

Yoga eller fler kollegor?

Ett fördjupningsarbete om patientsäkerhet

FÖRFATTARE

Jens Samuelsson
Peter Rosén

PROGRAM/KURS

Sjuksköterskeprogrammet
180 högskolepoäng/
OM 5250
VT 2013

OMFATTNING

15 högskolepoäng

HANDLEDARE

Bodil Augustsson

EXAMINATOR

Lars-Olof Persson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel: Yoga eller fler kollegor?
Ett fördjupningsarbete om patientsäkerhet

Titel: Yoga or more colleagues?

Arbetets art: Självständigt arbete

Program/kurs/kurskod/
kursbeteckning: Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng
Examensarbete i omvårdnad, OM 5250

Arbetets omfattning: 15 högskolepoäng

Sidantal: 30 sidor

Författare: Jens Samuelsson och Peter Rosén

Handledare: Bodil Augustsson

Examinator: Lars-Olof Persson

SAMMANFATTNING

Detta är en litteraturstudie baserad på 25 vetenskapliga artiklar. Arbetet med patientsäkerhet är ständigt pågående. Antalet vårdskador fortsätter dock att vara högt. Mycket fokus på arbetet att få ner antalet vårdskador i Sverige har legat på rutiner, rapporteringssystem, arbetsmiljö och åtgärder från ledningshåll. Syftet med studien är att genom en litteraturoversikt beskriva förutsättningarna för sjuksköterskor att bedriva ett patientsäkert arbete. Arbetet har delats upp i två teman: yttre respektive inre faktorer. Dessa teman har sedan delats upp i subteman. Subteman för yttre faktorer är: vårdtyp, säkerhetskultur, yrkeskategori, organisation, konflikter, arbetsbelastning och stressorer. För inre faktorer är subteman: riskuppfattning, viljan att rapportera avvikelser, känslan av ansvar, känslan av kontroll, arbetsbelastning, flexibilitet, erfarenhet samt psykisk och fysisk ohälsa. Resultatet av genomgången visar bland annat att en inte allt för stor arbetsbelastning är en nödvändig, men inte tillräcklig, förutsättning för sjuksköterskans patientsäkra arbete. Övriga resultat pekar bland annat på ett svagt samband mellan säkerhetskultur och patientsäkerhet, ett positivt resultat av gott teamarbete med teamträning för patientsäkerheten, ett starkt samband mellan tiden sjuksköterskor har med sina patienter och mängden vårdskador och dödsfall, att riskuppfattningen bland sjuksköterskor är en central faktor och att det finns ett samband mellan sjuksköterskors hälsostatus och mängden vårdskador.

Nyckelord: Patientsäkerhet, sjuksköterska, arbetsbelastning, patienttid, teamarbete, säkerhetskultur, rapporteringssystem, vårdskador, depression, värk.

1	INLEDNING	5
2	BAKGRUND	5
2.1	Utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet	7
2.1.1	Människor som resurs istället för som problem	9
2.2	Säkerhetshöjande åtgärder i Sverige	10
2.3	Omvårdnadsteoretisk anknytning	10
2.3.1	Lidande	10
2.3.2	Trygghet och tillit	11
2.3.3	Vårdmiljö	12
3	PROBLEMFÖRMULERING	13
4	SYFTE	13
5	METOD	14
5.1	Datainsamling	14
5.2	Urval	14
5.3	Kvalitetsgranskning och analys	15
5.4	Trovärdighet	15
5.5	Etisk bedömning	15
6	RESULTAT	15
6.1	Yttre faktorer som påverkar patientsäkerheten	16
6.1.1	Vårdtyp	16
6.1.2	Säkerhetskultur	17
6.1.3	Yrkeskategori	17
6.1.4	Organisationen	17
6.1.5	Konflikter	18
6.1.6	Arbetsbelastning	18
6.1.7	Stressorer	19
6.2	Inre faktorer som påverkar patientsäkerheten	20
6.2.1	Riskuppfattning	20
6.2.2	Viljan att rapportera avvikelser	21
6.2.3	Känslan av ansvar	21
6.2.4	Känsla av kontroll	22
6.2.5	Arbetsbelastning	22
6.2.6	Flexibilitet	23
6.2.7	Erfarenhet	24
6.2.8	Psykisk och fysisk hälsa	24
7	DISKUSSION	26
7.1	Metoddiskussion	26
7.2	Resultatdiskussion	27
8	REFERENSER	32

Bilaga 1 Sökschema

Bilaga 2 Artikelpresentation

1 INLEDNING

Tidigt under arbetet med att formulera frågeställningen i denna studie läste vi i dagstidningen hur ”en handfull läkare” sade upp sig i protest mot tillsättandet av en ny chef på avdelningen. Sjukhusledningen vill inte uttala sig eller kommentera hur detta påverkade vården. I en annan artikel i samma dagstidning redogörs hur stabsläge införts på Karolinska sjukhuset på grund av överbeläggningar. ”Det blir alltid svårt att upprätthålla patientsäkerheten när det blir fullt eller överfullt” kommenterar sjukhusets presstalesman men menar samtidigt att patientsäkerheten ändå är fullt tillräcklig (Svenska dagbladet, 2013). Dagstidningar och press rapporterar ofta om missförhållanden inom vården, och vi uppfattar det som att det påfallande ofta är sjukvårdspersonalen själva som larmar om missförhållanden.

För de som arbetar på vårdavdelningar på svenska sjukhus är överbeläggningar inte ovanligt. Under en vecka redovisades i december 2012, 3405 överbeläggningar på svenska sjukhus. Överbeläggningar är något vardagligt och närmast ett normaltillstånd inom vården (Rosendahl, 2012). Samtidigt är det känt att överbeläggningar och utlokaliserade patienter medför problem för patientsäkerheten som ökade vårdrelaterade infektioner, otillräcklig smärtlindring och felmedicinering, försenad behandling och medicinering samt en ökad dödlighet för vissa tillstånd (Socialstyrelsen, 2011). Ändå upplever vi att personalen anser att sjukhusledningen inte tar kritiken på allvar utan väljer att bagatellisera eller helt avvisa frågeställningar om patientsäkerheten. Även från politiskt håll kommer signaler som tyder på att de inte inser allvaret. Exempelvis skriver bland annat Filippa Reinfeldt (M) (2013, 12 mars) att någon form av träning på arbetstid skulle göra att personal inom vård och omsorg kunde öka effektiviteten och minska sjukskrivningarna. Men är det verkligen mer yoga som behövs eller är det fler kollegor?

Vi har under vår tid som sjuksköterskestudenter upplevt att oron och missnöjet är en central del av sjuksköterskornas arbetssituation. Bristande säkerhet på arbetsplatsen, besparingar, överbeläggningar, omorganisationer och ökad belastning på personalen gör att verksamheten närmar sig en kritisk gräns där man inte klarar av att garantera patientsäkerheten längre. Vi vill studera förutsättningarna för god patientsäkerhet och tror att genom ett ökat patientsäkerhetsarbete kan man öka tryggheten både hos patienter och personal och på så vis minska vårdlidandet.

2 BAKGRUND

Många patienter skadas på olika sätt i kontakten med hälso- och sjukvård. Uppgifter om mängden skadade varierar (vilket kan förklaras med olika mätmetoder) men siffror från 2012 beskriver att ungefär 14 % av alla patienter drabbas av någon form av vårdskada i vården (SKL, 2012). Siffror från Socialstyrelsen visar att 8,6 % av alla patienter drabbades av vårdskador 2008 (Socialstyrelsen, 2008).

Skador leder inte bara till ökat mänskligt lidande för patienter och anhöriga. Det leder även till ökade kostnader för sjukvården och fler vårdtygn. Det finns beräkningar som framhåller att varje inträffad vårdskada leder till i snitt sex extra vårdtygn. Det

motsvarar ca.10 % av Sveriges totala vårddyggn (Socialstyrelsen 2008). För vårdskador som vårdrelaterade infektioner beräknas kostnaden till närmare 4 miljarder kronor och 500 000 extra vårddyggn (Lindh & Sahlqvist, 2012).

Det har alltid förekommit vårdskador i samband med vård, behandlingar och omsorg och problemet är känt sedan länge. Så tidigt som 1964 visade en undersökning av sjukhus i Connecticut, USA, att runt 20% av patienterna fick skador under vårdtiden som kunde relateras till misstag snarare än själva behandlingen (Schimmel, 1964). En annan kartläggning av problemets omfattning var studien The Harvard Practice Study, som visade att det förekom ett stort antal vårdskador på sjukhusen i New York (Brennan et al, 1991). Trots att kunskapen om förekomsten av vårdskador inte var ny blev studien både en metodologisk förebild och en väckarklocka för patientsäkerhetsarbetet. Ändå kom det stora genombrottet för patientsäkerhetsarbetet inte förrän 1999 då Kohn et als (1999) rapport *To err is human* publicerades och väckte ett internationellt intresse för frågan.

Hälso- och sjukvården var dock långt efter högriskbranscher som exempelvis luftfarten eller kärnkraftsindustrin vad gäller forskning och praktisk tillämpning och det var därifrån hälso- och sjukvården fann inspiration och idéer. Många problem visade sig vara gemensamma men samtidigt finns det mycket som skiljer hälso- och sjukvård från exempelvis flyget. Det man gör inom luftfarten är i de flesta fall rutinartade förlopp där man känner till vilka moment eller händelser som är kritiska. Momenten är stabila, förutsägbara och standardiserade och följer ett schema (Öhrn, 2009). I hälso- och sjukvården är händelseförlopp mer komplexa. Runt patienten arbetar flera olika professioner som läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, undersköterskor och lokalvårdare. Även anhöriga har betydelse för vården. Olika medicin-tekniska utrustningar används beroende på tillstånd hos patienten och behov. Patienten omges av olika medicinska eller omvårdnadsmässiga åtgärder och rutiner som anpassas efter varje unikt fall. En vård- eller omvårdnadssituation är ofta psykologiskt och organisatoriskt komplex. Det finns dock verksamheter inom hälso- och sjukvården som mer liknar flyget eller kärnkraftsindustrin vad gäller rutiner och standardiserade säkerhetsrutiner, som exempelvis radiologin, intensivvården eller anestesi (Öhrn, 2009). I synnerhet anestesi var tidigt ute och införde liknande säkerhetssystem som flyget med bland annat checklistor (Cooper et al, 1978; Gaba et al, 1987).

Ytterligare en rapport som fick stor betydelse för det fortsatta patientsäkerhetsarbetet för hälso- och sjukvården var *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century* (Institute of medicine, 2001, Lindh & Sahlqvist, 2012). Denna rapport rekommenderade en modell på sex punkter för det fortsatta säkerhetsarbetet: 1) Säker vård, 2) evidensbaserade vård, 3) vård som ges i tid, 4) patientfokuserad vård, 5) jämlik vård och 6) effektiv vård. Dessa målområden har sedan använts bland annat i Sverige (Lindh & Sahlqvist, 2012).

Sverige inledde 2006 en landsomfattande satsning på patientsäkerhet. Man har därefter genom olika satsningar inom områdena vårdrelaterade infektioner, fallprevention, läkemedelsfel i vårdövergångar och trycksår, försökt minska vårdskadorna. Sveriges

kommuner och landsting, SKL, är en centralt samordnande instans för patientsäkerhetsarbetet (Lindh & Sahlqvist 2012). På regeringens initiativ tillsattes 2008 en offentlig utredning (SOU 2008:117) och som en följd av denna utredning infördes 2010 den nya Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Syftet var både att samordna patientsäkerhetsarbetet och att ge frågan en högre dignitet. Patientsäkerhetslagen betonar både vårdgivarens och personalens ansvar för patientsäkerheten. Den betonar också vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. I det ingår ett ansvar att utreda händelser i verksamheten som orsakat eller hade kunnat orsaka en vårdskada och att ge patienter och närstående information om inträffad vårdskada och vilka åtgärder som har genomförts för att förhindra en upprepning (SFS 2010:659). Enligt lagen är vårdpersonalen skyldig att rapportera till vårdgivaren om det inträffat en vårdskada eller om det fanns en risk för det. Det finns också en förskjutning i patientsäkerhetslagen, jämfört med tidigare lagstiftning, från att utdela disciplinära åtgärder till att mer handla om stöd och övervakning. Det fanns utöver detta en tendens att gå från individ till systemsyn på patientsäkerheten redan innan den nya patientsäkerhetslagen kom, genom den regionalisering som skedde med Lex Maria-hanteringen från 1990/1991 (Ödegård, 2006).

2.1 Utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet

En stor del av forskningen kring säkerhet i riskfyllda verksamheter utförs av helt andra aktörer än hälso- och sjukvården. Efter en rad flygolyckor i slutet på sjuttioalet sammanfördes piloter och psykologer av NASA för att bidra med kunskap för att förklara hur väl fungerande flygplan med erfaren besättning ändå drabbades av olyckor. Detta lade grunden för det tvärvetenskapliga ämnet *Human factors and ergonomics* som senare influerat sjukvårdens egen forskning om patientsäkerhet (Flin, 2008). Tidigare forskning runt säkerhet var mest intresserad av hur utformningen av tekniska system kunde anpassas så att de blev enklare att operera rent fysiskt, alltså ergonomi. Till viss del kunde olyckorna minskas genom mer förfinad och anpassad teknologi, men säkrare flygplan innebar inte att man inte drabbades av olyckor. Studier visade tidigt att i många fall fanns inga tekniska fel som kunde förklara vad som hänt. Man började istället ifrågasätta hur personen som hanterade systemen agerade och termen *mänskliga faktorn* blev ett centralt begrepp. Eftersom människors beslut inte alltid är logiska eller förutsägbara kan inget system helt frigöras från risken att mänskliga beteenden eller faktorer påverkar systemet på ett oförutsägbart sätt. Detta paradigm har varit rådande sedan 1970-talet och man ser idag ofta att den mänskliga faktorn återopas som förklaring till olyckor i media (Flin, 2008).

