



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

SJUKSKÖTERSORS ERFARENHETER AV ETT ÖVERBELÄGGNINGSTOPP

En intervjustudie

Rebecca Markgren och Ida Brycke

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt/ 2019
Handledare:	Hanna Falk Erhag
Examinator:	Azar Hedemalm

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Vi vill rikta ett stort tack till vårdenhetscheferna på den medicinska akutmårdssavdelningen. Ett särskilt tack till de sjuksköterskor som tagit sig tid att bli intervjuade samt till vår handledare Hanna Falk Erhag som varit ett stort stöd och inspirerat oss under arbetets gång.

Titel (svensk)	Sjuksköterskors erfarenheter av ett överbeläggingsstopp
Titel (engelsk)	Nurse's experience when overcrowding is not allowed
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt/2019
Författare	Rebecca Markgren och Ida Brycke
Handledare:	Hanna Falk Erhag
Examinator:	Azar Hedemalm

Sammanfattning:

Bakgrund: Trots att Sverige har en hälso- och sjukvård av god kvalitet och tillgänglighet förekommer allt oftare idag en platsbrist i slutenvården med överbeläggningar som följd. Bidragande faktorer anses vara Sveriges ökande befolkning och att medellivslängden ökar. I takt med att befolkningen blir allt äldre tillkommer även ett ökat vårdbehov eftersom den äldre människan ofta har en högre multisjuklighet. På en medicinsk akutvårdsavdelning i västra Sverige har överbeläggningarna under en lång tid legat på höga nivåer som inneburit en ohållbar arbetsmiljö med hög arbetsbelastning och hotad patientsäkerhet som följd. Därför infördes ett överbeläggingsstopp i februari 2019 på den aktuella avdelningen. **Syfte:** Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av ett överbeläggingsstopp på en medicinsk akutvårdsavdelning. **Metod:** En kvalitativ forskningsmetod användes. Semistrukturerade intervjuer hölls med åtta sjuksköterskor och insamlade data analyserades med en manifest kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Överbeläggingsstoppet bidrog till att antalet patienter per sjuksköterska blivit lägre, vilket medfört en mer hanterbar arbetsmiljö. Likaså medförde det rimliga förutsättningar för att kunna ge en god omvårdnad vilket också hade en positiv effekt på patientsäkerheten. Sjuksköterskorna på avdelningen var dock fortfarande utmattade och de kände en stress över att patienter blev kvar på akuten längre och att färdigbehandlade patienter fortfarande blev kvar länge på avdelningen i väntan på insatser från kommunen. **Slutsats:** Överbeläggingsstoppet var en nödvändig lösning för att förbättra arbetsmiljön och patientsäkerheten på avdelningen, dock kvarstår problemet med den höga belastningen på resten av sjukhuset eftersom vårdflödet fortfarande är lika högt. Istället blir patienter i större utsträckning kvar på akuten eller utlokaliseras till andra avdelningar vilket innebär ett större hot mot patientsäkerheten.

Nyckelord: Överbeläggning, överbeläggingsstopp, etisk stress, omvårdnad, patientsäkerhet, arbetsmiljö.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Ett ökat slutenvårdsbehov.....	1
Vårdreformer som lett till omorganisationer i vården	2
Överbeläggningar inom slutenvården.....	3
Överbeläggingsstoppet	3
Teoretisk referensram - Patientsäkerhet	3
Vård av god kvalitet	4
Sjuksköterskans arbetsmiljö	5
Etisk stress	5
Tidigare forskning	6
Problemformulering	7
Syfte	7
Metod	7
Design.....	7
Urval	7
Datainsamling.....	8
Dataanalys	8
Etik.....	9
Resultat.....	9
Omständigheterna som ledde till överbeläggingsstopp	10
Effekter av överbeläggingsstopp	11
Har nu tid att vara sjuksköterska.....	11
En säkrare vård	11
Stämningen är en annan.....	12
Reflektioner efter överbeläggingsstoppet.....	13
Diskussion	15
Metoddiskussion.....	15
Design	15
Urval	15
Datainsamling	16
Dataanalys.....	16
Etik.....	17

Resultatdiskussion	17
Omständigheterna som ledde till överbelägningsstopp	18
Effekter av överbelägningsstopp.....	18
Har nu tid att vara sjuksköterska	18
En säkrare vård.....	19
Stämningen är en annan	20
Reflektioner efter överbelägningsstoppet	20
Implikationer	21
Slutsats	21
Referenslista	22
Bilaga	
Bilaga 1-Intervjuguide	
Bilaga 2-Forskningsinformation och informerat samtycke	

Inledning

År 2017 passerade Sveriges befolkning tio miljoner och enligt en befolkningsprognos från Statistiska Centralbyrån (SCB, 2018) förväntas folkmängden ha ökat till elva miljoner till år 2029. Idag är cirka 500 000 personer av befolkningen över 80 år, en siffra som förväntas öka med 42 procent fram till år 2026 (Sveriges kommuner och landsting [SKL], 2018c). I takt med den ökade befolkningen i Sverige och att vi blir allt äldre behöver hälso- och sjukvården utvecklas för att kunna möta de utmaningar den ställs inför eftersom hälso- och sjukvård är något som berör alla i samhället av varierande utsträckning.

Dagens äldre är betydligt friskare och självständigare än tidigare generationer vilket bland annat är ett resultat av en högre utbildningsnivå och minskad fattigdom (Marengoni, Winblad, Karp & Fratiglioni, 2008). Trots detta så ökar förekomsten av kroniska sjukdomar i takt med stigande ålder och i Sverige är cirka 55 procent av personer i åldern 85 år multisjuka, det vill säga drabbade av fler än två kroniska sjukdomar (Marengoni m.fl., 2008), vilket då ställer höga krav på hälso- och sjukvården för att kunna möta dessa behov (Christensen, Doblhammer, Rau & Vaupel, 2009). Rapporter från bland annat Socialstyrelsen och SKL visar tydligt att situationen på Sveriges sjukhus är ansträngd och att allt fler vårdplatser och avdelningar tvingas stänga ner på grund av ekonomiska besparingar eller i brist på sjuksköterskor (Lagercrantz & Iversen, 2014). Detta innebär att ekvationen inte går ihop och det blir allt vanligare att svårt sjuka äldre patienter vårdas i korridorer som överbeläggningar vilket påverkar patientsäkerheten negativt (Larsen, Falk & Bångsbo, 2013).

