjuksköterskornas chefer borde uppmuntra till samarbete genom att skapa en miljö med stöd och erkännande för de anställda. Studerande sjuksköterskor borde få lära sig vikten av ett gott lagarbete så att de kunde inkludera det i sitt arbete när de kom ut till sjukhusen. Sjuksköterskor rapporterade att en decentraliserad beslutsfattning ökade deras syn på säkerhet och även deras vilja att stanna på arbetsplatsen (AbuAlRub 2012).

Enligt Aiken (2002) brukade olika länder tänka att en ojämn kvalitet på vården och brist på sjuksköterskor skulle kunna vara ett demografiskt och socialt fenomen. Dock visade studier att det inte var begränsat till landsgränser utan att det krävs ett nytt tänkande för hur organisationen på sjukhus arbetar. Vårdchefer såg alltför ofta till att anlita externa konsulter för att lösa kliniska vårdproblem när det var något institutioner skulle kunnat lösa själva med lämpligt stöd från ledningen. Att ha en organisation som stödjer

sjukvård som är potentiellt modifierbart har länge varit en undervärderad faktor när det kommer till dåliga patientförhållanden samt misslyckande att anställa nya sjuksköterskor och behålla de man redan har. Dåligt organiserade arbetsmiljöer kunde motverka fördelarna av kompetent personal, därför borde fokus läggas på ledning och operativ effektivitet så att prioriteringen läggs på att skapa organisationer som möjliggör för kliniker att ge en högkvalitativ vård (Aiken 2002).

3.5 Relationer mellan arbetskolligor

Choi (2011) påpekade att ibland fungerade relationerna bra mellan arbetskolligor och dessa kunde vara anledningen till att personal stannar på avdelningen. Andra gånger fungerade inte relationerna så bra. Personalen hackade på varandra och det fanns inte tillräckligt med tillit eller respekt mellan arbetskolligor. Det kunde också bildas grupperingar som fick annan personal som inte var med i gruppen att känna sig osäkra. Detta skapade en otrygg miljö både för anställda och patienter (Choi 2011).

Wlodarczyk (2011) studie visade att även om etiska konflikter sker mer frekvent mellan sjuksköterska och patienter, så var det konflikter som sker mellan sjuksköterskor och arbetskolligor som ledde till utmattningssyndrom. Det starkaste sambandet till utmattningssyndrom visade sig vara när en sjuksköterska blev utsatt för felaktig kritik från kollegor, eller att vara vittne till att en kollega misskrediterar en annan kollega. Att vara del av en grupp sjuksköterskor där det rör sig om olämpliga relationer mellan personal, visade sig vara en av de främsta emotionellt belastande etiska konflikter som kunde uppstå på en vårdavdelning (Wlodarczyk 2011).

I en studie av McGillis Hall (2010) observerades det totalt 5325 avbrott i sjuksköterskornas arbetsmiljö på fyra olika avdelningar. Orsaken till att sjuksköterskorna blev avbrutna berodde på arbetsmiljön, andra sjuksköterskor, patienter, familjemedlemmar, sjuksköterskan själv, läkarna, andra vårdgivare och stödpersonal. Faktorer i arbetsmiljön utgjorde en tredjedel av alla avbrott, 32.7%. Avbrotten som berodde på arbetsmiljön kategoriserades som intrusioner, distraktioner, avvikelser och raster. Mer än hälften av avbrotten, 59.3%, var intrusioner som skapades av att en annan person kom och avbröt flödet i arbetet. Detta resulterade i att sjuksköterskorna tappade koncentrationen och fokus på sitt arbete. De konsekvenser av förseningar på uppgifter som skulle göras, var i vissa fall ofullbordat arbete och en ökad risk av det skulle begås fel i vården. Distraktioner som uppkom när sjuksköterskor var

involverade i patientvård kunde ha påverkan för patientsäkerheten. Strukturen och scheman var lagda på ett sätt för att främja sjuksköterskor att arbeta tillsammans som ett team, och förlita sig på varandra för assistans och stöd i patientvården. Det var inte oväntat att sjuksköterskor var den primära källan till avbrott för sina arbetskoleggor när de var de enda anställda som ger vård dygnet runt på sjukhus (McGillis Hall 2010).