Under åttiotalet och nittiotalet konstaterades att en människa inte kan ses som en isolerad faktor. Människor verkar alltid i en social kontext, och i högriskverksamheter utgörs denna delvis av organisationen där arbetet bedrivs. Organisationen ger individerna olika förutsättningar att bedriva säker verksamhet och därför började man inom forskningen att se bortom individen i ett riskfyllt arbete och studera hur organisationen påverkade individen. Framför allt studerades hur vissa organisationer kunde bedriva verksamhet med stora risker men ändå drabbas av få olyckor s.k. *High Reliability Organizations* (HRO). Studier visade att HRO-organisationer i hög grad är

intresserade av de misstag som begås och har ett utvecklat sätt att lära av sina misstag. För att lära sig av misstag måste de brister och fel som förekommer lyftas upp till ytan och inte gömmas undan, ett kännetecken för HRO att de arbetar aktivt med avvikelserapportering och systematiskt utvecklas mot en allt högre säkerhet. Forskning runt HRO har påvisat hur en öppen dialog runt säkerheten är central för att skapa hög tillförlitlighet och att bestraffande system påverkar denna dialog mycket negativt. Ansvar för misstagen har gradvis förskjutits från individen till organisationen för att uppmuntra att berätta om begångna fel och misstag, en s.k. *blame-free culture* eller *just-culture*. En blame-free culture tillsammans med intresset för att utvecklas och lära av misstag utgör grunden för vad som kallas en god *säkerhetskultur* eller säkerhetsklimat (Flin, 2008).

Teorierna bakom HRO:er ligger till grund för en rad utbildningar inom olika branscher där personal tränas praktiskt i att identifiera och undvika inverkan av den mänskliga faktorn genom bl.a. teamträning och stresshantering. Ofta kallas dessa utbildningar för *CRM-kurser*. Namnet speglar en utveckling mot systemsyn som präglat *Human factors and ergonomics* då förkortningen ursprungligen stod för Cockpit Resource Management, och endast riktades mot piloter. Idag används namnet Company Resource Management och används för att utbilda hela företag inom riskbranscher. Inom kirurgin har CRM-kurser fått viss spridning (Flin, 2008).

I en systematisk syn på säkerhet betonas ett systems komplexitet. Tekniska, mänskliga och organisatoriska faktorer ska samverka på ett komplicerat sätt för att åstadkomma ett önskat resultat. Huruvida en organisation kan leverera ett beräknat resultat eller i värsta fall orsaka en olycka beror både på de inbördes komponenternas egenskaper och på samspelet mellan alla delar (Ödegård, 2006). System kan ofta beskrivas som hierarkiska. Systemet består i sig av olika subsystem men ingår också i andra större system. En vårdavdelning ingår i ett sjukhusystem som ingår i ett landstings- eller regionsystem som i sin tur ingår i ett nationellt system etc. I hierarkins botten finns personalen i frontlinjen, de som träffar och på olika sätt interagerar med patienterna. Den nivå där interaktionen sker kallas också *verksamhetens skarpa ände* (Flin et al 2008). De har ett utsatt läge och det finns många i hierarkin ovan som utövar inflytande på vilken typ av resultat som ska produceras och hur vårdskador ska undvikas. Genom att bygga in olika förhållanden, *latenta tillstånd*, i systemet skapas förutsättningarna för händelser att inträffa. Exempel på latenta tillstånd skulle kunna vara underbemanning. En utmaning för systemet kallas *lokala triggers* och kan vara en temporär eller plötslig negativ förändring som överbeläggningar, stress eller oerfaren personal. När en olycka händer har ett aktivt fel begåtts av personalen någonstans i den skarpa änden av verksamheten, t.ex. en felaktig läkemedelsdos, en patient som faller på toaletten för att ingen hade tid att vara med. Därför är det lätt att peka på individen som ansvarig för misstaget, men det är de latenta tillstånden som är den egentliga orsaken (Reason, 1997). Som en följd av denna komplexitet innebär varje förändring av någon komponent som ingår i systemet en rubbning av systemet som helhet (Ödegård, 2006).

Ödegård (2006) menar att en poäng i Reasons beskrivning är att eftersom latenta tillstånd sällan leder till tillbud uppfattas de därför inte alltid som svagheter i systemet.

En del av dessa tillstånd går inte heller att få bort eftersom de inte är kända. Andra anses inte kunna tas bort eftersom det är förknippat med höga kostnader. Ibland kan det också vara svårt att se orsakssamband mellan det latent tillståndet och en enskild olycka då sambanden kan vara mycket komplexa. Allt detta riskerar att istället rikta all fokus på den enskilda händelsen och individen, vilket gör att inget görs åt de bakomliggande faktorerna. Dessutom riskerar ett fokus på den enskilda händelsen, på att bygga in olika skyddsmekanismer, *barriärer*, för att förhindra en upprepning, att leda till en ökad komplexitet i systemet med fler nya, okända eller obeprövade latent tillstånd. Detta kan paradoxalt nog leda till en större risk för tillbud i framtiden (Ödegård, 2006).

Länge har fokus legat på personen som begått ett misstag som lett till skada eller olycka. Det har varit viktigt har att identifiera, korrigera och även straffa vederbörande. Misstag har ansetts bero på dåliga personliga egenskaper som slarv, oaktsamhet, olydnad eller inkompetens. Det är lättare att skuldbelägga en enskild individ, att hitta enkla förklaringar, än att se orsakerna som sprungna ur ett systemfel där individen bara råkar vara den sista utlösande faktorn. Sakta men säkert har dock framsteg gjorts i att gå från individsyn till systemsyn inom vården (Lindh & Sahlqvist, 2012). Den nya patientsäkerhetslagen är i någon mån en produkt av detta.

2.1.1 Människor som resurs istället för som problem

Trots nedskärningar av personal, brister i organisationer, stress och tidsbrist lyckas personalen ofta hålla verksamheten igång utan att patientsäkerheten blir allt för hotad. Om utgångspunkten är att det inte finns ett tydligt ”rätt” eller ”fel” utan att det istället finns variationer både i förutsättningar och i resultat framträder en annan bild av säkerhet. I sjukvården är ytterst få fel begångna med motivet att skada patienten eller öka lidandet, utan de allra flesta felhandlingar görs i god tro och med målet är förbättra situationen. Felet upptäcks först då konsekvenserna är uppenbara, hade de varit kända hade handlingen aldrig genomförts. (Hollnagel, 2009)

För att hantera variationerna i en vårdsituation måste alltid åtgärderna anpassas efter förutsättningarna, och eftersom ingen komplett analys kan göras inför varje situation och beslut blir åtgärderna och handlingarna mer eller mindre ungefärliga. I de fall då det leder till det önskade resultatet är denna anpassning tillräcklig. Istället för att definiera god säkerhet som låg frekvens av olyckor, kan säkerhet istället beskrivs som förmågan att reagera på variationer – *adaptabilitet*. Genom att bygga upp adaptabiliteten skapas *resiliens* i organisationen. Att följa en checklista gör inte att personalen blir bättre på att hantera oväntade situationer, även om checklistan är baserad på alla historiska olyckor. Istället är det bland annat deras kreativitet och expertis som bidrar till om anpassningen är tillräcklig för att ge önskat resultat. En checklista är baserad på historiska händelser och förutsägbara risker. Förutsägbara risker är inte lika farliga som de oförutsägbara variationerna som alltid uppstår i ett komplext system, och därför bygger framgången i ett förebyggande system på hur resiliens det är snarare än på hur skicklig man är på att förutse olyckor. Resiliens är alltså den inbyggda förmågan att ”göra rätt” och reagera före, under eller efter en förändring eller störning så att verksamheten kan fortsätta

fungera som önskat. Detta är en förebyggande säkerhet som inte bygger på att hindra misstag från att upprepas, vilket är en fördröjd process. Om målet är att göra individen och organisationen kompetent att hantera problem och utmaningar så utgör människorna den mest anpassningsbara komponenten i systemet och utgör alltså en förutsättning för hög säkerhet. Detta innebär ett paradigmskifte där mänskliga faktorn innebär något positivt istället för negativt. (Hollnagel, 2009).

2.2 Säkerhetshöjande åtgärder i Sverige

Den nya patientsäkerhetslagen är ett resultat av en uttalat systematisk syn på patientsäkerheten där vårdgivaren har ett ansvar att följa upp brister och åtgärda dem, vilket kan härledas till HRO - paradigmet. Flera projekt för att sprida kunskapen om de vanligaste orsakerna till vårdskador har genomförts inom hälso- och sjukvården, exempelvis de olika fokusområden där SKL författat evidensbaserade handlingsplaner. Parallellt med införandet av den nya patientsäkerhetslagen infördes också satsningen på prestationsbaserad ersättning, där landstingen betalas en bonus varje år om de lyckas uppfylla fem grundläggande kvalitetsmål. Grundkraven 2013 är:

- Upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse
- Delta i nationell patientsäkerhetsenkät för primärvård
- Inrätta en handlingsplan för patientsäkerhetskultur
- Genomföra strukturerade journalgranskningar
- Ansluta sig till nationell patientöversikt (SKL, 2012)

Varje uppfyllt mål ger landstinget möjlighet att dela på en summa mellan 40 och 120 miljoner med andra landsting som också uppfyller målen. Ersättningen styrs av hur väl landstingen uppfyller 6 kvalitetsindikatorer:

- Basala hygienrutiner och klädregler
- Åtgärder för minskad antibiotikaförskrivning
- Utskrivningsinformation till patienten med läkemedelsberättelse
- Mätning av förekomst av trycksår och handlingsplan
- Mätning av överbeläggningar
- Användning av IT-stödet infektionsverktyget (SKL, 2012)

Detta ger alltså ett ekonomiskt motiv till att intensifiera patientsäkerhetsarbetet för landstingen. Utgångspunkten för detta är en nollvision om vårdskador och en strävan att vården skall präglas av en säkerhetskultur som kännetecknas av patientens deltagande och medverkan (SKL, 2012).

2.3 Omvårdnadsteoretisk anknytning

2.3.1 Lidande

Studien kommer att fokusera på omvårdnadsbegreppen *lidande*, *trygghet* och *vårdmiljö* då de har störst relevans för patientsäkerhet. Enligt oss är den uppenbart viktigaste anledningen att fokusera på patientsäkerhet viljan att försöka minska lidandet hos patienter eller hålla det på en så låg nivå som möjligt. I *International Council of Nurses* (ICN) etiska kod för sjuksköterskor framgår det att det ingår i sjuksköterskans uppgifter att lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Även i Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska framgår det att hon ska "uppmärksamma och möta patientens sjukdomsupplevelse och lidande och så långt som möjligt lindra detta genom adekvata åtgärder" (Socialstyrelsen, 2005). I patientsäkerhetslagens definition av begreppet vårdskada ingår lidandet som en central aspekt och därmed något som ska minska eller lindras (SFS 2010:659).

Vad är lidande? En rent semantisk eller filosofisk förklaring av begreppet är svårt. Det används på olika sätt: normativt ("men hon lider ju!"), deskriptivt/objektivt (fattigdom, sjukdom, förtryck etc.) och som en subjektiv upplevelse av otilfredsställelse och illabefinnande. Dessutom kan begreppet avse en momentan upplevelse eller som ett slags genomsnitt över tid (Brülde, 2007).

Självva ordet patient kommer ur begreppet lidande: den tåliga eller lidande människan (NE, 2013). Många söker upp sjukvården just för att de upplever någon form av lidande; fysiskt, psykiskt eller existentiellt. Att under tiden man befinner sig under vård eller omsorg drabbas av en vårdskada kan innebära ett förvärrat lidande snarare än den minskning som var avsedd (Lindh & Sahlqvist, 2012).

Lidandet anses vara en del i det att vara människa, något som förr eller senare drabbar alla. Människan upplever dock lidande på olika sätt beroende på erfarenheter och livssituation. Lidandet är mycket individuellt (Kirkevold & Tveiten, 2008). Lidandet kan delas in i tre former: livslidande, sjukdomslidande och vårdlidande (Eriksson, 1994). Livslidande emanerar ur det existentiella faktumet att man lever och en gång måste dö. Sjukdomslidande innebär en fruktan för utplåning genom den osäkerhet man upplever med sjukdomsförloppet. En vårdskada kan ytterligare öka på sjukdomslidandet genom att än mer skapa oro och ångest inför sjukdomens vidare förlopp. Vårdlidande uppstår vid brister i interaktionen mellan exempelvis sjuksköterska och patient. Det kan handla om att patienten upplever att sjuksköterskan bagatelliserar sjukdomen eller att sjuksköterskan på grund av brister i kunskaper eller omdöme inte vidtar erforderliga åtgärder (Santamäki Fischer & Dahlqvist, 2009).