Som en lösning på problemet med ett högt vårdflöde och överbeläggningar valde en medicinsk akutvårdsavdelning på ett stort universitetssjukhus i västra Sverige att införa ett överbeläggingsstopp i februari 2019. Detta efter att avdelningen länge arbetat under ansträngda arbetsförhållanden med kritiska nivåer av överbeläggningar vilket resulterat i en ohållbar arbetsmiljö, hotad patientsäkerhet och hög personalomsättning.

Tidigare forskning om sjuksköterskors erfarenheter av överbeläggningar visar att det bidrar till en sämre arbetsmiljö eftersom det ger upphov till arbetsrelaterad stress samt att det påverkar patientsäkerheten negativt. Däremot saknas det kunskap om hur situationen upplevs när överbeläggningar stoppas på en avdelning och hur sjuksköterskorna upplever förändringen sett till arbetsmiljö, omvårdnad och patientsäkerhet. Därför har vi i samarbete med den aktuella medicinska akutvårdsavdelningen valt att skriva ett verksamhetsförlagt examensarbete för att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av ett överbeläggingsstopp.

Bakgrund

Ett ökat slutenvårdsbehov

Sveriges befolkning förväntas öka med en miljon människor till år 2029, vilket innebär en ökning mellan 70 000 och 80 000 personer per år (SCB, 2019). Enligt SCB (2019) beror den snabbt ökande befolkningen bland annat på att invandringen för tillfället är högre än utvandringen och att fler barn föds än vad människor i befolkningen dör. Forskning visar att människor lever allt längre framför allt på grund av de ökade möjligheterna att behandla botbara sjukdomar och att fler strategier har utformats för att kunna leva med kroniska sjukdomar

(Christensen m.fl., 2009). Det ökade antalet äldre personer i samhället med flera kroniska sjukdomar leder dock till ett ökat vårdbehov både inom slutenvården och öppenvården (Kihlgren, Svensson, Lövbrand, Gifford & Alfredsson, 2016). Detta eftersom den äldre personens motståndskraft mot sjukdomar avtar med åldern vilket då innebär att de är mer sköra för de förändringar som sker i deras tillstånd (Rundgren, 2013).

Vårdreformer som lett till omorganisationer i vården

I Sverige år 1992 infördes Ädelreformen (Prop. 1990/91:14. s. 54), vilket huvudsakligen innebar att kommunerna tog över betalningsansvaret för medicinskt färdigbehandlade patienter inom slutenvården vilket också var anledningen till att korttidsboenden utvecklades (Rapporten/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 2018:1). Ädelreformen är den största organisatoriska förändringen inom vården i modern tid och som resulterat i att Landstinget mellan åren 1993 och 2016 halverade antalet vårdplatser på sjukhus i Sverige till 2,4 vårdplatser per 1000 invånare. Därmed är Sverige ett av de länder med lägst antal vårdplatser i relation till befolkningen i jämförelse med det genomsnittliga antalet bland länderna som ligger på 4,7 vårdplatser per 1000 invånare (Rapporten/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 2018:1).

Anledningen till att antalet vårdplatser minskat både inom slutenvården och på särskilt boende under de senaste åren beror framför allt på att det är mer kostnadseffektivt att vårda patienter i sina egna hem (Rapporten/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 2018:1). Resurser har därför lagts på utbyggnad av hemtjänst, hemsjukvård och avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) för att framför allt äldre personer ska kunna bo kvar hemma trots omfattande vård- och omsorgsbehov. Färre vårdplatser i landet har i sin tur lett till att vårdförloppen behövt effektiviseras och som då bidragit till en större omsättning av patienter på sjukhusen. Detta i kombination med ett ökat patientflöde till och från sjukhusen har lett till en mycket ansträngd situation på flera håll i landet (Rapporten/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 2018:1).

Sedan 2018 gäller en ny lag om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård (SFS 2017:612). Lagen har som syfte att korta ner väntetiden för de som är utskrivningsklara inom slutenvården, men även för att förbättra samverkan i övergången mellan slutenvården till öppenvården och den kommunala omsorgen (Rapport/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 2018:1). Dock uppstår ofta problem i övergången mellan slutenvård och kommunal omsorg eftersom korttidsboende och särskilt boende sällan beviljas, trots att många av de äldre personerna som skrivs ut är i dåligt skick. Istället skrivs äldre personer ut till hemmet, det vill säga ordinärt boende med hemtjänst och/eller hemsjukvård. I och med införandet av denna lag ställs därmed högre krav på en god samverkan mellan alla berörda parter och framför allt när det gäller äldre personer som är i behov av fortsatt vård och omsorg efter sin sjukhusvistelse (Rapporten/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 2018:1).

För att avlasta slutenvården krävs alltså en fungerande vårdkedja där befolkningen kan få hjälp i ett tidigt skede utan att belasta akutmottagningar och på så sätt undvika onödiga inläggningar i slutenvården (Rapporten/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 2018:1). Riksdagen beslutade därför om en förstärkning av vårdgarantin som trädde i kraft den första januari 2019 (SKL, 2018a). Detta innebär att den som söker vård ska ha rätt att träffa en läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården för medicinsk bedömning av nytt eller försämrat hälsoproblem inom tre dagar, vilket tidigare varit sju dagar (SKL, 2018a). Syftet med vårdgarantin är att primärvården ska utgöra grunden för en god och nära vård till befolkningen där patienten ska få adekvat hjälp snabbare. Den förstärkta vårdgarantin är således

ett steg i arbetet mot en omstrukturerad av hälso- och sjukvården i Sverige där även annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal än läkare ska kunna göra medicinska bedömningar. Detta för att patienter ska få hjälp snabbare och därmed minska belastningen på landets akutmottagningar och sjukhus (SKL, 2018a).