3.6 Sjuksköterskans professionella inställning

Choi (2011) redovisade två saker som bidrog till sjuksköterskornas ökade professionalism, utöver den ekonomiska biten, var när de fick erkännanden när de hade gjort ett bra jobb ifrån sig, samt om de kände sig stolta för att ha lyckats få personlig utveckling och utveckling i rollen som sjuksköterska. Att personalen kunde vara stolta för att vara sjuksköterska och kunde hjälpa folk när de var som mest sårbara och att höra att allmänheten tyckte att de gjorde ett bra jobb var viktigt (Choi 2011).

Ksiazek (2011) skrev att känslomässig börda och arbetsstress tillsammans kunde öka sjuksköterskornas trötthet, som i sin tur var en del av vad personer med utmattningssyndrom upplevde. Därför kunde stress som upplevdes i svåra situationer bidra till utmattningssyndrom. Ksiazek förslog att känslomässig börda som skapats av ogynnsamma förhållanden på arbetet kunde i sin tur orsaka rädsla för att bli personlig med patienterna. Sjuksköterskor som hade dessa symtom av utmattningssyndrom tenderade att distansera sig från svåra professionella situationer som ytterligare kunde höja stressnivån i arbetet. Onkologiska sjuksköterskor visade fler symtom på emotionell trötthet och depersonalisation i arbetet än sjuksköterskor på kirurgavdelningar. Detta kunde ha att göra med att de hade mer frekvent kontakt med lidande och att patienter avled på onkologiska avdelningar. Empati och identifiering med de kroniskt sjuka patienterna tvingade sjuksköterskan att inse sin egen dödlighet och att förlust av hälsa och liv var något oundvikligt (Ksiazek 2011).

Wlodarczyk (2011) resultat visade att de mest belastande etiska konflikter för sjuksköterskor var: oförmåga att hålla en korrekt attityd mot patienter på grund av att de var överbelastade med uppgifter, att vara del av en grupp sjuksköterskor där arbetsrelationerna inte fungerade, oförmåga att hålla en korrekt attityd mot otrevliga patienter, att uppleva att en kollegas beteende skapade en negativ bild av sjuksköterskeyrket. Det visade sig att frekvensen av dessa konflikter avgjorde hur stor börda de skapade. När konflikterna skedde mer högfrekvent, kom det en påtagligare

känsla av belastning från dem. Det andra steget var att undersöka etiska konflikters relation till utmattningssyndrom. Det visade sig att det fanns en signifikant korrelation mellan frekvensen av etiska konflikter och professionell utmattningssyndrom. Det starkaste sambandet fanns till emotionell utmattning och personlighetsförändring (Wlodarczyk 2011). Tekindal (2011) beskrev att den tunga arbetsbelastningen och utmattningssyndrom bland sjuksköterskor gjorde så att patienter och anhöriga inte var nöjda med det tillvägagångssätt sjuksköterskor hade med service, uppmärksamheten mot patienter och vilken attityd de hade (Tekindal 2011).

3.7 Artiklarnas kvalitet gällande urval och bortfall

Författaren tog inspiration till en kvalitetsbedömning utifrån riktlinjer av Forsberg och Wengström (2008). Frågorna kunde besvaras med Ja och Nej. Urvalskriterierna skedde genom en bedömning gällande tre punkter för den kvalitativa metoden: Har urvalsförförandet beskrivits? Har urvalskriterier beskrivits? Är urvalet relevant? Samt tre punkter för den kvantitativa metoden: Har urvalsförförandet beskrivits? Är urvalet representativt? Är urvalet tillräckligt stort?

Det resultat som visade sig efter att dessa bedömningar gjorts var som följer: elva av tretton artiklar höll hög kvalitet och resterande två höll medel kvalitet. Ingen av dem tretton artiklarna föll bort på grund av låg kvalitet.