2.3.2 Trygghet och tillit

En annan viktig aspekt av patientsäkerhet relaterat till omvårdnad är trygghet. Det är viktigt att patienten känner sig trygg i en vård- eller omsorgssituation, att denne känner en trygghet i att befinna sig på en vårdavdelning. Trygghet ligger med andra ord nära begreppet hemmastaddhet (Santamäki Fischer & Dahlqvist, 2009). Brister i patientsäkerheten är något som inte bara upplevs av personalen utan också kan avläsas av patienter. Känslan av att befinna sig i en osäker miljö, tillsammans med en redan

otrygg livssituation på grund av sjukdom, skapar en förstärkt känsla av otrygghet (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

Ytterligare problem som vårdskador kan leda till är att patienten och anhörigas tillit till vården och dess personal minskar. Att vara sjuk och hamna på en vårdavdelning är att lämna ut sig och lita på personalens kunskap, beslut och handlande. Man lämnar över makten till personalen och att då drabbas av en vårdskada skadar tilliten, kanske för all framtid (Vincent, 1995).

2.3.3 Vårdmiljö

En sjuksköterskas omvårdnadsarbete relaterat till patientsäkerhet sker alltid i en viss kontext, i en given vårdmiljö. Den materiella vårdmiljön kan på olika sätt mätas och beskrivas objektivt eller subjektivt (Edwardsson & Wijk, 2009). I sjuksköterskans profession ingår ett helhetsperspektiv där hon dels är medveten om vårdmiljöns betydelse för omvårdnaden och interaktionen med patienten och dels ansvarar för att anpassa vårdmiljön efter patientens behov och förmåga (Edwardsson & Wijk, 2009).

Sjuksköterskans ansvar för vårdmiljöns utformning innehåller två komponenter. En första, mer generell sida som handlar om bland annat rummets utformning för att anpassas till patientkategorin. Den andra delen representerar vad en specifik individ i vårdmiljön har för unika, individuella behov relaterat till vårdmiljöns utformning (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

Den fysiska vårdmiljön kan i sig utgöra en fara för patientsäkerheten eller tvärt om bidra till att förhindra att vårdskador får möjlighet att realiseras. Olika patientgrupper och individuella behov kan ställa olika krav på vårdmiljöns utformning. Olika kognitiva förmågor, funktionsnedsättningar och skillnader i exempelvis syn- och hörförmåga kan skapa olika krav (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

När ny vårdpersonal eller patienter kommer till en obekant vårdenhets beskriver de ofta något vad gäller vårdmiljön som att "det sitter i väggarna". När patienter har ombetts beskriva sina upplevelser av god eller dålig omvårdnad har de just pekat på denna känsla av ett specifikt klimat eller atmosfär (Edwardsson & Wijk, 2009). Ett annat namn på detta är psykosocial vårdmiljö (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

Att få god omvårdnad inbegriper att känna sig trygg och säker, att befinna sig i en "omslutande atmosfär" (Edwardsson & Wijk, 2009). Dålig omvårdnad brukar förknippas med en känsla av att befinna sig i en kall och ogästvänlig vårdmiljö. Vårdmiljön eller vårdklimatet inkluderar här den fysiska miljön, personalens handlande och bemötande samt närvaro eller frånvaro av en platsspecifik värdegrund kring vårdandet. Den fysiska miljön kan skicka signaler till patienten om hur avdelningen eller sjukhuset värdesätter olika saker. En sliten miljö kan skicka signaler om att just den verksamheten eller sjukdomen är lågt prioriterad. Tecken på förfall tolkas som att just min omvårdnad inte har så stor betydelse (Edwardsson & Wijk, 2009).

Vårdmiljön i bred bemärkelse, det vill säga rummets utformning, sakernas placering och utseende, symboler, bemötande, personalens handlande, tempo, vårdfilosofi etc. har med andra ord en stor betydelse för patientsäkerheten (Svensk sjuksköterskeförening, 2010; Edwardsson & Wijk, 2009).

3 PROBLEMFORMULERING

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) visar att svensk sjukvård har en systematisk syn på patientsäkerheten. De åtgärder som SKL har som kvalitetsindikatorer för prestationsbaserad ersättning är baserat på teorin om *High reliability organizations* och lägger stort värde vid att kartlägga problem och implementera barriärer för att förhindra uppreppning. Samtidigt finns andra paradigmer för att beskriva säkerhetssystem t.ex. systemets resiliens. Eftersom det tycks finnas olika uppfattningar om huruvida sjukvården pressas för hårt och om patientsäkerheten är hotad undrar vi vilka förutsättningar som behöver uppfyllas för att utveckla en hög patientsäkerhet? Vilka faktorer är centrala för att en sjuksköterska ska kunna göra ett patientsäkert arbete?

4 SYFTE

Vårt syfte är att studera olika faktorer som kan påverka sjuksköterskans omvårdnadsarbete ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Vilka faktorer gynnar respektive missgynnar ett patientsäkert omvårdnadsarbete?

5 METOD

Studien genomfördes som en systematisk litteraturöversikt. Litteraturöversikter är användbara för att ta reda på befintlig forskning inom ett visst område. Studien består av en systematisk datainsamling samt granskning av de funna studiernas kvalitet och resultat. Resultatet analyseras och presenteras strukturerat (Friberg, 2012).

5.1 Datainsamling

Fördjupningsarbetet påbörjades genom en osystematisk sökning i databaserna Summon, Pubmed, Cinahl och Swemed+ för att undersöka tillgången till material. Bakgrunden skrevs till viss del baserat på litteraturgenomgångar funna i denna sökning. Bakgrunden beskriver begreppen som användes för att formulera sökord till en systematisk sökning i samma databaser. Syftet med den systematiska sökningen var att finna vetenskapliga artiklar om ämnet med relevans för sjuksköterskor och lämpliga söktermer. Patientsäkerhetsforskningen är tvärvetenskaplig och därför användes Summon för att få med ett så brett urval som möjligt. PubMed och Cinahl publicerar vetenskapligt godkända omvårdnadsartiklar och Swemed+ har särskild inriktning på svenska och skandinaviska förhållanden. Sökorden som användes var *Patient safety*, *Nurse*, *Nursing*, *Nurs**, *Health care*, *Human factors*, *Safety culture* och *Staffing*. Begreppen användes som fritext och som förval då lämpligt val fanns i databasen. Efter den systematiska sökningen gjordes sekundära sökningar baserade på källhänvisningar i artiklar från den systematiska sökningen. För presentation av sökord och sökschema, se bilaga 1.

5.2 Urval

Studien är en litteraturöversikt och använder både kvalitativa och kvantitativa artiklar. Inklusionskriterier för samtliga sökningar var vetenskapliga artiklar med publiceringsdatum senare än 2003, skrivna på engelska eller svenska, danska eller norska med tillgänglig abstract och full text. Samtliga titlar lästes med exklusionskriterier att studierna beskriver förhållanden inom om slutenvård utan att vara inriktad på en speciell behandling (exempelvis operation, förlossning eller psykiatri m.fl.) eller speciella sjukdomstillstånd (diabetiker, hjärtsjuka o.s.v.). Artiklar som inte beskrev hur patientsäkerheten kunde påverka sjuksköterskans arbetsroll exkluderades, likaså artiklar som enbart handlade om organisationslära, arbetsmiljö, teknologi eller lokaler. I de fall där titeln bedömdes som relevant lästes abstract och de artiklar som hade ett relevant innehåll lästes i sin helhet. Även efter genomläsning gallrades artiklarna efter inklusions och exklusionskriterierna.

Sekundära sökningar genomfördes efter en genomgång av referenser i de artiklar som inkluderats från litteratursökningen. Kriterierna var desamma bortsett från att artiklar publicerade före 2003 inkluderades för att kunna ge stöd åt mer grundläggande frågeställningar än de nyare artiklarna behandlade. Detta tillförde 9 artiklar.

5.3 Kvalitetsgranskning och analys

Genomläsning gjordes med syfte att få ett helhetsperspektiv samt avseende skillnader och likheter i resultat. Artiklarna delades upp efter en gemensam genomläsning av abstrakt för individuella genomläsningar. Innehållet granskades och nyckelfynd sammanfattades, och artiklarnas relevans för syftet granskades återigen gemensamt. Därefter bedömdes artiklarnas kvalitet med hjälp av Fribergs (2012) förslag på frågeställningar vid granskning av kvalitativa och kvantitativa studier. ”Hög” kvalitet gavs artiklar med klart formulerat problemområde, väl beskriven teoretisk utgångspunkt och metod, relevanta insamlings och analysmetoder samt diskussion om resultat och metod. Artiklar som inte uppfyllde samtliga kriterier anses vara av kvalitet ”medel.” (Friberg, 2012). Artiklar med låg kvalitet har uteslutits från studien.

Efter granskning sammanställdes en artikelöversikt där artiklarnas vetenskapliga kvalitet dokumenterades och innehållet sammanfattades. Artiklarna analyserades sedan genom flera genomläsningar. Nyckelfynd i resultat som ansågs vara relevant utifrån syftet markerades och numrerades. Resultaten jämfördes och tematiserades under teman Inre och yttre faktorer som påverkar patientsäkerheten. Därefter bearbetades varje tema ytterligare och subteman bildades.

5.4 Trovärdighet

En av författarna har tidigare arbetat inom andra högriskverksamheter än hälso- och sjukvård och utbildats som både administratör och operatör. Detta har påverkat valet av bakgrundsmaterial och problemformulering.

5.5 Etisk bedömning

I de artiklar som valts ut till analys har forskarna antingen själva dragit slutsatsen att de är etiskt godkända enligt olika lagar och etiska koder. Vi, författarna till denna uppsats, inte funnit någon studie som verkar etiskt tveksam. Oftast har studierna baserats på enkäter eller intervjuer där deltagarna helt frivilligt deltagit. De har när som helst kunnat lämna studien.

6 RESULTAT

Resultatet presenteras utifrån två teman och sju respektive åtta subteman. Dessa är:

Tema 1: Yttre faktorer som påverkar patientsäkerheten

Vårdtyp
Säkerhetskultur
Yrkeskategori
Organisation
Konflikter
Arbetsbelastning

Stressorer

Tema 2: Inre faktorer som påverkar patientsäkerheten

Riskuppfattning

Vilja att rapportera avvikelser

Känsla av ansvar

Känsla av kontroll

Arbetsbelastning

Flexibilitet

Erfarenhet

Psykisk och fysisk ohälsa

6.1 Yttre faktorer som påverkar patientsäkerheten

Temat yttre faktorer beskriver förhållanden som inte har sitt ursprung hos sjuksköterskan själv, och som sjuksköterskan inte kan kontrollera. Detta tema innefattar alltså sju subteman.

6.1.1 Vårdtyp

Hur god säkerheten och säkerhetskulturen är beror på lokala förutsättningar och individuella föreställningar, och ju mer generaliserande den beskrivs desto mer missvisande blir svaren (Smits et al, 2012). Skall säkerhetskulturen mätas bör den mätas så lokalt som möjligt för att ge en rättvisande bild, annars riskerar åtgärder att bli missriktade. Förutsättningarna och hindren för säkerhetskulturen varierar mellan avdelningarna på ett och samma sjukhus och alltför generaliserande och övergripande åtgärder inte är effektiva (Huang et al, 2007).

Tre artiklar beskriver problem med att mäta patientsäkerhet och patientsäkerhetskultur då olika typer av vård har olika förutsättningar att bedriva säker vård (Smits et al, 2012; Tang et al, 2007; Huang et al, 2007). Vissa typer av vård är svårare att kontrollera vilket innebär att då patientsäkerhetskulturen mäts måste detta vägas mot att det också inträffar fler skador eller olyckor på vissa avdelningar beroende på typ av patienter och vårdtyp. Det större antalet beror inte enbart på att personalen har sämre metoder för att förhindra olyckor. Exempel på detta är att det är vanligare med vårdskador på kirurgiska avdelningar än medicinska (Smits et al, 2012; Tang et al, 2007). Det är snarare inriktning (kirurgi, akutmedicin, allmänmedicin etc.) och andra faktorer (som t.ex. komplexitet i ingreppen) som avgör hur många oavsiktliga händelser som sker (Smits et al, 2012).

6.1.2 Säkerhetskultur

Inom samma sjukhus finns det stora variationer i hur säkerhetskulturen manifesteras på avdelningarna trots att man har samma ledning och målsättning. Baserat på detta dras slutsatsen att självuppskattad patientsäkerhet påverkas mest av arbetssituation och yrkesroll. Lön har t.ex. liten betydelse för hur säkerheten uppfattas (Huang et al, 2007). Det finns enligt Smits et al (2012) ett svagt samband mellan säkerhetskultur och antalet oavsiktliga händelser. I en jämförelse mellan antalet rapporterade vårdskador och skattning av patientsäkerhetskultur med 11 faktorer (övergripande skattning av säkerheten, samarbete mellan avdelningar, samarbete inom avdelningen, rapporteringsvilja, lärandekultur, icke-bestrafmandekultur, stöd från ledning, styrning från ledning, fungerande överlämningar, öppenhet, bemanning) visades endast 3 säkerhetskulturfaktorer påverka utfallet av oavsiktliga händelser: benägenhet att rapportera, icke-skuldbeläggningsskulturer och stöd från sjukhusledningen. Endast faktorn benägenhet att rapportera utmärkte sig som en viktig faktor (Smits et al, 2012).