Överbeläggningar inom slutenvården

Med överbeläggning menas en vårdplats som inte uppfyller kraven på en disponibel vårdplats, det vill säga en vårdplats inom slutenvård med fysisk utformning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljökrav. Vidare syftar utlokaliseringar på en patient som vårdas på en annan vårdenhet än den som är medicinskt ansvarig för patienten och därmed inte heller helt anpassad utifrån dennes vårdbehov (Socialstyrelsen, 2017c). Riksgenomsnittet för överbeläggningar inom slutenvården var 2018 5,4 överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser (SKL, 2019).

Under de senaste åren har hälso- och sjukvården förbättrats på ett flertal områden. Till exempel överlever allt fler människor svåra sjukdomar som cancer och hjärtinfarkt (Socialstyrelsen, 2018). Sveriges hälso- och sjukvård har i jämförelse med andra länder en hög kvalitet och tillgänglighet. Trots detta kvarstår flera förbättringsområden såsom att överbeläggningar och utlokaliseringar inom slutenvården fortsätter vara ett ökande problem till följd av platsbrist (Socialstyrelsen, 2018).

Överbeläggningstoppet

På den medicinska akutuvsavdelningen har personalen under de senaste åren arbetat under ansträngda förhållande till följd av bland annat platsbrist som resulterat i överbeläggningar. Som högst har avdelningen samtidigt haft upp emot 6 överbeläggningar, med ett antal på 2–5 i snitt. Vårdenhetschefen på avdelningen beskrev hur avdelningen varit väldigt belastad under en lång tid till följd av detta och att den höga arbetsbelastningen bidrog till en ohållbar arbetsmiljö där personal till slut sagt upp sig samt att patientsäkerheten inte kunde säkerställas. Som en lösning på den ohållbara arbetssituationen förklarade vårdenhetschefen att verksamhetschefen och områdeschefen tog ett beslut i februari 2019 om att införa ett överbeläggningstopp på avdelningen på obestämd tid. Detta innebar att alla patienter som lades in på avdelningen skulle ha tillgång till en disponibel vårdplats, det vill säga att inga patienter längre fick vårdas i korridorerna.

Det saknas en vedertagen definition av vad ett överbeläggningstopp inom hälso- och sjukvården innebär och med anledning av detta har vi valt att definiera begreppet som en tillfällig lösning för att förbättra arbetsmiljön sett till arbetsbelastning och patientsäkerhet.

Teoretisk referensram – Patientsäkerhet

Patientsäkerhet innebär enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) att skydda patienten från vårdskada. Med vårdskada menas lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Ansvaret att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete ligger hos vårdgivaren (SFS 2010:659). Patienten har också enligt Hälso- och sjukvårdslagen rätt att få vård som uppfyller krav för dennes trygghet och säkerhet, vilket både innefattar att vården ska ha en god hygienisk standard samt att det ska finnas tillräckligt med personal, lokaler och utrustning för varje individs aktuella vårdbehov (SFS 2017:30). Vidare beskrivet ska vården

inom all hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivs på ett sätt som ser till att patientens självbestämmande och integritet respekteras (SFS 2017:30).

En av sjuksköterskans grundläggande kärnkompetenser är säker vård vilket syftar till att utveckla patientsäkerheten och därmed minska risken för att fel och vårdskador inträffar (Svensk Sjuksköterskeförening, 2016; Socialstyrelsen, 2017a). Detta innebär ett kontinuerligt arbete med att aktivt söka efter brister i verksamheten för att åtgärda dessa innan vårdskador inträffar (Lindh & Sahlqvist, 2012). Ungefär 8 procent av alla vårdtillfällen på ett år leder till en vårdskada vilket motsvarar cirka 100 000 patienter per år (Socialstyrelsen, 2019a; Östergård, 2013). Enligt WHO- World Health Organisation (2019) bör därför de risker som en viss behandling medför alltid vägas mot de risker som finns med att avstå behandling eller att ge en annan typ av behandling eftersom alla behandlingar i olika grad påverkar patientens säkerhet.

Patientsäkerhet har tidigare varit ett begrepp som enbart berört de som arbetat inom den patientnära vården (Östergård, 2013) och där uppkomsten av vårdskador setts som en konsekvens av den enskilda personens handling (Lindh & Sahlqvist, 2012). Detta har lett till att enskilda individer fått skulden för negativa händelser som inträffat. Denna typ av bestraffning har dock inte förhindrat andra personer från att upprepa samma misstag. Därför har fokus under de senaste åren istället lagts på att förstå varför vårdskador uppstår sett till organisatoriska rutiner och riktlinjer (Lindh & Sahlqvist, 2012). Det är alltså inte enbart personalens kompetens och utförande som är avgörande för i vilken grad vården utförs säkert utan även vårdorganisationens. Det kan således handla om brister i verksamhetens rutiner, ledarskap, organisation, arbetsmiljö och bemanning (Lindh & Sahlqvist, 2012).

I arbetet att förbättra patientsäkerheten är det även av stor vikt att patienter och deras anhöriga blir involverade i vården (WHO, 2019). Ifall fel och vårdskador ändå inträffar ska verktyg finnas tillgängliga för att kunna analysera och dra lärdom av händelsen för att skapa en säkrare vård framöver. Exempel på dessa verktyg är; ett avvikelserapporteringssystem som vård- och omsorgspersonal kan använda sig av för att rapportera avvikelser som inträffat samt markörbaserad journalgranskning vilket innebär att journalanteckningar granskas utifrån för att upptäcka när vårdskador kan ha inträffat. Även händelseanalys är ett verktyg som används för att gå igenom händelseförloppet vid en negativ händelse för att upptäcka brister som lett till vårdskador (Svensk Sjuksköterskeförening, 2016).