4. DISKUSSION

4.1 Huvudresultat

Resultatet pekade på att kvalitén på vården som sjuksköterskorna gav var signifikant associerad med sjukhusets arbetsmiljö och antalet anställda. Det fanns ett starkt samband mellan antalet patienter per sjuksköterska och patientsäkerheten. Det visade sig även att om en arbetsplats har en dåligt organiserad arbetsmiljö så kan det motverka fördelarna med att ha mycket personal. Sjuksköterskor måste vara flexibla då patienternas behov och vårdkedjor var mycket komplexa och ständigt varierande. Det kan finnas starka kopplingar mellan patienternas säkerhet i vården och sjuksköterskornas arbetsmiljö samt flera faktorer som påverkar denna arbetsmiljö: bemanning, organisation, arbetsansvar, höga krav, arbetsledning, patienternas tillstånd, arbetsrelationer, lagarbete, arbetsvillkor, sjuksköterskans professionella inställning, kommunikation, resurser, stress, utmattningssyndrom, stora mängder administration, telefonarbete, hanterande av svåra situationer och övriga icke sjuksköterskeuppgifter. Sjuksköterskeyrket beskrivs som mycket komplext, att det förväntas mycket och att det

ställs stora krav på våra sjuksköterskor. Hög arbetsbelastning, konflikter mellan kollegor, dålig ledning och emotionell börda kopplades till utmattningssyndrom bland sjuksköterskor.

4.2 Resultatdiskussion

Åtta studier tog alla upp vikten av att det måste finnas tillräcklig bemanning på avdelningarna och att en högre arbetsbelastning ökade risken för att vårdfel inträffade (Choi 2011, Aiken 2002, Al-Kandari 2008, Nantsupawat 2011, Tekindal 2011, Hayes 2012, Tran 2010, Gurses 2009). Choi (2011) beskrev att den faktor som påverkade sjuksköterskornas arbete i alla högsta grad var otillräcklig bemanning på avdelningarna. Något som ledde till indragna vilodagar och ledighet som i sin tur ökade arbetsbördan, ledde till arbetsstress och en större risk för att vårdfel inträffade. Ytterligare så gjorde den höga arbetsbelastningen att det blev en stor omsättning på sjuksköterskor. Aiken (2002) menade att bemanningen var direkt kopplad till patientsäkerheten och att risken för misstag i vården, medicinska komplikationer samt patientdödlighet ökade. Al-Kandari (2008) tog upp att det visade sig vara fler patienter som hade trycksår, urinvägsinfektioner, sårinfektioner samt missad eller sen medicinering när avdelningarna hade fler patienter per sjuksköterska, vilket visade en påverkan på patientsäkerheten och vårdkvalitén. Nantsupawat (2011) nämnde också att det var 24% mer sannolikt att sjuksköterskor som hade flest patienter skulle rapportera dålig eller ganska dålig kvalitet på omvårdnad. I Hayes (2012) studie togs det upp att 66% av sjuksköterskorna ansåg att avdelningarna inte hade tillräckligt med personal för att kunna hantera patienternas behov och att en hel del frustration visades över en låg bemanning som inte tog hänsyn till verkligheten i vården idag. Två studier visade på att utmattning bland sjuksköterskor var en direkt orsak av den låga bemanningen och arbetsbelastningen (Nantsupawat 2011, Tekindal 2011). Fyra studier visade utmattningssyndrom som ett problem bland sjuksköterskor (Ksiazek 2011, Tekindal 2011, Wlodarczyk 2011, Aiken 2002). Tekindal (2011) beskrev i sin studie att patienter och anhöriga hade höga förväntningar på sköterskeyrket som inte kunde uppfyllas och att utmattningssyndrom bland sjuksköterskor kunde kopplas till den höga arbetsbelastningen. Ksiazek (2011) och Tekindal (2011) tog upp i sina studier att icke-flexibel ledning och bristen på möjligheter till att samverka till lösningar var en bidragande orsak till utmattningssyndrom.