6.1.3 Yrkeskategori

Två studier visar tydligt att avdelningschefer och sjukhusledning har en annan, mer positiv syn på patientsäkerhetskulturen på avdelningarna än vad personalen som arbetar där själva har (Huang et al, 2007; Feng et al, 2011). Även läkare har en mer positiv uppfattning än sjuk- och undersköterskor om hur god patientsäkerhetskulturen är (Huang et al 2007, Smits et al 2012). Feng et al (2011) visade att ledningen skattar säkerhetskulturen 18,8% högre än personalen på avdelningen (Feng et al, 2011). Huang et al (2007) fann liknande resultat vilket förklarades med att ledningen och läkare är mer involverade i kvalitetsarbetet vilket innebär en bias i deras omdömen (Huang et al, 2007).

6.1.4 Organisationen

Uppfattningen av säkerhetsklimatet kan påverka den faktiska patientsäkerheten om det innebär att förbättringsarbete med inriktning på patientsäkerheten inte prioriteras, eftersom engagemanget i säkerhetsfrågor har betydelse för hur väl utvecklad säkerhetskulturen på avdelningar är (Feng et al, 2011). Otydliga eller svårtolkade målsättningar rörande patientsäkerheten utgör också hinder mot ökad patientsäkerhet, då olika nivåer av verksamheten tolkar säkerhetskultur på olika sätt. Detta leder till mångtydiga budskap och riktlinjer. För att patientsäkerheten skall kunna utvecklas måste utvecklingen ske på samtliga nivåer i sjukvårdshierarkin och inte enbart vara en fråga för avdelningar och vårdpersonal. Sjukvårdens hierarkiska uppbyggnad ansågs leda till misstro och bristande förståelse för hur systemet som helhet fungerar. Denna misstro manifesteras i hög grad av misstänksamhet mot rapporteringssystem för avvikelser och incidenter (Martinez et al 2010). Organisationsklimatet har dessutom

påverkan på stress och arbetsmoral, vilket påverkar patientsäkerheten (Fogarty & McKeon, 2007). Dock verkar det som att lönenivåer och arbetsförhållanden förutom arbetsbelastning har liten inverkan på patientsäkerheten (Stone et al, 2007). Samtidigt är sambandet mellan vilka faktorer i organisationskulturen som påverkar patientsäkerheten svårt att säkerställa (Smits et al, 2012; Hwang & Hwang, 2007; Elfering et al, 2006), men acceptans och engagemang från organisationen i säkerhetsfrågor har en betydelse för den faktiska säkerheten (Feng et al 2011; Smits et al 2012; Marshall & Manus, 2007).

6.1.5 Konflikter

När ledningen inte ger tydliga mål för patientsäkerhetsarbetet förekommer det konflikter mellan olika yrkeskategorier om vem som har tolkningsföreträde. Intressekonflikter mellan och inom personalkategorier ansågs vara en barriär mot ökad patientsäkerhet, och i praktiken innebar det att fokus flyttas från de positiva effekterna på säkerhetskulturen till ansvarsområden och fördelning av resurser (Martinez et al, 2010; Marshall & Manus, 2007). Det förekom också konflikter mellan sjuksköterskor som var mer eller mindre förändringsbenägna, vilket påverkade förändringsarbete negativt (Martinez et al, 2010; Berland & Natvig, 2007). För att undvika att förändringsarbetet blir en källa till konflikter är det avgörande att alla nivåer i hierarkin har samma målbild och en tydlig styrning. Utan tydlig styrning kommer målsättningarna att tolkas olika vilket leder till konflikter om tolkningsföreträde, prioritering av åtgärder och beslutsfattande. Istället måste utbildning och ansvarstagande lyftas fram och prioriteras för att åtgärder skall vara effektiva (Martinez et al, 2010). Utbildning i teamarbete och säkerhetsarbete, så som CRM, har en mätbar effekt och främjar patientsäkerheten (Marshall & Manus, 2007).

6.1.6 Arbetsbelastning

Flera kvalitativa studier beskriver hur hög arbetsbelastning uppfattas som en risk i verksamheten då den påverkar sjuksköterskors sätt att arbeta och försvårar redan komplexa arbetssituationer (Ramanjunam et al, 2008; Berland & Natvig, 2007; Cronqvist et al, 2001; Jennings et al, 2011; Tang et al, 2007; Holden et al 2011; Ödegård & Hallberg, 2004; Jeffs et al, 2008).

Ytterligare studier visar på ett starkt samband mellan alla faktorer gällande arbetssituation/arbetsbelastning och utfallet för antalet vårdskador. Dock är det inte enbart antalet sjuksköterskor per patient som har betydelse för hur arbetsbelastningen upplevs. Det är snarare tiden sjuksköterskorna har tillgänglig för patienterna som avgör och detta har också påverkan på ett antal kvalitativa patientsäkerhetsindikatorer (Elfering et al, 2006; Unruh & Zhang, 2012; Stone et al, 2007).

Unruh & Zhang (2012) jämförde förhållanden på 124 amerikanska sjukhus mellan 1996 och 2004. Förändringar i antalet sjuksköterskor per patient, samt förändringar i antalet

patienter studerades med hjälp av statistiska modeller utifrån 6 hypoteser om hur detta kunde påverka patientsäkerheten. Det fanns hela tiden ett samband mellan hur många sjuksköterskor som arbetade på avdelningen och hur mycket tid som fanns tillgängligt per patient. Det fanns till en början ett negativt samband mellan antalet dödsfall (failure to rescue, alltså patienter som kunde ha överlevt men inte gjorde det) och antalet sjuksköterskor, alltså omkom färre patienter när antalet sjuksköterskor på avdelningarna ökade. Däremot påverkades inte dödligheten när förändringar i antalet patienter per avdelning togs med i jämförelsen, alltså fanns ingen tydlig förändring i dödligheten med ökat antal sjuksköterskor. Istället påverkades förekomsten av infektioner, postoperativ sepsis och trycksår negativt när antalet sjuksköterskor per patient ökade. (Unruh & Zhang, 2012).

En ytterligare effekt av hög arbetsbelastning är att det försämrar möjligheterna att bedriva förbättringsarbete. Det sker dels genom minskad rapportering av händelser men också genom att det minskar möjligheten till utbildning och träning i säkra metoder (Martinez et al, 2010).

6.1.7 Stressorer

Sjuksköterskor upplever att ett högt flöde av patienter påverkar patientsäkerheten negativt. Patientflödet ansågs vara en faktor som sjuksköterskorna inte kan kontrollera, utan är ett resultat av politisk vilja och sjukhusledningens strategier. Fler patienter innebär att sjuksköterskorna tvingas anpassa sitt arbetssätt efter situationen vilket har konsekvenser för patientsäkerhetsarbetet. (Ödegård & Hallberg, 2004; Martinez et al, 2010) Berland & Natvig, 2007). Anpassningen beskrivs utförligare i tema 6.2.5.

Hög arbetsbelastning har olika påverkan på personal och patientsäkerhet. Det finns olika typer av arbetsbelastning och deras effekt beskrivs av Holden et al (2011) utifrån tre kategorier av arbetsbelastning:

- i) arbetsbelastning på enhetsnivå (mängden uppgifter i förhållande till resurser),
- ii) arbetsbelastning på jobbnivå (generella och specifika krav på arbetet: mängden arbete att utföra på en dag, svårighetsgraden på arbetet och graden av behovet att koncentrera sig eller vara uppmärksam för att klara av uppgiften) och
- iii) arbetsbelastning på uppgiftsnivå (krav och resurser för att utföra en specifik sjuksköterskeuppgift). Kraven inkluderar behovet av koncentration och göra flera saker samtidigt. Resurser inkluderar kognitiv kapacitet, träning, teknologi, ledningsstöd mm.) (Holden et al, 2011).

Resultatet visade att samtliga typer (i-iii) av arbetsbelastning påverkade patientsäkerheten på olika sätt. Arbetstillfredsställelse och utbrändhet korrelerade men påverkade inte signifikant mängden fel i läkemedelsadministrationen. Arbetsbelastning på sjukhus och enhetsnivå ökade antalet fel i läkemedelsadministrationen. Det fanns ett

tydligt samband mellan extern, mental arbetsbelastning (både i och ii) och sannolikheten för medicineringsfel. Otillfredsställelse med arbetet korrelerade positivt med arbetsbelastning på enhetsnivå. Utbrändhet korrelerade positivt med både arbetsbelastning på enhetsnivå och arbetsbelastning på uppgiftsnivå. Otillfredsställelse med arbetet korrelerade positivt med utbrändhet. Fel i läkemedelsadministrationen kan mest kopplas till arbetsbelastning på uppgiftsnivå, arbetsotillfredsställelse kan mest relateras till arbetsbelastning på enhetsnivå och utbrändhet mest kopplas till både arbetsbelastning på enhets- och jobbnivå (Holden et al, 2011). Sjukvårdspersonal under stress visas ha orsakat fler vårdskador eftersom stress minskar koncentrationsförmågan och den kognitiva kapaciteten. Resultatet visade att stora krav på koncentration och upplevd brist på kontroll över arbetet påverkar beslutsförmågan och beteendet negativt. Totalt rapporterades 439 incidenter på två 7-dagarsperioder varav 314 var arbetsrelaterade. Av dessa 314 var 62 (19,7%) kopplade till patientsäkerheten, 25 (40,3%) rörde dokumentationsfel, 13 (21 %) nära missar i läkemedelsadministrationen, 46 (14,5%) glömt eller försenat samtal med patient, 20 (6,5 %) patientolycksfall och 30 (9,7 %) våld mot sjuksköterskan (Elfering et al, 2006).

6.2 Inre faktorer som påverkar patientsäkerheten

6.2.1 Riskuppfattning

Sjuksköterskor har en egen uppfattning om risker i vården, och har därför olika syn på innebörden av patientsäkerhetsarbetet. I en studie där sjuksköterskor beskriver incidenter har dessa kategoriserats utifrån sex kategorier. ”Metaforer för sårbarhet”, där incidenterna beskrivs utifrån de orsaker som ansågs ligga bakom händelser eller risker. Vanliga orsaker var bristfälliga undersökningar, behandlingar och arbetsförhållanden. Andra kategorier är att beskriva som incidenter eller ”avbrutna händelsekedjor”. Händelser beskrivs inte i orsaker till att händelsen inträffade utan hur den upptäcktes och avbröts. Exempel på detta var ingripande av personal, anhöriga eller patienter. Patienter beskrev också incidenter som ”illusioner om patientcentrerad vård”. Många patienter beskrev hur deras behov och kunskap förbisågs och att personalen fokuserade på fel saker. De själva eller deras anhöriga fick bevaka deras intressen, och detta kopplades samman med för lite tid för patienterna och för långa väntetider för behandlingar och läkarbesök. Studien visade också att likgiltighet var en bidragande orsaker till misstag. Likgiltighet kan orsakas av för hög arbetsbelastning och upplevelse av bristande kvalitet på vården (Jeffs et al, 2008).

Tang et al (2007) intervjuade sjuksköterskor i en studie och identifierade 8 kategorier av faktorer som bidrog till misstag vid läkemedelshantering (totalt 40 faktorer) genom intervjuer. Det framkom att 76,4% av de tillfrågade sjuksköterskorna ansåg att det var flera av faktorerna som låg bakom misstag i läkemedelshantering de bevitnat eller varit delaktiga i. De tre mest förekommande kategorierna av orsaker var slarv [Personal neglect] 86,1%, hög arbetsbelastning 37,5% och liten erfarenhet (”new staff”) 37,5%. De tre vanligaste bidragande faktorerna var flera samtidiga arbetsuppgifter (”must solve other problems while administering drugs”), ingen extra kontroll (”advanced drug

preparation without rechecking”) och oerfaren personal (”new graduate”) (Tang et al 2007).

6.2.2 Viljan att rapportera avvikelser

Att avvika från riktlinjer och regler samt dålig kommunikation mellan personalen var brister som sjuksköterskor ansåg var tillräckligt allvarliga för att reagera på och rapportera. Om och hur sjuksköterskorna sedan reagerade på de uppfattade bristerna styrdes av allvarlighetsgraden. Allvarligast ansågs handlingar eller situationer vara som ledde till skador på patienter eller då personal agerade utanför sina befogenheter. Upprepade fel ansågs vara allvarligare och viktiga att rapportera. Det fanns dock stora variationer i hur man valde att reagera på misstag och felaktigheter. Ju allvarligare händelsen ansågs vara desto mer benägna var sjuksköterskorna att rapportera enligt formella system som t.ex. elektroniska avvikelserrapporter. Oklara orsaker och ansvarsförhållanden påverkade rapporteringsbenägenheten negativt. Då var sjuksköterskorna också mer benägna att agera informellt. Informella agerande kunde vara att tala direkt till den inblandade eller att dokumentera en händelse i patientjournalen. När en händelse inte rapporteras är motivet oftast att ingen skada inträffat. Ibland valde sjuksköterskorna att inte rapportera för att misstaget ansågs vara för litet eller orsakat av slarv, på grund av tidsbrist, av rädsla för repressalier eller för att det inte ansågs leda till någon förändring. (Espin et al, 2009). I kontrast till Espins påstående om att rädsla för repressalier var ovanligt beskrevs det i en annan studie att de tre största barriärerna mot incidentrapportering var att systemet var för besvärligt eller tog för mycket tid (31,23%), rädsla för repressalier (17,03%) och negativ arbetskultur (16,4%). Negativ arbetskultur beskrevs som en likgiltig attityd, att man inte såg någon betydelse i att rapportera eller att man helt enkelt glömde bort att rapportera (Moumtzoglou, 2010).