Vård av god kvalitet

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivs så att kraven på en god vård uppfylls vilket innebär att vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt vara lättillgänglig (SFS 2017:30). Vidare ska den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården (SFS 2017:30).

Ett av sjuksköterskans ansvarsområden är omvårdnad vilket innebär att den som vårdas ska ses utifrån ett helhetsperspektiv (Svensk Sjuksköterskeförening, 2014). Omvårdnad ska alltså ske på en individnivå där kropp, själ och ande ses som en enhet. Vidare innebär en god omvårdnad att en god och säker vård ska kunna säkerställas utifrån individens behov och den aktuella situationen. Detta ställer krav på att sjuksköterskan besitter både evidensbaserad- och erfarenhetsbaserad kunskap, men även kunskap om patientens önskemål och resurser. Den

omvårdnadskompetens sjuksköterskans har är alltså avgörande för vårdens möjligheter att säkerställa en säker vård av hög kvalitet (Svensk Sjuksköterskeförening, 2014).

Sjuksköterskans arbetsmiljö

Definitionen av vad en god arbetsmiljö innebär är enligt Arbetsmiljöverket (2012) tvetydig och beskrivs enligt dem som en "Strävan av att arbetsmiljön ska ge ett positivt utbyte i form av ett rikt arbetsinnehåll, arbetstillfredsställelse, gemenskap och personlig utveckling" (Arbetsmiljöverket, 2012). En annan definition av en god arbetsmiljö beskrivs av Kramer och Schmalenberg (2008) som; effektivt arbete, med vård av god kvalitet, tillfredsställelse hos både personal och patienter samt att goda möjligheter finns för att kunna möta patienters individuella behov. Vidare ses en direkt koppling mellan en god arbetsmiljö hos sjuksköterskor och en förbättrad patientsäkerhet (Kramer m.fl., 2008; Ulrich, Barden, Cassidy & Varn-Davis, 2019).

För att skapa en god arbetsmiljö måste alla i en verksamhet gemensamt ta sitt ansvar (Arbetsmiljöverket, 2017). Arbetstagaren deltar i arbetsmiljöarbetet genom sin skyldighet att rapportera de risker, tillbud, sjukdom och olycksfall som sker medan det är arbetsgivaren som har det juridiska ansvaret och ansvaret för fördelning av arbetsuppgifter kopplat till medarbetarnas arbetsmiljö. Det yttersta ansvaret för arbetsmiljön inom hälso- och sjukvården ligger dock hos de förtroendevalda politikerna (Arbetsmiljöverket, 2017) vars ansvar är att säkerställa att verksamheten på ett systematiskt sätt planeras, styrs och kontrolleras så att arbetsmiljön blir tillfredsställande för alla på arbetsplatsen (SKL, 2018b). Fackligt utvalda skyddsombud företräder de anställda i det systematiska arbetsmiljöarbetet och verkar för en god arbetsmiljö (Arbetsmiljöverket, 2017).

Forskning beskriver vidare om vikten av en god samverkan mellan de anställda inom hälso- och sjukvård för att en god arbetsmiljö ska kunna upprätthållas (van Bogaert m.fl., 2017). För att detta ska kunna ske krävs en god kommunikation i vårdteamet, men även mellan personal och ledning. En väl fungerande kommunikation med ett tillåtande klimat att uttrycka sina känslor leder till att hög arbetsbelastning kan hanteras bättre (van Bogaert m.fl., 2017).

Etisk stress

Etisk stress kan definieras som ett fenomen där en person vet vad som är "det etiskt rätta" att göra, men som av olika anledningar hindras från att göra det (Wolf m.fl., 2016; Robinson & Stinson, 2016). Vidare kan begreppet förklaras som en upplevd inre smärta som leder till psykisk obalans och som uppstår när sjuksköterskor upplever att de inte kan påverka sin arbetssituation till följd av bland annat brist på tid, resurser och brister i den organisatoriska ledningen (Wolf m.fl., 2016; Robinson & Stinson, 2016).

Vad som anses vara etiskt rätt beror på det etiska klimatet som finns på arbetsplatsen. Ett etiskt klimat är något som formas genom interaktion med andra människor och som leder till att både goda och dåliga vanor skapas (Öresland & Lützén, 2014). Att goda vanor bryts på en arbetsplats kan bland annat bero på maktstrukturer eller brist på vårdplatser (Öresland & Lützén, 2014; Robinson & Stinson, 2016). En känsla av ständig otillräcklighet och att inte kunna vårda utifrån etik, forskning och beprövad erfarenhet är således en risk för såväl patienternas som personalens hälsa (Bonnevier m.fl., 2015). Detta eftersom den etiska stressen kan orsaka fysiska eller psykiska besvär som i sin tur kan leda till att sjuksköterskor byter arbetsplats eller lämnar yrket för gott (Robinson & Stinson, 2016).

Tidigare forskning

Tidigare studier visar på att sjuksköterskor som vårdade färre patienter hade större möjligheter att utföra den omvårdnad som förväntades av dem eftersom de hade mer tid för varje patient (Ausserhofer m.fl., 2014). Om sjuksköterskan inte hann med omvårdnaden medförde det att hens etiska principer hotades och att en etisk stress upplevdes vilket var vanligt bland yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården och framför allt vid överbeläggningar (Robaee, Atashzadeh-Shoorideh, Ashktorab, Baghestani & Barkhordari-Sharifabad, 2018).

Studier beskriver även hur sjuksköterskor upplevde en oro och frustration över de patienter som vårdades utanför en disponibel vårdplats eftersom de varken kunde ge dem tillräckligt god vård- och omsorg eller värna om deras värdighet och integritet (Urban, 2014; Kilcoyne & Dowling, 2007). Fler studier visar även på att bristande tid och kunskap hos sjuksköterskor lett till att framför allt äldre patienters vård- och omsorgsbehov inte alltid omprövades innan de blev utskrivna från sjukhuset vilket lett till att de blivit återinskrivna snart därefter (Hesselink, Schoohoven, Plas, Wollersheim & Vernooij-Dassen, 2013). Detta bidrog framför allt till onödigt lidande för patienten. Ett problem som hade kunnat undvikas om övergången mellan sjukhuset och hemmet hade skett säkrare och mer effektivt (Hesselink m.fl., 2013).