Fyra studier visade att sjuksköterskans yrke var multidimensionellt med ett väldigt brett arbetsansvarsområde, innehållandes en mängd olika arbetsuppgifter (Choi 2011, Leary 2008, Al-Kandari 2008, Hayes 2012). Hayes (2012) beskrev att ge sjukvård till äldre människor är ett högkvalificerat komplext arbete som kräver specifik kunskap och erfarenhet eftersom patienterna har varierande behov. Det kunde vara allt från sensoriska, kognitiva kommunikativa till akut sjukdom och att patienter behövde fysisk hjälp. Leary (2008) konstaterade att det kliniska arbetet bestod av fysiska, sociala, psykologiska faktorer samt hanterandet av patienter. Al-Kandaris (2008) studie beskrev att när det fanns fler instabila patienter som behövde extrainsatta insatser och stöd utöver sjuksköterskors vanliga uppgifter, så ökade antalet klagomål och missade doser av medicin. Tre studier tog upp att förutom kliniskt arbete hade sjuksköterskor många arbetsuppgifter som inte var direkt kopplade till sköterskerollen (Al-Kandari 2008, Choi 2011, Leary 2008). Choi (2011) beskrev dessa som maskinunderhåll, personalvård, kontaktande av enheter som ska fixa stopp i toaletter och läckage av vatten från fönster samt en stor mängd dokumentation. Leary (2008) tog också upp administration och dokumentation som den näst största arbetsuppgiften efter det kliniska arbetet, och påpekade att många av dessa uppgifter kunde en sekreterare istället ha utfört. Uppgifter som inte syns tog upp stora volymer av sköterskornas tid som exempelvis telefonarbete och hanterande av patienter i vårdkedjor. Al-Kandari (2008) tyckte att anställning av personal som hjälper till med icke kliniska uppgifter skulle vara bra för att lätta på sjuksköterskornas arbetsbörda och sjuksköterskebristen som fanns i många länder. Samtidigt beskriver Tekindal (2011) att patienter och anhöriga hade många viktiga förväntningar på hur sjuksköterskor skulle vara och utföra sitt jobb.

Tran (2010) beskrev i sin studie att misstag i vården och hög arbetsbelastning kunde bero på att arbetsledningen brast i hanterandet av de resurser som fanns. Fyra andra studier berättade om att arbetsledningen hade en stor inverkan på arbetsmiljön (Choi 2011, AbuAlRub 2012, Aiken 2002, Ksiazek 2011). Aiken (2002) skrev att det måste finnas en organisation på sjukhus som kan vara öppen för förändringar. Kliniska vårdproblem var något institutioner kunde lösa själva med lämpligt stöd från ledningen. Dåligt organiserade arbetsmiljöer kunde negera fördelarna av utmärkt personal. AbuAlRub (2012) redovisade att ett säkert arbetsklimat på avdelningarna berodde på lagarbete och att det lagarbetet kom från ett demokratiskt ledarskap. Det var viktigt för ledarskapet att lägga upp strategier på ett sådant sätt att det inte läggs skuld på de anställda. Choi (2011) skrev även att det var viktigt att de anställda var med i beslutsfattandet så att lösningar till problem kunde finnas genom regelbundna möten.

Aiken (2002) beskrev att olika länder brukar tänka att en ojämn kvalitet på vården och brist på sjuksköterskor var ett demografiskt och socialt fenomen. Dock visade studier att det inte var begränsat till landsgränser utan att det krävs ett nytt tänkande för hur organisationen på sjukhus arbetar.