6.2.3 Känslan av ansvar

Möjlighet att påverka arbetssituationen har en positiv effekt på patientsäkerheten. De problem som ses som möjliga att förbättra och som faller under eget ansvar leder oftare till åtgärder. Sjuksköterskor är mer benägna att agera på situationer som faller under deras eget ansvarsområde. Det är alltså troligare att en sjuksköterska rapporterar en annan sjuksköterska (eller sig själv) än en person ur en annan personalkategori (undersköterska, läkare) eftersom de förväntar sig att någon ur den andra yrkeskategorin har ett större ansvar att anmäla än vad de själva har (Espin et al, 2009). Känslan av ansvar kan förbättras genom teamträning, vilket ger en tydlig effekt på säkerhetskulturen. En genomsnittlig förbättring på 7,4 procent gällande patientsäkerhetskulturen enligt de 12 kategorierna i HSOPS¹ noterades av Marshall & Manus (2007). Övriga faktorer som påverkades positivt av teamträning var teamarbete inom enheterna (12 %), bemanning (12 %) och antalet fall av incidenter (11 %). Även kategorin överlämning från sjukhus och överflyttningar påverkades i hög grad

(10 %). Minst påverkades feedback och kommunikation av fel (3 %) och organisatoriskt lärande/kontinuerliga förbättringar (3 %) (Marshall & Manus, 2007).

¹ Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) används för att mäta säkerhetskulturen. HSOPS är en vedertagen enkät som används i flera länder. Den mäter följande 12 faktorer: generell säkerhetskultur, feed-back om och lärande av misstag, generell skattning av säkerhet, teamsamarbete mellan sjukhusavdelningar, benägenhet att rapportera, ledarskapets förväntningar och handlingar, teamsamarbete inom avdelningar, icke-skuldbeläggingskultur i händelser av incidenter, smidiga överflyttningar, kommunikationsöppenhet, tillräcklig bemanning och sjukhusledningens stöd (Smits et al, 2012).

6.2.4 Känsla av kontroll

Arbetsplatsens krav stressar sjuksköterskorna, men deras möjligheter att påverka arbetssituationen gör dem mindre benägna att påverkas negativt av stress. Motsatt ger ett lågt inflytande på arbetssituationen och arbetsbelastningen en ökad förekomst av emotionell utmattning och depersonalisering av patienterna. Både emotionell utmattning och depersonalisering av patienterna påverkar patientsäkerheten negativt (Ramanjunam et al, 2008). Patientsäkerheten påverkas alltså inte enbart av antalet arbetsuppgifter som skall utföras under arbetsdagen eller antalet patienter, utan även av möjligheten att påverka situationen (Ramanjunam et al, 2008). Känslan av kontroll över arbetssituationen påverkas också av andra faktorer som ständigt fullbelagda avdelningar, högt flöde av nya patienter som måste skrivas in, krävande teknologi, varierande erfarenhet hos personalen, ändringar i schemat orsakade av sjukdom eller arbetstidsregler, avbrott och dåligt resursutnyttjande o.s.v. (Cronqvist et al, 2001). Att inte kunna agera självständigt trots att man vet vad som kan göras (exempelvis öka smärtlindring för patient med smärta) orsakar också en känsla av förlorad kontroll och ökar stressen (Cronquist et al, 2001; Jeffs et al, 2008).

6.2.5 Arbetsbelastning

Fler patienter innebär fler arbetsuppgifter för sjuksköterskan och leder till att flera uppgifter måste delegeras med bristande överblick och kontroll som följd. Detta påverkar sättet som sjuksköterskan sköter sitt jobb. För lite tid med patienterna och delegation av uppgifter leder till en känsla av bristande kontroll, vilket kompenseras med en ökad försiktighet med t.ex. fler provtagningar. Detta i sin tur ökade det totala antalet arbetsuppgifter. Sammantaget utgör mängden arbetsuppgifter ett hinder mot att kunna upptäcka och förebygga försämrade tillstånd hos patienter med en försämrad patientsäkerhet som följd (Ödegård & Hallberg, 2004; Martinez et al, 2010 Berland & Natvig, 2007). Att ha för många patienter, för lite tid med varje patient eller bristfällig information om patienterna ansågs skapa situationer där sjuksköterskor tvingas ta genvägar med mindre säkerhet än vad som är önskvärt. Detta leder till ökad stress hos sjuksköterskorna och ökade risker för patienterna (Ödegård & Hallberg, 2004). Stress har ett påvisat samband med både misstag och avvikelser i form av genvägar och s.k.

workarounds där sjuksköterskan använder sin kunskap för att lösa ett problem men samtidigt bryter mot regler eller riktlinjer. Förekomsten av genvägar och *workarounds* påverkas i hög grad av förtroende till ledning och organisationsklimat (Fogarty & McKeon, 2007). Tidspress och utmattning har också ett starkt samband med genvägar i arbetet. Tidspress var den faktor som hade störst negativ påverkan på utmattning och ledde till fler genvägar i arbetet. Omvänt fann samma studie att autonomi gjorde att färre genvägar togs i arbetet (Rathert et al, 2012).

6.2.6 Flexibilitet

I en etnografisk studie beskriver Jennings et al (2011) sjuksköterskors arbetssätt i samband med läkemedelshantering och konstaterar att arbetsprocessen är mer komplex än vad som tidigare beskrivits. Arbetsprocessen, med läkemedelshantering i fokus, består av flera simultana sysslor, ofta i konflikt med varandra, som tillsammans strukturerade sjuksköterskans arbetsdag. Läkemedelshantering saknade tydliga tidsgränser och kunde inte tydligt separeras från andra arbetsuppgifter, och kunde därför inte genomföras utan avbrott (Jennings et al 2011). Detta innebär att avbrott i arbetet, som ofta pekas ut som en riskfaktor måste omvärderas från att vara något som måste reduceras till något som är ett naturligt inslag i arbetet och en del av arbetsprocessen (Jennings et al, 2011; Cronquist et al, 2001; Espin et al, 2009; Burger et al, 2010). Arbetsskift och läkemedelsadministrationen beskrivs vanligtvis i klockslag och linjära följder, men observatörerna menade att klockslagen i sig inte styr hur läkemedelsutdelningen kommer att genomföras. Istället prioriterar sjuksköterskan processen utifrån mer komplexa variabler med målet att kunna ge medicin så nära utsatt tid till så många patienter som möjligt. ”Svårare” patienter kan t.ex. få sin medicin senare för att ”lättare” patienter skall få sin medicin först, för att minimera risken att fastna med andra uppgifter hos de mer vårdkrävande patienterna. Ett annat exempel är att patienter får sina mediciner i samband med att de får insulin innan måltider för att minimera antalet arbetsmoment. Sammantaget utförs inte arbetet efter ”klocktid” utan efter ”processtid”. Väntan eller sysslös tid sågs som ett mått på misslyckande, och för att undvika detta prioriterades ständigt arbetsprocessen om. Om en planerad uppgift inte gick att genomföra, t.ex. på grund av att ansvarig läkare var upptagen, prioriterades uppgiften om medan man utförde andra uppgifter som ledde till att fler patienter hann få sin medicin så nära utsatt tid som möjligt (Jennings et al, 2011; Cronquist et al, 2001). Denna dynamiska process utgör ett ramverk för arbetsdagen och kan inte sägas ha en tydlig början eller slut, såsom scheman och strukturerade beskrivningar av ett arbetsmoment kan tolkas. Sammantaget är sjuksköterskans arbetsroll knuten till förmågan att dynamiskt prioritera sina arbetsuppgifter (Jennings et al, 2011). Att sträva efter att skapa mer linjära arbetsmönster hade stor påverkan på patientsäkerheten särskilt som sjuksköterskor är den personalkategori som oftast måste ändra sin arbetsgång som följd av bristande synkronisering med andra personalkategorier (Jennings et al, 2011; Cronquist et al, 2001).

6.2.7 Erfarenhet

Erfarenhet som sjuksköterska och av vård på avdelning påverkar patientsäkerheten. Sjuksköterskor med mindre än tre års erfarenhet visades stå för 2.05 gånger så många misstag som sjuksköterskor med mer erfarenhet (Hwang & Hwang, 2011). Sjuksköterskor med olika lång erfarenhet har olika sätt att lösa uppgifter och sköta sitt arbete menar Burger et al (2010). Mindre erfarna sjuksköterskor har ett mer linjärt synsätt på arbetsuppgifterna och löser uppgifter då de dyker upp, är mer benägna att arbeta utifrån klockslag och att hålla sig till en formulerad plan. Mer erfarna sjuksköterskor arbetade istället med flera simultana uppgifter och var mer dynamiska i sitt sätt att planera och snabbare att anpassa sin plan till nya omständigheter. Detta förekom så ofta att det enligt dessa sjuksköterskor inte kunde beskrivas som störande att tvingas planera om, utan som en naturlig del av arbetet. Mindre erfarna sjuksköterskor var mer reaktiva i sitt agerande än de mer erfarna som visade högre grad av förebyggande arbete och förutseende av risker. Sjuksköterskearbetet beskrevs också innehålla mycket informationshantering och med mer erfarenhet blev det också lättare att tolka information och avgöra vilken som var viktig, och lägga mindre tid på oviktiga detaljer och uppgifter. På så vis är mer erfarna sjuksköterskor mer effektiva vilket kan motverka stress orsakat av hög arbetsbelastning (Burger et al, 2010). Mindre erfarna sjuksköterskor har också möjlighet att få hjälp av mer erfarna sjuksköterskor vilket underlättar deras arbete och minskar stress och risk för misstag (Berland & Natvig, 2007).

Samtidigt finns det också negativa aspekter av ökad erfarenhet avseende patientsäkerheten. Med erfarenhet kan också följa en stigande medvetenhet om bristande patientsäkerhet på arbetsplatsen, vilket leder till stress (Ramanjunam et al, 2008). Denna stress kan leda till utmattning och utbrändhet vilket har en negativ inverkan på patientsäkerheten (Holden et al, 2011). Mer erfarna sjuksköterskor var mindre benägna att rapportera avvikelser och incidenter (Throckmorton & Etchegaray, 2007).

6.2.8 Psykisk och fysisk hälsa

Upplevelse av känslomässig stabilitet påverkar också patientsäkerhet. I en studie av Tang et al (2007) definierades känslomässig stabilitet som förmågan hos individer att undvika att bli arga, lättstötta [touchy] eller instabila. Resultatet visade att förutom graden av adekvat bemanning och antalet år som praktiserande sjuksköterska så påverkade faktorn känslomässig stabilitet patientsäkerheten. (Teng et al, 2009).

I en annan studie ville forskare studera presenteeism - som betyder att vara sjuk på arbetet - ett begrepp som kontrasterar mot absenteeism - där man är hemma från arbetet på grund av sjukdom - och vilken påverkan det har på arbetsförmågan och patientsäkerheten i sjuksköterskors arbete (Letvak et al, 2012). Resultatet visade att 71% av sjuksköterskorna led av smärta från muskler och leder där 18% hade ett högre värde 5 på en tiogradig skala (0=ingen smärta, 10=värsta tänkbara smärta). 18% led av

depression i mildare eller svårare form. Vad gäller kvaliteten på den givna vården uppskattade sjuksköterskorna ett genomsnitt på 8,4 på en tiogradig skala. 3% hade haft en patient under deras ansvar som fallit. 6% rapporterade någon form av fel i läkemedelsadministrationen. Forskarna fann att både depression och värk i muskler och leder har ett starkt samband med presenteeism. Presenteeismen påverkade mängden fallolyckor, antalet medicineringsfel positivt och den uppskattade kvaliteten på den givna vården negativt (Letvak et al, 2012).

7 DISKUSSION

7.1 Metoddiskussion

Syftet med studien var ursprungligen att använda termer från forskningsfältet *Human factors and ergonomics* i kombination med omvårdnadstermer för att undersöka i vilken mån modern forskning om säkra organisationer och genomföranden kan bidra till att höja patientsäkerheten. Den osystematiska sökningen gav ett rikt material med många intressanta resultat, dock var det mesta inte användbart då det i hög grad handlade om litteraturgenomgångar i syfte att jämföra relevanta fynd från human factors och omvårdnad. En stor andel beskrev också sjukvårdsorganisationen i stort exempelvis hur man planerar storleken på avdelning och hur olika ledarskapsmodeller påverkar patientsäkerheten. Vi valde därför att hålla ner antalet sökord till ett fåtal träffar med hög relevans för sjuksköterskeperspektivet vilket gav ett stort antal svar via tvärvetenskapliga sökdatabasen Summon, och färre via mer sjukvårdsinriktade databaser som Cinahl, Pubmed och Swemed+. Sökningarna i Swemed+ gav inga relevanta resultat och har därför inte redovisats i Sökschemat (bilaga 1). Vi fick ett bra urval av material som belyser problemområdet ur flera perspektiv och som gick att koppla samman med de områden inom Human factors som beskrevs i bakgrunden. Det höga antalet svar vid sök i Summon var problematiskt men mycket av materialet kunde sorteras bort redan utifrån titel, dock finns en risk att relevant material förbisetts i urvalet. Samma problematik gäller för de artiklar som sorterats ut baserat på abstract. Vi bedömer att våra inklusionskriterier har varit snäva vilket har underlättat urvalet. Det finns också ett stort antal kvantitativa undersökningar av förekomsten av vårdskador som utslutits på grund av att de beskriver organisatoriska förhållanden snarare än hur sjuksköterskor påverkas och påverkas av patientsäkerhetskulturen.