Tidigare forskning visar vidare på hur en god arbetsmiljö inom akutsjukvården bidrog till en ökad tillfredsställelse över utförd arbetsinsats och därmed minskade både risken för att sjuksköterskan skulle drabbas av utmattning och att hen skulle lämna yrket (Mchugh & Ma, 2014). Forskning belyser även ett tydligt samband mellan en rimlig arbetsbelastning och en säkrare vård för patienten (van Den Oetelaar, van Stel, van Rhenen, Stellato & Grolman, 2016; van Bogaert m.fl., 2017). Vidare beskriver tidigare studier hur ett färre antal patienter per sjuksköterska ledde till en bättre arbetsmiljö, vilket bland annat resulterade i att basala hygienrutiner utfördes i större utsträckning till följd av minskad stress (Kilcoyne & Dowling, 2007). Detta resulterade i att risken för vårdskador kunde minimeras och hade således en positiv effekt på patientsäkerheten (Kilcoyne & Dowling, 2007).

I fler studier beskrivs hur ogynnsamma arbetsförhållanden i den akuta verksamheten länge varit ett problem till följd av överbeläggningar och nedskärningar i personalen och som då försvårat sjuksköterskans förutsättningar att ge en god vård (Urban, 2014; Teixeira Silva m.fl., 2018). Tidigare forskning visar på en alarmerande trend där erfarna sjuksköterskor lämnade akutsjukvården till följd av en för hög arbetsbelastning och arbetsrelaterad stress (Bonnevier m.fl., 2015; SCB, 2017). Forskning visar hur detta ledde till att vårdplatser tvingades stängas ner och att det blev svårt att bemanna upp avdelningarna (Lagercrantz & Iversen, 2014; Bonnevier m.fl., 2015), vilket ledde till en ökad arbetsbörda och en etisk stress för de som arbetade kvar (Bonnevier m.fl., 2015).

Slutligen beskriver fler studier hur arbetet i en stressig miljö ledde till en sämre samverkan bland personalen vilket gav en ökad risk för komplikationer och mortalitet hos patienterna (Copanitsanou, Fotos & Brokalaki, 2017; Mazzocato m.fl., 2012). En studie beskriver hur överbeläggningar på akutavdelningar äventyrade patientsäkerheten då tid och resurser för att identifiera risker och skador minimerades (Camargo Tobias, Queiroz Bezerra, Alves Moreira, de Brito Paranaguá & de Camargo Silva 2016; Kilcoyne & Dowling, 2007). Bland annat beskrevs hur blodprover ofta kom bort till följd av brist på tid och rutiner vid överrapportering i skiftbyten (Camargo Tobias m.fl., 2016). Även att lokaler inte var anpassade för det stora

antalet patienter som överbeläggningar förde med sig var ett hot mot patientsäkerheten (Kilcoyne & Dowling, 2007).

Problemformulering

Tidigare forskning visar tydligt att överbeläggningar inom slutenvården hotar patientsäkerheten på grund av att det påverkar sjuksköterskans förmåga att hinna identifiera riskfyllda situationer. Detta eftersom en hög stressnivå och arbetsbelastning bidrar till en sämre förmåga att agera och ta beslut i akuta situationer. Även sjuksköterskans arbetsmiljö påverkas negativt av överbeläggningar och kan resultera i att sjuksköterskan tvingas prioritera bort viktiga arbetsuppgifter som då leder till en ökad etisk stress.

På den medicinska akutvårdsavdelningen har överbeläggningarna de senaste åren uppnått kritiska nivåer vilket har lett fram till en ohållbar arbetsmiljö, sett till arbetsbelastning och patientsäkerhet. Mot bakgrund av detta infördes ett överbeläggningsstopp i februari 2019. Idag saknas det forskning om sjuksköterskors erfarenheter om överbeläggningsstopp och dess effekter sett till arbetsmiljö, omvårdnad och patientsäkerhet.

Syfte

Syftet med den här studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av ett överbeläggningsstopp på en medicinsk akutvårdsavdelning.

Metod

Design

Uppsatsen har en induktiv och kvalitativ design då syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av ett överbeläggningsstopp. En kvalitativ studiedesign utgår från individens perspektiv och söker, genom tolkning av människors upplevelser av ett fenomen, förståelse snarare än förklaringar (Polit & Beck, 2016; Ahrne & Svensson, 2015; Henricson & Billhult, 2012).

Urval

Samtliga sjuksköterskor på avdelningen fick ta del av studiens syfte och genomförande via avdelningens elektroniska veckoutskick. Till följd av schematekniska skäl och att intervjuerna skulle genomföras på arbetstid gjordes ett bekvämlighetsurval genom att vårdenhetscheferna tillfrågade ett antal sjuksköterskor. De inklusionskriterier som sattes för studien var att sjuksköterskorna skulle ha erfarenhet av överbeläggningar genom att ha arbetat på den aktuella avdelningen både före och under överbeläggningsstoppet. Sammanlagt valde vårdenhetscheferna ut åtta sjuksköterskor av varierande kön, ålder och arbetserfarenhet. Av de åtta sjuksköterskorna som deltog i studien var två män och medelåldern var 35 år (25–58 år). Arbetserfarenheten varierade mellan nio månader och 23 år och samtliga sjuksköterskor saknade specialistutbildning.