Två studier av Choi (2011) och Wlodarczyk (2011) visade att oroliga relationer mellan arbetskollegor kunde skapa en otrygg arbetsmiljö. Choi (2011) beskrev att om det inte fanns tillräckligt med tillit och respekt mellan arbetskollegor så skapades en otrygg miljö både för anställda och patienter. Wlodarczyk (2011) skrev bland annat att det var konflikter mellan arbetskollegor som ledde till utmattningssyndrom. McGillis Hall (2010) beskrev att scheman var lagda för att främja att sjuksköterskor arbetade tillsammans som ett lag och när flödet i arbetet avbröts kunde det ha komplikationer för patientsäkerheten. Tre studier tog upp att utmattningssyndrom bland sjuksköterskor påverkade sjuksköterskans professionella inställning och bemötande gentemot patienter (Ksiazek 2011, Wlodarczyk 2011, Tekindal 2011). Wlodarczyk (2011) och Tekindal 2011 beskrev att sjuksköterskorna hade en oförmåga att hålla en korrekt attityd mot patienter på grund av att de var överbelastade med arbetsuppgifter. Ksiazek (2011) skrev att emotionell börda och arbetsstress var vad personer med utmattningssyndrom upplevde, samt att känslomässigt ogynnsamma förhållanden på arbetet kunde orsaka så att sjuksköterskor fick en rädsla till att bli personlig med patienterna. Choi (2011) beskrev att det var viktigt för sjuksköterskorna att höra att allmänheten ansåg att de gjorde ett bra jobb.

4.3 Urval och bortfall

Modifierade urvalskriterier från Forsberg och Wengström (2008) granskningsmall har använts under granskning av varje artikel. Författaren kände att det varit svårt att fastställa vilken kvalitet artiklarna ligger på endast utifrån en granskning på artiklarnas urval. Resultatet blev att tretton av tretton artiklar låg på hög kvalitet. Författaren spekulerar att kvalitén på artiklarna skulle kunna se annorlunda ut om fullständiga urvalskriterierna för Polit och Beck (2008) används.

Dessa artiklar (Aiken 2002, Gurses 2009, Ksiazek 2011, Nantsupaw-at 2011, Tekindal 2011, Wlodarczyk 2011) ansågs vara av hög kvalitet i en kvalitetsbedömning av kvantitativ metod eftersom de klarade av alla tre kriterier: Har urvalsförfarandet beskrivets, Är urvalet representativt och är urvalet tillräckligt stort?

Dessa artiklar (Choi 2011, Tran 2010) ansågs vara av hög kvalitet i en kvalitetsbedömning av kvalitativ metod eftersom de klarade av alla tre kriterier: Har urvalsförfarandet beskrivits, har urvalskriterierna beskrivits och är urvalet relevant?

Dessa artiklar (AbuAlRub 2012, Al-Kandari 2008, Hayes 2012, Leary 2008, McGillis Hall 2010) Ansågs vara av medel kvalitet eftersom bortfallet ej beskrevs i studierna.

Artiklar av låg kvalitet valdes bort från resultatet då de ansågs inte rikta sig till sjuksköterskeprofessionen, inte ha tillräckligt stort urval samt bristande beskrivning av urvalsförfarandet.

4.4 Metoddiskussion

Eftersom syftet med studien var att beskriva hur sjuksköterskornas arbetsmiljö påverkar patientsäkerheten, så valdes designen en beskrivande litteraturstudie till denna studie för att på ett adekvat sätt besvara denna frågeställning. Fördelen med denna litteraturstudie är att den har baserats på resultat från studier gjorda i flera olika världsdelar. Vilket gör att det är lättare att generalisera och anpassa resultatet till olika länder. Vad som bör påpekas med studien är att kulturer, arbetsförhållanden, arbetsuppgifter, arbetsmiljö, organisation och sjuksköterskerollen kan se olika ut i olika länder. Därför kan det vara bra att tänka på att sjuksköterskans ansvarsområden kan variera mellan de olika länderna. Eftersom studiens syfte inte var att finna kulturella skillnader så har ingen fokus lagts vid detta. Resultatet hade kunnat bli mer djupgående om sökningarna endast begränsats till en världsdel.