De artiklar som valdes ut till analys speglar problemområdet väl och håller god kvalitet. Antalet artiklar är högt och styrker varandra. Inklusionskriterierna gav artiklar skrivna senaste tio åren vilket är en styrka. Vi valde dock att inkludera manuella sökningar efter äldre artiklar för att kunna inkludera originalkällor för viktiga förutsättningar som framkommit de artiklar som funnits genom sökningen. Antalet manuella sökningar är högt, men visar också hög noggrannhet och validitet. Resultatet innehåller en jämn fördelning av kvantitativa (13) och kvalitativa (9) artiklar, då de artiklar som både använt sig av kvalitativ och kvantitativ metod i första hand betraktas som kvalitativa av oss. Endast tre artiklar speglar skandinaviska förhållanden, en från Norge (Berland & Natvig, 2007) samt två från Sverige (Cronquist et al, 2001; Ödegård & Hallberg, 2004) vilket är en svaghet då problemformuleringen till viss del är baserad på svenska förhållanden. Dock visar alla artiklar på liknande förhållanden och problemområden oavsett ursprungsland (artiklar från fjorton länder har inkluderats), vilket talar för att innehållet i artiklarna ändå är relevant för svenska förhållanden.

Ett problem är att flera studier beskriver själva metoderna att undersöka problemet som begränsade. Flera av de kvantitativa undersökningarna baserar resultaten på jämförelser mellan enkätundersökningar och antalet rapporterade avvikelser eller vårdskador under

en period. Då fler av studierna beskrev problem med underrapportering av avvikelser och incidenter, anser vi att resultaten från de kvalitativa artiklarna har begränsat värde. På grund av detta utslöts ett antal artiklar efter genomläsning. Detta påverkar i hög grad resultatet och effekten av detta beskrivs utförligare i resultatdiskussionen. Detta har också bedömts i kvalitetsgranskningen och resultatet av det redovisas i artikelöversikten där flertalet kvalitativa artiklar har bedömts hålla medelgod kvalitet.

Tematiseringen av resultatet ledde till ett stort antal subteman, vilket belyser ämnets komplexitet. I flera fall finns ett överlapp mellan resultatets två huvudteman och subteman. Vi motiverar detta med att yttre faktorer är arbetsförhållanden som sjuksköterskan själv inte kan påverka, medan de inre faktorerna beskriver sjuksköterskans sätt att hantera de yttre faktorerna, eller hur sjuksköterskan påverkas av dessa. Att använda samma namn på subteman understryker sambandet mellan dessa.

Analysen genomfördes med viss förförståelse i ämnet baserat på litteraturstudier funna vid den osystematiska sökningen samt författarnas bakgrund. Dock var resultaten eniga i flera områden vilket underlättade analysen och minskade förförståelsens inverkan. Analysen genomfördes först individuellt och därefter gemensamt vilket anses stärka reliabiliteten. Analysmetoden lämpade sig väl för innehållet och teman var lätta att urskilja. Teman urskiljdes lättare på engelska och i vissa fall saknades svenska benämningar på fenomen, vilka då översattes med liknande begrepp som används i svenskan. Exempel på detta är temat "perception of error" vilket saknar svensk benämning. Dock anses betydelsen i detta sammanhang överensstämma väl med svenskans "riskuppfattning" som användes som benämning på subtema 6.2.1. Riskuppfattning är ingen ordagrann översättning av vilket är en svaghet. Error översätts ordagrant till fel, vilket inte är samma sak som risk. Begreppet "perception of error" beskriver dock vilka situationer som kan leda till höga risker för olyckor, och därför kan det bredare begreppet riskuppfattning sägas inkludera "perception of error" och är därför relevant.

7.2 Resultatdiskussion

Vi fann att patientsäkerhet är ett mycket komplext fenomen vilket återspeglas i de höga antalet subteman i resultatet. Vi har valt att fokusera på två subteman: Arbetsbelastning och arbets sätt.

Arbetsbelastning

Många studier visar på ett starkt samband mellan arbetsbelastning och antalet vårdskador (Ramanjunam et al, 2008; Berland & Natvig, 2007; Cronquist et al, 2001; Jennings et al, 2011; Tang et al, 2007; Holden et al, 2011; Ödegård & Hallberg, 2004; Jeffs et al, 2008). Tydligast är sambandet mellan tiden en sjuksköterska har med sina patienter och mängden vårdskador. Ju mindre patienttid hon har desto fler vårdskador. Det finns inget absolut samband mellan ökad mängd sjuksköterskor och mindre antal vårdskador. Om fler sjuksköterskor sätts in samtidigt som de exempelvis får fler administrativa uppgifter uteblir kanske effekten. Sjuksköterskor behöver helt enkelt mer

tid hos sina patienter och de upplever att patientsäkerheten försämras av allt för många, allt för sjuka patienter i förhållande till antalet sjuksköterskor.

Olika sätt att mäta skador i förhållande till arbetsbelastning ger också olika bilder av problemet. Att öka antalet sjuksköterskor visades ha mindre påverkan på antalet dödsfall än på ett antal icke livshotande indikatorer som trycksår och infektioner. Trots att antalet sjuksköterskor ökade var antalet omkomna patienter i princip konstant samtidigt som förekomsten av t.ex. trycksår minskade i samband med personalökningen. (Unruh & Zhang, 2012). Detta tolkar vi som att sjuksköterskorna prioriterar de mest vårdkrävande patienterna på bekostnad av de mindre krävande patienterna. De som behöver mest hjälp får mest hjälp. Med begränsad personal måste arbetsinsatserna prioriteras, vilket kan leda till mindre tid för patienter med lägre prioriterade tillstånd och detta försämrar möjligheterna att förebygga skador och komplikationer hos dessa.

Att inte ha tid för sina patienter påverkar patientsäkerheten men också arbetstillfredsställelse och hälsa hos den enskilda sjuksköterskan (Jeffs et al, 2008). Ökad otillfredsställelse, sjuklighet och utbrändhet påverkar sannolikt i sin tur den enskilda arbetsplatsen negativt med ökad personalgenomströmning, ökade omkostnader etc.

Det finns tecken på att sjukvårdsadministratörer och beslutsfattare inom vård och omsorg skattar hoten mot patientsäkerheten och betydelsen av personaltäthet på ett annat sätt än de som befinner sig längre ner i hierarkin. De ser ofta patientsäkerheten som mer tillfredsställande än exempelvis sjuksköterskorna närmast patienterna. Bland annat Roback (2012) antyder detta i en studie publicerad i Läkartidningen. Där visade det sig också att sjukvårdsadministratörer placerar personaltäthet långt ner på listan av faktorer som påverkar patientsäkerheten. Hur kommer det sig? Kan det bero på att personer högre upp i hierarkin befinner sig närmare ett ekonomiskt ansvar? Eller att de inte möter bristerna i patientsäkerheten ansikte mot ansikte? Eller både och?

Samtidigt har typen av vård stor betydelse (Smits et al, 2012) vilket vi tolkar som att mer komplex vård kräver mer resurser. Det är skillnad på att ha ansvar för sju självgående patienter eller sju patienter med höga krav på omvårdnad och insatser. Även hur krävande insatserna är har en naturlig betydelse för sjuksköterskans arbetsbelastning. Sambandet mellan komplexiteten i omvårdnaden och arbetsbelastningen, och därmed patientsäkerheten, menar vi behöver studeras mer.

Arbetsätt

Sjuksköterskor arbetar för att ge rätt vård i rätt tid till så många patienter som möjligt utifrån de aktuella förutsättningarna (Jennings et al, 2011). Tillsammans med hög arbetsbelastning och ökad komplexitet i omvårdnaden, som vi kallar yttre faktorer, behöver sjuksköterskan konstant värdera och prioritera sin arbetsinsats för att kunna uppnå denna målsättning. Arbetet låter sig inte beskrivas linjärt, utan avbrott och omvärderingar pågår ständigt i den dynamiska miljön sjukvården är. Varje patient har

rätt att bedömas individuellt och när sjuksköterskan kan ge varje patient ett personligt bemötande har det en positiv effekt på vårdmiljön (Santamäki Fischer & Dahlqvist 2009). Ofta upplever patienterna att deras behov och åsikter åsidosätts och sjuksköterskor beskriver att det är det höga arbetstempot som tvingar dem till att åsidosätta det personcentrerade bemötandet (Jeffs et al 2008). Att avpersonifiera patienterna leder till likgiltighet och bristande vårdkvalitet (Cronquist et al 2001) samt förändringar i självuppfattning med negativa konsekvenser för sjuksköterskans hälsa (Jeffs et al 2008). Vi menar därför att det finns ett samband mellan hög arbetsbelastning och försämrad vårdmiljö, med otrygghet och lidande som följd.

Sjukvården är i hög grad ett lagarbete och drabbas en sjuksköterska av hög arbetsbelastning i förhållande till förmåga, kan hela avdelningen påverkas. Det gäller också om andra yrkeskategorier eller andra avdelningar har hög belastning, exempelvis om en patient tvingas vänta på röntgenundersökning eller om läkaren inte har tid att ronda. Fördröjningar skapar en kedjereaktion och kan inte ses som isolerade händelser (Jennings et al, 2011). Detta kan vara en trolig förklaring till att det enligt oss verkar förekomma en ”effektivitetskultur” på sjukhusavdelningarna vilket påverkar patientsäkerheten i hög grad. Detta stöds av Hollnagels (2009) förklaringsmodell *efficiency - thoroughness trade offs* (ETTO). Modellen beskriver hur man i verksamheter hela tiden utför avvägningar mellan noggrannhet och effektivitet. Dessa sker både på organisatorisk nivå och individuellt. Att inte ha tid för att bemöta varje patient med personcentrerad vård menar vi skulle kunna tolkas som att man inte strävar efter att ge den bästa tänkbara vården utan snarare den minsta tänkbara vården för att kunna maximera antalet vårdhandlingar, vilket är en avvägning mot effektivitet.

För att nå en balans i säkerheten och effektiviteten gör sjuksköterskor ofta genvägar i arbetet, eller s.k. workarounds. Dessa innebär avsteg från riktlinjer och rekommendationer utförda i god tro för att öka effektiviteten vilket innebär flera säkerhetsmässiga problem (Fogarty & McKeon, 2007; Rathert et al; 2012). För det första är workarounds avsteg från ett rekommenderat arbetssätt, vilket mycket väl kan betyda att det är arbetssättet och riktlinjerna som brister. Detta, menar vi, skulle dessutom kunna vara en följd av att personalen inte förstår vad som motiverar riktlinjerna på grund av bristande utbildning och information. Allt för linjära eller isolerade beskrivningar av arbetet riskerar att vara obrukbara, då sjuksköterskearbetet inte följer linjära beskrivningar och vi håller med Jennings et al (2011) i deras åsikt om att många beskrivningar av sjuksköterskans arbete är förenklade.

För det andra är det problematiskt att genvägar i arbetet sällan leder till långsiktiga förändringar. Sjuksköterskan prioriterar att komma förbi barriärer som hindrar henne från att kunna utföra den planerade vården, eller för att minska tidsåtgången för åtgärden (Jennings et al 2011). Att rapportera ett problem i de formella rapporteringssystemen anses ta för lång tid, både att utföra och att vänta på förändring. Istället prioriterar man omedelbara resultat som man tydligt kan se gynnar patienten (Moumoutzougli, 2007). Att rapportera med formella system kan påverka orsaken och göra ledningen medveten om problemen, men vi menar att det finns en risk att subkulturer utvecklas bland sjuksköterskorna där avsteg från rekommendationer och

regler är normalt och inte ifrågasätts så länge förbättringsarbetet är ineffektivt. Det leder till uppfattningen att man inte har tid att skriva rapporter eftersom man inte ser resultaten av dem och detta därför inte motiverar tidsåtgången. Detta har också ett uppenbart samband med arbetsbelastningen enligt oss.