Datainsamling

Datainsamlingen gjordes via individuella intervjuer enligt en intervjuguide (*bilaga 1*). Intervjuerna var semistrukturerade med öppna frågor där deltagarna fritt fick berätta om erfarenheter utifrån den aktuella forskningsfrågan (Danielson, 2012a). Innan intervjuerna inleddes fick samtliga åtta tillfrågade sjuksköterskor ta del av både muntlig och skriftlig information (*bilaga 2*) om studiens syfte och genomförande innan de gav sitt informerade samtycke att delta i studien (Kjellström, 2012). Sjuksköterskorna informerades också om att intervjuerna kommer spelas in, att materialet kommer avidentifieras under transkribering och att ljudfilerna kommer raderas efteråt (Danielson, 2012a).

Samtliga intervjuer inleddes med frågan ”*Kan du berätta om dina erfarenheter av överbelägningsstoppet?*” Varje intervju pågick sedan mellan 13–22 minuter och genomfördes i ett avskilt samtalsrum i anslutning till avdelningen vilket minskade risken för distraktion (Danielson, 2012a). Efter att samtliga frågor i intervjuguiden var ställda fick sjuksköterskorna möjlighet att tala fritt om sådant som de ansåg relevant i relation till patientsäkerhet, omvårdnadsarbete och arbetsmiljö och som inte tagits upp i de tidigare frågorna. Ifall de inte hade något mer att tillägga avslutades intervjun. Materialet transkriberades ordagrant i direkt anslutning till intervjun och transkriberingen utfördes av den som hade gjort intervjun. Sammanlagt pågick datainsamlingen under sju dagar mellan februari och mars 2019.

Dataanalys

De åtta intervjuerna analyserades med hjälp av en manifest kvalitativ innehållsanalys vilket innebar att det huvudsakliga innehållet lyftes ut ur texten, men att ingen djupare tolkning, det vill säga ingen latent tolkning av materialet gjordes (Graneheim & Lundman, 2004). Med hänsyn till studiens syfte ansågs denna analysmetod relevant för att få en samlad bild av det undersökta fenomenet.

Den kvalitativa innehållsanalysen genomfördes utifrån fem steg enligt Graneheim och Lundman (2004) och ett exempel presenteras i *Tabell 1* nedan. I det första steget lästes samtliga intervjuer i sin helhet av båda författarna ett flertal gånger för att ge en bild om det sammantagna innehållet. I det andra steget identifierades meningsbärande enheter i texten. Vidare kondenserades de meningsbärande enheterna till innehållsrika korta meningar. I steg tre abstraherades de kondenserade meningarna och betecknades med koder (Graneheim & Lundman, 2004), där sammanlagt 189 koder skapades. I steg fyra jämfördes de olika koderna gällande likheter och olikheter och sorterades upp i olika subkategorier som på olika sätt kunde relateras till de övergripande forskningsfrågor som guidat studien. Det vill säga sjuksköterskornas upplevelse av att utföra god omvårdnad då patienterna har tillgång till en disponibel vårdplats, hur patientsäkerheten påverkas av att inte ha överbeläggningar samt hur arbetsmiljön förändras då arbetsbelastningen minskar. De subkategorier som valdes diskuterades och omprövades ett flertal gånger innan de slutligen valdes. Dessa subkategorier motsvarade det manifesta i intervjuernas innehåll. I det avslutande femte steget sorterades subkategorier in i mer övergripande kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Totalt identifierades tre kategorier och 14 subkategorier, vilka presenteras vidare i *Tabell 2* nedan.

Tabell 1 Exempel på innehållsanalys.

Meningsbärande enhet	Kod	Subkategori	Kategori
Även om det är positivt att det är överbeläggingsstopp så tror jag ändå att ganska många är slutkörda... det är så högt tempo... det är ju inte så att det blir lugn och ro, utan folk sliter ju verkligen väldigt mycket...	Trots överbeläggingsstopp är många fortfarande slutkörda.	Överbeläggingsstopp har inte gjort någon omedelbar skillnad.	Reflektioner efter överbeläggingsstoppet
...istället får dom det absurt ute på akuten... så har man en dålig... känsla över det...	Att känna en stress över att akuten får det ohållbart istället.	Vårdflödet på akuten påverkas negativt.	

Etik

Studentarbeten som utförs inom ramen för högskoleutbildning på grundnivå behöver inte ett etiskt godkännande (SFS 2003:460). Det finns däremot viktiga etiska aspekter som bör beaktas då man intervjuar personer om deras erfarenheter eftersom vissa problem kan upplevas som känsliga att samtala om och att deltagaren kan reagera negativt (Kjellström, 2012). Därför är det viktigt att forskaren har god kunskap av ett etiskt förhållningssätt samt att intervjusituationen hanteras med känslighet och respekt (Kjellström, 2012). I studien ska dock forskningspersonen informeras om; den övergripande planen för forskningen, syftet med forskningen, de metoder som kommer användas, de följder och risker som forskningen kan medföra, vem som är forskningshuvudman, att deltagande i forskning är frivilligt samt om forskningspersonernas rätt att när som helst avbryta sin medverkan (Olsson & Sörenson, 2013). När deltagaren tagit del av den informationen och godkänt deltagandet innebär detta att hen gett sitt informerade samtycke (Olsson & Sörenson, 2013).

Resultat

Den manifesta innehållsanalysen av de åtta intervjuerna resulterade i 14 subkategorier och tre kategorier; ”omständigheterna som ledde till överbeläggingsstopp”, ”effekten av överbeläggingsstopp”, ”reflektioner efter överbeläggingsstopp”. Kategorierna med sina respektive subkategorier beskrivs i detalj nedan.

Tabell 2 Översikt över studiens resultat.