Artikelsökningen anses vara relevant, uppdaterad och omfattande då den gjordes i en relevant sökdatabas för sjuksköterskor Chinal. Sökkriterierna anses vara relevanta då författaren utgått från att använda workload, enviornment, safety och nurs*, som öppnar upp alla varianter av ordet nurs*, så som nursing, nurses och nurse. Föreliggande litteraturstudie har baserat sig på endast vetenskapliga artiklar mestadels från de fyra senaste åren 2008 till 2012, med undantag för en artikel som är från 2002. Materialet som användes i resultatet anses hålla en god kvalitet, eftersom flera artiklar föll bort i granskningen, samt att det var både kvalitativa och kvantitativa artiklar med i resultatet. Endast artiklar skrivna på svenska och engelska inkluderades i studien, samt artiklar som var gratis, vilket gör att material kan ha gått förlorat, som skulle kunna påverkat

resultatet. Eftersom alla artiklar som valdes var skrivna på engelska kan språket eller författarnas mening ha feltolkats eller gått förlorat vid översättning. För att undvika detta har översättningar kollats upp via lexikon och vid oklarheter har meningar diskuterats med handledare och två lärare varav en engelsklärare.

Artiklarna var från början tvungna att uppfylla några kriterier för att bli utvalda. Att de ska vara vetenskapligt publicerade i en tidskrift, peer reviewed, link to full text, gjort etiska ställningstaganden, var av kvalitativ eller kvantitativ design, ej vara litteraturstudier samt att de hade en trovärdig design som studier ska använda sig av.

Med tanke på Helsingforsdeklarationen från 1964 som föreskriver att för medicinsk forskning på människor, så måste forskarna ha informerat samtyckte från deltagande individer i studien eller för omyndiga personer av en person som har den deltagandes bästa intresse i åtanke. Det är en princip för att värna om individernas hälsa, värdighet och privatliv, samt att allt deltagande måste vara frivilligt och kan avbrytas av deltagaren när den vill. Då författaren av denna studie valde att göra en litteraturstudie skedde ingen direktkontakt med några deltagare. Därför försökte författaren att välja etiskt godkända artiklar, men då denna information inte fanns att tillgå i alla artiklar så valdes några ut ändå baserat på att deras metod såg etiskt genomtänkt ut. Angående genusperspektiv var det inte jämt antal män och kvinnor som deltog i de olika studierna. Det var mestadels kvinnliga deltagare vilket gjorde att resultatet kunde ha sett annorlunda ut om fler män deltog i studierna. Studiens syfte var inte att identifiera några skillnader i genus så ingen fokus har lagts på detta. Ålder eller erfarenhet på studiernas deltagare har inte heller tagits i åtanke då detta har varit varierande från studie till studie.

Personliga åsikter sattes åt sidan vid översättning och analysering av materialet, samt att ingen artikel uteslöts på grund av den inte stämde överrens med författarens tolkning av ämnet. Analysen av artiklarna föll sig naturligt då ett tydligt samband mellan de olika artiklarna sågs och de rubriker som valts har kommit från återkommande likheter bland de olika artiklarna.

4.5 Allmän diskussion

Åtta studier tar alla upp vikten av att det måste finnas tillräcklig bemanning på avdelningarna och att en högre arbetsbelastning ökade risken för att vårdfel inträffade

(Choi 2011, Aiken 2002, Al-Kandari 2008, Nantsupawat 2011, Tekindal 2011, Hayes 2012, Tran 2010, Gurses 2009). Det första jag vill understryka här i diskussionen att lägre bemanning skulle kunna leda till sämre patientsäkerhet. Därför tycker jag att det skulle kunna vara bra att anställa fler sjuksköterskor eller hjälpare till vården. Al-Kandari (2008) beskrev att sjuksköterskornas ständiga involvering i icke sköterskeuppgifter begränsar den tid de kunde lägga på direkt patientvård, och därmed begränsar deras uppfattningsförmåga på behandlingsresultat. Att anställa personal som hjälper till med dessa sysslor skulle ge sjuksköterskorna mer tid att ta hand om sina sköterskeuppgifter (Al-Kandari 2008). Jag tror därför förslaget om att anställa fler sekreterare på sjukhus som hjälper sjuksköterskorna med icke kliniska uppgifter, skulle frigöra tid som sjuksköterskor kan lägga på patienterna och vårduppgifter. Dessa icke kliniska sekreteraruppgifter skulle kunna vara telefonarbete, vissa samtal med anhöriga, organisatoriska uppgifter, till viss del hanterandet av patientöverföringar och andra administrativa uppgifter. Choi (2011) vill i sin studie också tydligt bestämma roll, arbetsuppgifter och myndighet för sjuksköterskor. Detta är något som jag tycker skulle vara bra för framtida examensarbeten att titta på eftersom det skulle bli lättare att organisera vården om det skulle fastställas vilka uppgifter som kan göras av hjälppersonal som till exempel sekreterare, för en potentiell förbättring av sjuksköterskans arbetsmiljö och patientsäkerhet.