Ytterligare problem följer av att genvägar och workarounds inte är evidensbaserade eller prövade. Sjuksköterskan använder sin egen erfarenhet och expertis för att avgöra vad som är effektiv eller säkert nog. I avvägningen mellan effektivitet och säkerhet vägs den egna uppfattningen av riskerna mot de uppfattade vinsterna, och riskuppfattningen är nära knuten till den subjektiva uppfattningen om kvalitén på det egna arbetet. Uppfattningen om kvalitén i det egna arbetet är i hög grad subjektiv. Den påverkas också av en lång rad komplexa faktorer, t.ex. kulturen på avdelning, yrkesgrupp, erfarenheter. Henriksen & Dayton (2006) beskriver i en litteraturöversikt (som exkluderats ur resultatet) om självbild hos sjukvårdspersonal några av de problem som självskattning av egna förmågan drabbas av och ger stöd till vår uppfattning. Bland annat menar Henriksen & Dayton (2006) att ytterst få anser sig själva vara under genomsnittet vad gäller förmågan att utföra sitt yrke, detta gäller särskilt i yrken där man känner ett personligt ansvar för resultatet. (Henriksen & Dayton, 2006) Känslan av ansvar sprids dessutom mellan kollegor och yrkeskategorier när roller och relationer är otydliga, vilket påverkar både synen på den egna förmågan och möjligheterna att identifiera risker (Espín et al, 2009 Henriksen & Dayton, 2006).

Ytterligare risker finns i att mer erfarna sjuksköterskor kan göra en säker genväg i arbetet, baserad på erfarenhet och kunnande, men att en mindre erfaren sjuksköterska tar efter och tillämpar denna workaroud vid tillfällen där det är olämpligt utan att förstå konsekvenserna av detta.

Kopplingen till omvårdnadsteorier

Att vara sjuksköterska innebär att man ska värna säkerhet och vårdkvalitet för patienten (ICN, 2006). Det ingår också i professionen att lindra och minska lidandet. Vårdskador innebär att patienter, och i förlängningen även anhöriga, utsätts för mer lidande än vad som är nödvändigt (Lindh & Sahlqvist, 2012). Att fokusera på patientsäkerhet är därför en viktig fråga för att minska lidandet. Kirkevold & Tveiten (2008) talar bland annat om vårdlidande och sjukdomslidande. En vårdskada spär ytterligare på sjukdomslidandet och får också negativa följder för relationen mellan sjuksköterska och patient. Förtroendet skadas och vårdlidande uppstår. En förutsättning för god omvårdnad är att det finns en förtroendefull relation mellan vårdpersonal och patient. Vi talar om trygghet och tillit (Santamäki Fischer & Dahlqvist, 2009). Denna relation kan skadas allvarligt av en vårdskada – kanske för all framtid.

Vi har i vårt arbete lyft fram viktiga aspekter av patientsäkerheten, vilka faktorer som har stark påverkansgrad för ett patientsäkert vårdarbete. Att i framtiden mer ta hänsyn till sådant som arbetsbelastning, vårdtyngd och patienttid är centralt för att minska antalet vårdskador och därmed lidandet hos många patienter. Det skulle också bidra till att öka tilliten och tryggheten.

Sammanfattning och rekommendationer

Baserat på vårt resultat ser vi riskuppfattning som en central frågeställning för patientsäkerheten. Riskuppfattningen styr hur sjuksköterskorna genomför avvägningar mellan effektivitet och noggrannhet och den påverkar i hög grad hur man rapporterar brister i informella eller formella system. Hög arbetsbelastning anser vi bidrar till att i högre grad använda informella arbetsmetoder med mer direkt verkan och tydligare resultat för individen. Detta har en negativ påverkan på den bild som det formella rapporteringssystemet ger av verksamheten och det öppnar för möjligheten att de anpassningar som genomförs inte är tillräckliga, med incidenter och vårdskador som följd. Samtidigt framstår workarounds som en levande säkerhetskultur som kan stödjas istället för att motarbetas, vilket vi ser som en utveckling mot högre resiliens. Resultatet beskriver hur sjuksköterskor visar hög adaptabilitet och anpassar sig efter variationer i vårdmiljön. I ett resilient system måste dessa anpassningar stöttas. Enligt oss skulle kontinuerliga förbättringsarbeten med mer uppenbar effekt för vårdkvalitén, ett större fokus på kompetensutveckling påverka resiliensen positivt och utbildning med fokus på riskuppfattning, t.ex. CRM och evidensbaserade metoder, kunna påverka riskuppfattningen och utvecklingsarbetet positivt.

Vi menar också att sambandet är tydligt mellan de inre faktorerna för säkerhet och den yttre belastningen arbetsbelastning. En för hög arbetsbelastning tvingar sjuksköterskor att göra effektiva anpassningar av sina arbetsmetoder och förhindrar utveckling av bättre metoder och säkerhet t.ex. genom mindre tid till utbildning och rapportering. Arbetsbelastningen har dock flera aspekter med olika stor betydelse för hur det påverkar sjuksköterskans arbete, och förutom patientnära tid är det vår uppfattning att komplexiteten eller vårdtyngden är en avgörande faktor. I de studier vi har funnit har inte vårdtyngden beskrivits eller satts i samband med patientsäkerheten. Patientnära tid är den faktor vi funnit mest stöd för i resultatet vilket innebär att ökad administrativ börda måste efterföljas av ökad personalmängd eller patientflödet minskas.

Vår uppfattning är att vidare forskning behövs för att klargöra hur självbild och riskuppfattning påverkar rapporteringsbenägenhet och säkerhetskultur. Bilden av arbetsbelastning behöver beskrivas i andra termer än antal patienter och sjuksköterskor för att belysa komplexitetens och vårdtyngdens betydelse för patientsäkerheten.

8 REFERENSER

Berland, A., Natvig, G.K. & Gundersen, D. (2007). Patient safety and job-related stress: A focus group study *Intensive and critical care nursing*, 24, 90-97.

Brennan, T., Leape, L., Laird, N., Hebert, L., Localio, R., Lawthers, A. & ...Hiatt, H. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *The New England Journal of Medicine*, 324, 370-376.

Brülde, B. (2007). *Lycka och lidande : begrepp, metod och förklaring*. Lund: Studentlitteratur.

Burger, J.L., Parker, K., Cason, L., Hauck, S., Kaetzel, D., O'Nan, C. & White, A. (2010). Response to work complexity: The novice to expert effect. *Western journal of nursing research*, 32(4), 497-510.

Cooper J., Newbower R., Long C. & McPeex B. (1978). Preventable anesthesia mishaps: a study of human factors. *Anesthesiology*, 49, 399-406.

Cronqvist, A., Theorell, T., Burns, T. & Lützen, K. (2001). Dissonant imperatives in nursing: a conceptualization of stress in intensive care in Sweden. *Intensive and critical care nursing*, 17, 228-236.

Edwardsson, D. & Wijk, H. (2009). Omgivningens betydelse för hälsa och vård. I Edberg, A & Wijk, Helle (Red.) *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.

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

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Arlöv: Liber.

Espin, S., Wickson-Griffiths, A., Wilson, M. & Lingard, L. (2009). To report or not report: a descriptive study exploring ICU nurse's perception of error and error reporting. *Intensive and critical care nursing*. 26(1) 1-9

Feng, X.Q., Acord, L., Cheng, Y.J., Zeng, J.H., Song, J.P. (2011). The relationship between management safety commitment and patient safety culture. *International nursing review*. 58, 249-254.

Flin, R. (2008). *Safety at the sharp end*. Ashgate publishing: Farngate.

Fogarty, G.J. & McKeon, C.M. (2007). Patient safety during medication administration: the influence of organizational and individual variables on unsafe work practices and medication errors. *Ergonomics*, 49(5-6) 444-456.

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I Friberg, F. (Red.) *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur.

Gaba D., Maxwell, M., De Anda, A. (1987). Anesthetic mishaps: Breaking the chain of accident evolution. *Anesthesiology*. 1987;66:670–6.

Henriksen, K.; Dayton, E. (2006) Organizational silence and hidden threats to patient safety. *Health services research*, 41:4, part II, 1539-1552

Holden, R., Scanlon, M., Patel, N., Kaushal, R., Escoto, K., Brown, R., ...Karsh, B. (2011). A human factors framework and study of the effect of nursing workload on patient safety and employee quality of working life. *BMJ Qual Saf* 20:15-24.

Hollnagel, E. (2009). *The ETTO principle: efficiency-thoroughness trade off*. Ashgate Publishing Ltd. Farngate.

Huang, D., Clermont, G., Sexton, B., Karlo, C., Miller, R., Weissfeld, L., ...Angus, D. (2007). Perception of safety culture vary across the intensive care units of a single institution. *Critical care medicine*. 2007;vol 35, No 1.

Hwang J. & Hwang E. (2011). Individual and work environment characteristics associated with error occurrences in Korean public hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3256–3266.

ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. (2006). Tillgänglig på internet 2013-02-07: <http://www.swenurse.se/pagefiles/2582/ssf%20etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>

Institute of medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington: National Academy Press.

Jeffs, L., Affonso, D. & MacMillan, K. (2008). Near misses: paradoxical realities in everyday clinical practice. *International journal of nursing research* 14: 486-494.

Jennings, B., Sandelowski, M. & Mark, B. (2011). The nurse's medication day *Qualitative health research* 21(10), 1441-1451.

Kirkevold, M. & Tveiten, S. (2008). *Omvårdnadsteorier - analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.

Kohn, L., Corrigan, J. & Donaldson, M. (Ed.). (1999). *To err is human - building a safer health system*. Washington, D.C.: National Academy Press.

- Letvak, S., Ruhm, C. & Gupta, S. (2012). Nurses' presenteeism and its effects on self-reported quality of care and costs. *AJN*, Vol. 112, No. 2.
- Lindh, M. & Sahlqvist, L. (2012). *Säker vård. Att förebygga skador och felbehandlingar inom vård och omsorg*. Stockholm: Natur & kultur.
- Marshall, D. & Manus, D. (2007). A Team Training Program Using Human Factors to Enhance Patient Safety. *AORN Journal*. Vol 86, nr 6.
- Martinez, A., Montoro, G. & Gonzalez, G. (2010). Strengths and threats regarding the patient's safety: Nursing professional's opinion. *Journal of clinical nursing*. 21. 3392-3401.
- Moumtzoglou, A. (2010). Factors impeding nurses from reporting adverse events. *Journal of nursing management*. 18, 542-547.
- Nationalencyklopedin [NE]. (2013). *Patient*. Tillgänglig: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/patient>
- Ramanjunam, R., Abrahamsson, K. & Anderson, J. (2008). Influence of workplace demand's on nurses perception of patient safety. *Nursing and Health sciences*. 10, 144-150.
- Rathert, C. Williams, E., Lawrence, R. & Halbsleben, J. (2012). Emotional exhaustion and workarounds in acute care: cross sectional tests of a theoretical framework. *International journal of nursing studies* 49, 969-977.
- Reason J. (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Aldershot, UK.
- Reinfeldt, F. Persson, K. (2012, 12 mars). Kräv mer av idrottsföreningarna. *Svenska Dagbladet*. Hämtad 2013-05-18 från: http://www.svd.se/opinion/brannpunkt/krav-mer-av-idrottsforeningarna_7987380.svd
- Roback, K., Nygren, M., Rahmqvist, M., Öhrn, A., Rutberg, H. & Nilsen, P. (2012). Strategier för säker och ännu säkrare vård. Enkätstudie om landstingens patientsäkerhetsarbete. *Läkartidningen* nr 45, vol 109.
- Rosendahl, J. (2012). *Stora problem med överbeläggningar på sjukhus*. Hämtad 2013-05-19, från: <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=83&artikel=5386857>
- Santamäki Fischer, R. & Dahlqvist, V. (2009). Tröst och trygghet. I A-K., Edberg & H. Wijk. (Red.) *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Schimmel, E. (1964). *The hazards of hospitalization*. *Annual Internal Medicine*. 60:100-110.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Svensk författningssamling.
Tillgänglig: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*.
Artikelnummer 2005-105-1. Tillgänglig på internet 2013-02-07:
http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen. (2008). *Vårdskador i somatisk slutenvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2011). *Öppen jämförelse och utvärdering av överbeläggningar - Delrapport 2011*. Tillgänglig på internet 2013-03-15:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18605/2012-2-15.pdf>

SOU 2008:117. *Patientsäkerhet. Vad har gjorts? Vad behöver göras?* Stockholm: Socialdepartementet. Patientsäkerhetsutredningen.

Smits, M., Wagner, C., Spreeuwenberg, P., Timmermans, D., van der Wal, G. & Groenewegen, P. (2012). The role of patient safety culture in the causation of unintended events in hospitals. *Journal of Clinical Nursing*. 21, 3392-3401.

Stone, P., Mooney-Kane, C., Larson, E., Horan, T., Glance, L., Zwanziger, J., Dick, A. (2007). Nurse Working Conditions and Patient Safety Outcomes. *Medical Care*, vol 45, nr 6, 571-578.

Svenska Dagbladet. (2013). *Fortsatt pressat på karolinska*, Hämtad 2013-02-06 från http://www.svd.se/nyheter/stockholm/fortsatt-pessat-pa-karolinska_7891716.svd

Svensk sjuksköterskeförening (2010). *Vårdmiljöns betydelse*. Tillgängligt på internet 2013-03-12: <http://www.swenurse.se/PageFiles/8749/OM%20vardmiljo.pdf>

Sveriges kommuner och landsting [SKL], (2012). *Skador i vården. Resultat från nationell mätning med strukturerad journalgranskning under perioden Jan-Mars 2012*. Tillgänglig på internet 2012-02-01:
http://www.skl.se/BinaryLoader.axd?OwnerID=16a06d83-7d46-44db-a290-b172bfae06fd&OwnerType=0&PropertyName=EmbeddedImg_0e1a9563-1f11-442b-a2a0-34f2c0954117&FileName=C%3a%5cUsers%5ccics%5cDesktop%5cSJG-rapport-2012-11-ny+version3.pdf&Attachment=False

Tang, F., Sheu, S., Yu, S., Wei, I. & Chen, C. (2007). Nurses relate to the contributing factors involved in medication errors. *Journal of clinical nursing* 16, 447-457.