Kategori	Subkategori
Omständigheterna som ledde till överbeläggingsstopp	<ul style="list-style-type: none"> • Ohållbar arbetsmiljö • Hotad sekretess och integritet • Att säga upp sig till följd av hög arbetsbelastning • Nyanställda sjuksköterskor går inte oberörda
Effekten av överbeläggingsstopp	<ul style="list-style-type: none"> • Har nu tid att vara sjuksköterska • En säkrare vård • Stämningen är en annan

<p>Reflektioner efter överbeläggingsstoppet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Överbeläggingsstopp har inte gjort någon omedelbar skillnad • Vårdflödet på akuten påverkas negativt • Överbeläggingsstoppet har lett till fler omflyttningar • Platsbrist i kommunen påverkar vårdflödet • Det behövs tydligare riktlinjer • Riskbedömningar förbättras inte vid överbeläggingsstopp • Överbeläggingsstopp var nödvändigt
--	--

Omständigheterna som ledde till överbeläggingsstopp

Kategorin består av subkategorierna; ohållbar arbetsmiljö, hotad sekretess och integritet, att säga upp sig till följd av hög arbetsbelastning samt nyanställda sjuksköterskor går inte oberörda.

Överbeläggningarna på avdelningen hade resulterat i en ohållbar arbetssituation som till stor del präglades av stress, oro, dålig stämning och som bidrog till en sämre samverkan bland personalen. Enligt sjuksköterskorna kändes det som att det inte fanns någon övre gräns för hur många överbeläggningar som avdelningen kunde ta in vilket ytterligare bidrog till en oro över situationen och en än mer ohanterlig arbetsmiljö. Sjuksköterskorna kände sig också maktlösa över situationen som rådde på avdelningen.

”Det är ju stor personalomsättning här för det är ju många som har slutat. Mycket på grund av arbetsmiljön, att det är mycket att göra och mycket ja, på grund av överbeläggningar också har många sagt...” (Sjuksköterska 4)

Samtliga sjuksköterskor beskrev att de upplevde att överbeläggningar försvårade möjligheten att upprätthålla patienternas integritet. Detta eftersom patienterna riskerade att blottas vid ronderna eller när de behövde hjälp med basal omvårdnad till följd av de begränsade möjligheterna att skapa avskildhet. Även sjuksköterskans möjligheter att upprätthålla patientens sekretess påverkades negativt då patienterna vårdades i korridoren.

Ett stort ansvar lades på sjuksköterskorna i deras yrkesroll då de varken kunde hjälpa andra eller få hjälp till följd av den höga arbetsbelastningen som överbeläggningarna förde med sig. Detta gjorde att flera kollegor sade upp sig med hänvisning till den höga arbetsbelastningen. I samband med att personalomsättningen ökade ställdes allt högre krav på de erfarna sjuksköterskorna som fanns kvar på avdelningen. De fick ta ytterligare ansvar för att introducera den nya personalen eftersom de nya sjuksköterskorna inte hade samma erfarenhet och helhetssyn som de erfarna sjuksköterskorna.

Sjuksköterskorna menade även att den höga arbetsbelastningen på avdelningen oroadde de nya sjuksköterskorna som började. De nya sjuksköterskorna fick gå bredvid och läras upp av relativt nya sjuksköterskor till följd av den höga personalomsättningen som lett till att få erfarna sjuksköterskor arbetade kvar på avdelningen. Sjuksköterskorna menade därmed att bristen på erfarenhet bland både de nya sjuksköterskorna och de med lite erfarenhet bidrog till en minskad trygghet för samtliga i personalgruppen.

”Det är ju jobbigt både för de som börjar och de som jobbat i kanske ett år som känner att de kanske inte är mogna egentligen för att ha en bredvid gång, det är ju inte bra heller... Det är ju många rutiner som glöms bort.” (Sjuksköterska 4)

Effekter av överbeläggingsstopp

Kategorin består av subkategorierna; har nu tid att vara sjuksköterska, en säkrare vård och stämningen är en annan.

Har nu tid att vara sjuksköterska

Överbeläggingsstoppet innebar att avdelningen gick tillbaka till att enbart vårda patienter på disponibla vårdplatser. Sjuksköterskorna menade att detta bidrog till att de hade mer tid för varje patient och att det förbättrade deras möjligheter att hålla sig uppdaterade om patienternas nuvarande hälsostatus. Sjuksköterskorna uppgav även att de kunde finnas där för patienterna och stötta dem som fått svåra besked i större omfattning efter införandet av överbeläggingsstoppet.

”Jag hade en patient med en nyupptäckt hjärntumör, hon fick kortison på morgonen sen så träffade jag inte den personen mer... Det var stressigt och det var jobbigt... Hon var ju helt förstörd. Sådana grejer är bättre nu tycker jag, men det kan ju bli bättre.” (Sjuksköterska 6)

Efter att överbeläggingsstoppet infördes upplevde sjuksköterskorna att arbetsbelastningen kändes rimligare, vilket gjorde att möjligheterna att ge en god omvårdnad förbättrades.

”Annars så brukar de mest liksom vara... ja men blöjor... och det andra får man ta senare liksom. Men nu hinner man med lite mer.” (Sjuksköterska 6)

Sjuksköterskorna upplevde också att de hade mer tid att handlägga befintliga patienter efter att överbeläggingsstoppet infördes. De kunde därmed ha bättre koll på hemgångar, utskrivningar och samordningsprogrammet SAMSA.

”Patienten behöver inte ligga inne för länge... alltså några extra dygn för att man inte hinner med SAMSA och den där delen ...” (Sjuksköterska 6)

En säkrare vård

Överbeläggingsstoppet medförde en rimligare arbetsmiljö till följd av färre patienter vilket sjuksköterskorna upplevde förbättrade deras överblick över avdelningen och att de gav en bättre kontroll över patienternas vård- och omsorgsbehov. Färre patienter innebar också att sjuksköterskorna i högre utsträckning gavs möjlighet att systematiskt identifiera och följa upp riskpatienter vilket upplevdes bidra till en säkrare vård. Risken för förväxlingar minskade också i och med att alla patienter hade sin egna disponibla vårdplats på sal.