Två studier visade på att utmattning bland sjuksköterskor var en direkt orsak av den låga bemanningen och höga arbetsbelastningen (Nantsupawat 2011, Tekindal 2011). Jag tror att detta skulle kunna vara en orsak till den höga rotationen på sjuksköterskor som flera studier beskrev (Choi 2011, AbuAlRub 2012). Min tro utifrån resultatet är att om en avdelning har hög omsättning på sjuksköterskor kan det vara ett tecken på hög arbetsbelastning, icke flexibel ledning och organisation, en tuff arbetsmiljö, dålig sammanhållning, konflikter mellan kollegor eller en blandning av alla. Det är också något jag skulle rekommendera för framtida examensarbeten att titta mer på.

Slutligen vill jag knyta ihop säcken med att diskutera kring dessa tretton studier från olika delar av världen som alla tycks peka åt ett gemensamt håll, att det är viktigt att det fanns kunskap om vad som påverkar arbetsmiljön. En hög arbetsbelastning och en dålig arbetsmiljö kan i sin tur leda till att sjuksköterskor mår sämre, känner av mer stress och en försämrad patientsäkerhet. Detta ämne är relevant för dagens ekonomiska läge i vården både i Sverige och Iövriga världen. Det blir fler patienter per sjuksköterska på avdelningarna och ständigt nya indragningar på grund av en oförstående ekonomisk

ledning. Vilket jag tycker kan motverka anledningen till att vi bedriver vård från början, vilket borde vara för patienternas skull. Därför kanske en bra slutsats är att vi borde öka kunskapen hos dem som beslutar om hur sjukvård ska bedrivas. Jag avslutar med att säga att det behövs mer forskning för att kunna förbättra de faktorer i sjuksköterskors arbetsmiljö som kan påverka patientsäkerheten.

Slutsatsen blev att låg bemanning och dålig arbetsmiljö kan påverka vårdkvalitén och patientsäkerheten.

5. REFERENSER

*Studier inkluderade i resultatet

AML(1977:1160) *Arbetsmiljölagen*. Retrieved from <http://www.av.se/lagochratt/aml/> on 18 September 2012.

*AbuAlRub, R. F., Gharaibeh, H. F., & I. (2012). The Relationships Between Safety Climate, Teamwork, and Intent to Stay at Work Among Jordanian Hospital Nurses. *Nursing Forum*, 47(1), 65-75. doi:10.1111/j.1744-6198.2011.00253.x

*Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalski, J., & Silber, J. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA: Journal Of The American Medical Association*, 288(16), 1987-1993.

*Al-Kandari, F., & Thomas, D. (2009). Perceived adverse patient outcomes correlated to nurses' workload in medical and surgical wards of selected hospitals in Kuwait. *Journal Of Clinical Nursing*, 18(4), 581-590. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02369.x

*Choi, S., Pang, S., Cheung, K., & Wong, T. (2011). Stabilizing and destabilizing forces in the nursing work environment: A qualitative study on turnover intention. *International Journal Of Nursing Studies*, 48(10), 1290-1301. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.03.005

Eriksson, U., Chiappe, I., Sellström, E. (2003) Att vårdas på sjukhus. Vad är patienter missnöjda med? *Vård i Norden*. 23(2), 36–39

Forsberg C. & Wengström Y. [2003]. Att göra systematiska litteraturstudier. *Natur och Kultur*: Stockholm.