Teng, C., Chang, S. & Hsu, K. (2009). Emotional stability of nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 65(10), 2088-2096.

Throckmorton, T. & Etchegaray, J. (2007). Factors affecting incident reporting by registered nurses. *Journal of perianesthesia nursing* vol22, no 6, 400-412.

Unruh, L. & Zhang, N. (2012). Nurse staffing and patient safety in hospitals. *Nursing research* Vol 61, No 1.

Vincent, C. (1995). Caring for patients harmed by treatment. *Quality Health Care*. Jun;4(2):144-50.

Ödegård, S. (2006). *Säker Vård. Patientskador, rapportering och prevention*. (Doktorsavhandling, ISBN 91-7997-131-8) Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.

Ödegård, S. Hallberg, L. (2004). Percieved potential risk factors in child care. *Journal of Health organization and management* Vol 18, no 1.

Öhrn, A. (2009). Patientsäkerhet. I A. Ehrenberg & L. Wallin. (Red.) *Omvårdnadens grunder, ansvar och utveckling*. Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1: sökschema

Databas	datum	Sökord	begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstract	utvalda
Summon	130214	Patient safety AND nurs* AND risk factors	Full text, artikel från vetenskapliga publikationer, 2003-2013, ämnesord: patient safety, nursing, hospitals, engelska, svenska, danska, norska	235	9	1
Summon	130214	Patient safety AND nurs* AND health care	“_	152	15	2
Summon	130214	Patient safety + nurse* + staffing	”_	376	24	7
Summon	130214	Patient safety + nurs* + human factors		57	12	1
Cinahl	130215	Nurs* + safety culture	Special interest: patient safety, publication year 20030215-, research article Language English, Peer reviewed, Full text, abstract available	57	10	1
Cinahl	130215	Nurs* + human factors	“_	7		1
Cinahl	130215	Nurs* + safety culture + staffing	“_	69		2
Pubmed	130215	Nurse+ safety culture	Filters: free full text available, 10 years, English, humans, Nursing journals,	32	9	1

Bilaga 2: artikelöversikt

Författare (År) Land Titel Tidsskrift	Typ	Metod Datainsamling analys	Deltagare Antal (bortfall)	Huvudfynd	Kvalitet
Berland & Natvig (2007) Norge <i>Patient safety and job-related stress: A focus group study</i> Intensive and critical care nursing	Kval	Fokusgruppsintervju Innehållsanalys	23st (0% bortfall)	En svår arbetsmiljö i kombination med svag ledning och svagt stöd från kollegor leder till stress som påverkar patientsäkerheten	hög
Burger et al (2010) USA <i>Response to work complexity: The novice to expert effect.</i> Western journal of nursing research	Kval & Kvant	Enkät och observation (SSK), samt efterföljande intervju med kvalitativ innehållsanalys	23st (0% bortfall)	Efterhand som sjuksköterskor blir mer erfarna i sin yrkesroll blir de skickligare på att organisera, hantera störning, förutse behov, kommunicera och integrera olika aspekter av yrket i arbetet. Detta ökar både deras effektivitet och säkerhet.	Hög
Cronquist et al (2001) Sverige <i>Dissonant imperatives in nursing: a conceptualization of stress in intensive care in Sweden.</i> Intensive and critical care nursing	Kval	Intervju (SSK) Innehållsanalys	36st (0% bortfall)	Motstridiga krav i vården leder till stress.	Medel
Elfering et al (2006) Schweiz <i>Work stress and patient safety: observer-rated work stressors as predictors of safety related events reported by young nurses</i> Ergonomics	Kvant & Kval	Longitudinell observationsstudie, dagböcker och enkät (SSK). Kvalitativ innehållsanalys samt statistiska analyser	40st (42,3% bortfall)	Beskriver flera samband mellan stress och situationer som innebär risk för vårdskada. Låg arbetskontroll och stress är riskfaktorer för patientsäkerheten.	Medel

Espin et al (2009) Kanada <i>To report or not report: a descriptive study exploring ICU nurse's perception of error and error reporting.</i> Intensive and critical care nursing	Kval	Intervju (SSK) Scenarion Innehållsanalys	37st (0% bortfall)	Majoriteten av sjuksköterskorna är benägna att rapportera incidenter. De använder sig dock av både formella och informella system för rapportering. Avvikelser från standardprocedurer är huvudsaklig motivering till rapportering.	Medel
Feng et al (2011) Kina <i>The relationship between management safety commitment and patient safety culture.</i> International nursing review	Kvant	Tvårsnittsstudie. Enkät till SSK, undersköterskor och avdelningschefer. Statistisk analys	476st (n/a)	Starkt stöd att ledningens engagemang och förståelse för patientsäkerhetsfrågor har betydelse för patientsäkerhetskulturen på avdelningen.	Medel
Fogarty & McKeon (2007) Australien <i>Patient safety during medication administration: the influence of organizational and individual variables on unsafe work practices and medication errors.</i> Ergonomics	Kvant	Strukturerad jämförelse mot hypotes. Enkät SSK. Statistisk analys	176st (0% bortfall)	Större sannolikhet för genvägar och avvikelser från standard procedurer i arbetet vid stress. Organisationsklimatet är en stressor och måste inkluderas i patientsäkerhetsarbetet	Medel
Holden et al. (2009) USA <i>A human factors framework and study of the effect of nursing workload on patient safety and employee quality of working life.</i> BMJ Qual Saf	Kvant	Tvårsnittsstudie Enkät SSK	199st (42,7% bortfall)	Beskriver arbetsbelastning och effekter av hög arbetsbelastning på tre plan.	Medel

Huang et al (2007) England <i>Perception of safety culture vary across the intensive care units of a single institution.</i> (Critical care medicine. 2007;vol 35, No 1.)	Kvant	Enkät SSK Register studie Statistisk analys	318st (20,8% bortfall)	Stora variationer i patientsäkerhetskultur på olika avdelningar inom samma sjukhus. Ledningen överskattar patientsäkerheten vilket kan påverka åtgärdsprogram negativt	Medel
Hwang & Hwang (2011) Korea <i>Individual and work environment characteristics associated with error occurrences in Korean public hospitals.</i> Journal of Clinical Nursing	Kvant	Enkät Registerstudie Statistisk analys	2358st (10,3% bortfall)	Av 11 faktorer som beskriver patientsäkerhetskulturen, har 3 (riskmedvetenhet, erfarenhet och organisation) ett samband med antalet incidenter.	Hög
Jeffs et al (2008) Kanada <i>Near misses: paradoxical realities in everyday clinical practice.</i> International journal of nursing research	Kval	Fokusgruppsintervju Grupp och enskilda intervjuer med SSK och patienter. Kvalitativ innehållsanalys	328st (n/a)	Incidenter är tecken på sårbarhet i vården som kan beskriva vad som behöver åtgärdas. Bättre utnyttjande av synergier och patientcentrerad vård efterfrågas.	Medel
Jennings et al (2011) USA <i>The nurse's medication day</i> Qualitative health research	Kval	Ostrukturerad observationsstudie, Intervju SSK Kvalitativ analys	267 timmar, 161 personer (n/a)	Läkemedelsadministration är mer komplext än tidigare beskrivet. Avbrott i arbetet är en oavskiljlig del av arbetsprocessen.	Hög
Marshall & Manus (2007) USA <i>A Team Training Program Using Human Factors to Enhance Patient Safety.</i> AORN Journal.	Kvant	Interventions-studie Enkät SSK	568 deltagande (17% bortfall)	Effektivt och välstrukturerat teamarbete och kommunikation är väsentligt för att skapa en säker sjukvård. Detta kan tränas och förbättras genom träning.	Medel

Letvak et al (2012) USA <i>Nurses' presenteeism and its effects on self-reported quality of care and costs.</i> American journal of nursing	Kvant	Tvärssnittsstudie. enkät studie (SSK)	1171 (53% bortfall)	Samband mellan presenteeism och vårdkvalitet.	Medel
Martinez et al (2010) Spanien <i>Strengths and threats regarding the patient's safety: Nursing professional's opinion.</i> Journal of clinical nursing. 21. 3392-3401	Kval	Intervju Kvalitativ innehållsanalys	19st (0% bortfall)	Styrkor och svagheter för utvecklandet av högre patientsäkerhetskultur beskrivs i 6 kategorier. Sjuksköterskor är väl lämpade att driva utvecklingen av patientsäkerhetskulturen.	Medel
Moumtzoglou (2009) Grekland <i>Factors impeding nurses from reporting adverse events.</i> Journal of nursing management. 18, 542-547.	Kvant	Enkät SSK Statistisk analys	214st (39% bortfall)	Kultur, profession, organisation samt regler och riktlinjer påverkar viljan att rapportera incidenter	medel
Ramanjunam et al (2008) USA <i>Influence of workplace demand's on nurses perception of patient safety.</i> Nursing and Health sciences. 10, 144-150.	Kvant	Tvårssnittsstudie Enkät SSK Statistisk analys	850st (72% bortfall)	Starkt samband mellan uppfattningen om arbetsmiljö och uppfattning om patientsäkerhet.	Medel
Rathert et al (2011) USA <i>Emotional exhaustion and workarounds in acute care: cross sectional tests of a theoretical framework.</i> International journal of nursing studies	Kvant	Tvårssnittsstudie Enkät SSK Statistisk analys	272 deltagande (55% bortfall)	Hög arbetsbelastning är positivt relaterat till utmattning, autonomi har ett negativt samband. Utmattning leder till högre grad av avvikelser från standard procedur.	hög

Smits et al (2012) Nederländerna <i>The role of patient safety culture in the causation of unintended events in hospitals.</i> Journal of Clinical Nursing	Kvant	Enkät SSK Avvikelsestatistik Regressionsanalys	524 svarande (44% bortfall) 1885 avvikelser	Endast ett fåtal indikatorer för patientsäkerhetskultur svarade hade samband med specialinriktning och antal händelser. Endast benägenhet att rapportera händelser hade samband med färre händelser. Det fanns som tydde på att skillnaderna mellan olika avdelningars antal avvikelser berodde på patientsäkerhetskulturen.	hög
Stone et al (2007) USA <i>Nurse Working Conditions and Patient Safety Outcomes.</i> Medical Care	Kvant	Registerstudie Journalgenomgång Patientstatistisk Arbetsstatistik Enkät ssk Statistisk analys	1095 sjuksköterskor (60% bortfall), 15.902 journaler	Avdelningar med högre bemanning har färre vårdskador. Mer övertid leder till fler vårdskador. Effekten av organisationsmodell och lönsamhet var varierande.	Medel
Tang et al (2007) Taiwan <i>Nurses relate to the contributing factors involved in medication errors.</i> Journal of clinical nursing	Kval & kvant	Fokusgrupp Kvalitativ innehållsanalys Enkätstudie SSK Statistisk analys	9 i fokusgrupp 90 enkät (0% bortfall)	En majoritet av sjuksköterskorna ser flera samverkande faktorer som orsak till misstag i läkemedelsadministrationen. 8 kategorier och 40 faktorer beskrivs	Hög
Teng et al (2009) Taiwan <i>Emotional stability of nurses.</i> Journal of Advanced Nursing.	Kvant	Tvärsnittsstudie enkätstudie SSK.	264 Svarande (0,03% bortfall)	Studerar samband mellan graden av känslomässig stabilitet och patientsäkerheten.	Medel
Throckmorton & Etchegaray (2007) USA <i>Factors affecting incident reporting by registered nurses.</i> Journal of perianesthesia nursing	Kvant	Tvärsnittsstudie Enkät SSK Statistisk analys	4250 deltagande (10% bortfall)	Sjuksköterskor har i hög grad vilja att rapportera avvikelser. Anställningsform, anledningar att inte rapportera och antal år som ssk har minskade benägenheten att rapportera mindre allvarliga händelser.	Medel

<p>Unruh & Zhang (2012) USA <i>Nurse staffing and patient safety in hospitals.</i> Nursing research</p>	Kvant	<p>Longitudinell studie Avvikelseregister Personalregister Patientstatistik Statistik analys</p>	Data för 9 år 124 sjukhus	<p>Ökning av antalet sjuksköterskor hade ett positivt samband med tid för patienterna. "failure to rescue" hade ett starkt samband med initiala antalet sjuksköterskor. Andra patientsäkerhetsindikatorer korrelerade till ökning i antalet sjuksköterskor.</p>	Medel
<p>Ödegård & Hallberg (2004) Sverige <i>Perceived potential risk factors in child care</i> Journal of Health organization and management</p>	Kval	<p>Systematiska intervjuer SSK Observationsstudie Kvalitativ analys</p>	41 personer (0% bortfall)	<p>Identifierar förhållanden som leder till misstag och olyckor. Personal anser att högt patientflöde leder till försämrade patientsäkerhet genom negativ påverkan på arbetssättet.</p>	Hög