Grayson, D., Boxerman, S., Potter, P., Wolf, L., Dunagan, C., Sorock, G. & Evanoff, B. (2005) Do Transient Working Conditions Trigger Medical Errors? In *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation (Volume 1: Research Findings)* (Henriksen K., Battles J.B., Marks E.S. & Lewin D.I., eds.), Rockville (MD).

*Gurses, A., Carayon, P., & Wall, M. (2009). Impact of performance obstacles on intensive care nurses' workload, perceived quality and safety of care, and quality of working life. *Health Services Research*, 44(2 Pt 1), 422-443. doi:10.1111/j.1475-6773.2008.00934.x

*Hayes, N., & Ball, J. (2012). Achieving safe staffing for older people in hospital. *Nursing Older People*, 24(4), 20-24.

Islamoska, J., Nilsson, R., Sjöström, K., Willman, A.(2009) Arbetsmodeller som säkrar sjuksköterskekompetensen – en systematisk litteratursammanställning. *Vård i Norden*. 29(2), 44–47

- Jolma, D. (1990). Relationship between nursing work load and turnover. *Nursing Economic\$, 8(2)*, 110-114.
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E. (2005) *Grundläggande omvårdnad*. Liber, Stockholm.
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E. (2006) *Grundläggande omvårdnad*. Liber, Stockholm.
- *Książek, I., Stefaniak, T. J., Stadnyk, M., & Książek, J. (2011). Burnout syndrome in surgical oncology and general surgery nurses: A cross-sectional study. *European Journal Of Oncology Nursing, 15(4)*, 347-350. doi:10.1016/j.ejon.2010.09.002
- *Leary, A., Crouch, H., Lezard, A., Rawcliffe, C., Boden, L., & Richardson, A. (2008). Dimensions of clinical nurse specialist work in the UK. *Nursing Standard, 23(15-17)*, 40-44.
- LÖF (2012) *Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag*. Retrieved from <http://www.patientforsakring.se/> on 18 September 2012.
- *McGillis Hall, L., Pedersen, C., Hubley, P., Ptack, E., Hemingway, A., Watson, C., & Keatings, M. (2010). Interruptions and pediatric patient safety. *Journal Of Pediatric Nursing, 25(3)*, 167-175. doi:10.1016/j.pedn.2008.09.005
- *Nantsupawat, A., Srisuphan, W., Kunaviktikul, W., Wichaikhum, O., Aunguroch, Y., & Aiken, L. H. (2011). Impact of Nurse Work Environment and Staffing on Hospital Nurse and Quality of Care in Thailand. *Journal Of Nursing Scholarship, 43(4)*, 426-432. doi:10.1111/j.1547-5069.2011.01419.x
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008) *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Ramanujam, R., Abrahamson, K., & Anderson, J. (2008). Influence of workplace demands on nurses' perception of patient safety. *Nursing & Health Sciences, 10(2)*, 144-150.
- Socialstyrelsen (2005:105) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Retrieved from http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf on 18 September 2012.
- Socialstyrelsen (2012) *Studier och statistik om vårdskador*. Retrieved from <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/varadskadematningar> on 18 September 2012.
- Svensk författningssamling (2010:659) *Patientsäkerhetslagen*. Retrieved from <http://www.riksdagen.se/sv/Dokument->

Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/?bet=2010:659 on 23 September 2012.

- *Tekindal, B., Tekindal, M., Pinar, G., Ozturk, F., & Alan, S. (2012). Nurses' burnout and unmet nursing care needs of patients' relatives in a Turkish State Hospital. *International Journal Of Nursing Practice*, 18(1), 68-76. doi:10.1111/j.1440-172X.2011.01989.x
- *Tran, D., & Johnson, M. (2010). Classifying nursing errors in clinical management within an Australian hospital. *International Nursing Review*, 57(4), 454-462. doi:10.1111/j.1466-7657.2010.00846.x
- *Wlodarczyk, D., & Lazarewicz, M. (2011). Frequency and burden with ethical conflicts and burnout in nurses. *Nursing Ethics*, 18(6), 847-861. doi:10.1177/0969733011408053