”Alltså när det har varit många överbeläggningar, så har ju någon glömts bort under rapporteringen så att... Någon sa liksom ”Vems patient är det här?” ”Jag vet inte, det är ingen som har... jag vet inte... inte är det min i alla fall...” (Sjuksköterska 5)

Sjuksköterskorna menade också att de hade bättre möjlighet att upprätthålla sekretess och integritet i större utsträckning nu då alla patienter vårdades på en disponibel vårdplats. Däremot beskrev sjuksköterskorna hur sekretess och integritet på flersal där flera patienter vårdades samtidigt inte heller fungerade optimalt efter överbelägningsstoppet. Dock upprätthölls detta bättre inne på flersal än när patienterna vårdades i korridoren.

Efter införandet av överbelägningsstoppet kunde den medicinska utrustningen användas mer optimalt eftersom det nu fanns tillgång till syrgas- och luftuttag till alla patienter. Tidigare hade det hänt att patienter som vårdades i korridoren legat med tomma syrgasbehållare utan att någon hade uppmärksammat det. Det var även svårt att ge inhalationer ifall patienten hade behov av det.

"Om man inte har tillgång till syrgas eller luft och behövde ge en inhalation så blir det värsta projektet. Det är många såna grejer som ju... Då blir ju patientsäkerheten bättre när man får ha en riktig plats och inte vårdas någonstans som inte är gjord för att vårdas på helt enkelt." (Sjuksköterska 2)

En av sjuksköterskorna nämnde även att framkomligheten i korridoren blivit mycket bättre efter att överbelägningsstoppet infördes. Sjuksköterskan menade på att en förbättrad framkomlighet är av stor betydelse vid en eventuell brand, men även då patienter snabbt behövde förflyttas, som till exempel vid akuta situationer eller andra undersökningar som måste göras med kort varsel.

Stämningen är en annan

Stämningen på avdelningen upplevdes av sjuksköterskorna som betydligt bättre efter överbelägningsstoppet i det att de upplevdes må bättre, hade mer energi och lättare att hålla humöret uppe. Sjuksköterskorna beskrev också en märkbar positiv förändring i hela personalgruppen som en följd av en mer hanterbar arbetsmiljö. Vidare uttryckte sjuksköterskorna en känsla av lugn på avdelningen efter överbelägningsstoppet eftersom personalen inte längre stressade upp sig på samma sätt. Dagrummet och korridoren var inte heller längre belamrade med sängar vilket gjorde att det kändes rymligare och mindre rörigt.

"Hela stämningen blir ju liksom mycket mer nedtonad. För när det är både patienter i korridoren och det vanliga flödet, så blir det ju väldigt stökigt och det triggas igång många andra patienter som då triggas den allmänna stämningen av stökighet..." (Sjuksköterska 1)

Sjuksköterskorna upplevde att den minskade arbetsbelastningen som överbelägningsstoppet bidragit till ledde till att de hann reflektera över det som skett under arbetsdagen under arbetstid. Detta uttrycktes vara en stor anledning till varför sjuksköterskorna inte längre tog med sig jobbet hem i samma utsträckning som de gjorde innan. Sjuksköterskorna menade också att den etiska stress som präglade deras arbete före införandet av överbelägningsstoppet hade minskat påtagligt. Vidare beskriver de hur den minskade arbetsbelastningen bidragit till ett effektivare arbete eftersom möjligheten att hjälpa varandra hade blivit bättre.

"Innan stoppet så kunde man gå hem och gråta typ efter varje pass för att det var så jobbigt men nu... har jag inte känt så... absolut inte." (Sjuksköterska 5)

Sjuksköterskorna beskrev också att det nu kändes mer meningsfullt att gå till jobbet jämfört med tidigare. De upplevde även mindre stress och oro inför morgondagen, vilket de trodde berodde till stor del på att arbetsmiljön kändes mer hanterbar efter införandet av överbeläggingsstoppet. De fanns även de som menade att överbeläggingsstoppet inte påverkade huruvida man tog med sig arbetet hem eller inte utan att det snarare handlade om specifika patienter och händelser som gjort avtryck.

Reflektioner efter överbeläggingsstoppet

Kategorin består av subkategorierna; överbeläggingsstoppet har inte gjort någon omedelbar skillnad, vårdflödet på akuten påverkas negativt, överbeläggingsstoppet har lett till fler omflyttningar, platsbrist i kommunen påverkar vårdflödet, det behövs tydligare riktlinjer, riskbedömningar förbättras inte vid överbeläggingsstopp och överbeläggingsstoppet var nödvändigt.

Även om ett överbeläggingsstopp hade införts på avdelningen upplevde sjuksköterskorna att många i personalgruppen fortfarande var utmattade. Införandet av överbeläggingsstoppet innebar enligt sjuksköterskorna bara att problemet med överbeläggningar och det höga vårdflödet hade förflyttats till en annan del av sjukhuset och att ett stopp inte erbjöd någon långsiktig lösning på problemet. Sjuksköterskorna var övertygade om att ifall överbeläggingsstoppet upphörde skulle avdelningen återfå precis samma ohållbara arbetsförhållanden som tidigare med fler patienter per sjuksköterska, hög arbetsrelaterad stress och en hotad patientsäkerhet.

”Så kommer det hålla på precis som förra gången... sen så säger folk upp sig och så blir det ett stopp igen, så blir det inga överbeläggningar här och så börjas det om. Man löser inga problem.” (Sjuksköterska 6)

En av sjuksköterskorna beskrev dock hur hen hade svårt att se ett samband mellan överbeläggingsstoppet och en minskad arbetsbelastning eftersom stoppet infördes under en väldigt krävande period på avdelningen. Samma sjuksköterska förklarade även att vårdflödet alltid varierade vilket ansågs kunna bero på exempelvis säsongsinfluensa och att arbetsbelastningen därför var en följd av dessa variationer.

Sjuksköterskorna påtalade också vikten av att ledningen behövde satsa på deras arbetsvillkor om de vill att de ska arbeta kvar. De berättade att patienterna som vårdades på avdelningen blev allt sjukare och krävde allt mer omvårdnad men att bemanningen inte var anpassad efter den ökade arbetsbelastningen som det innebar. Därför var sjuksköterskorna eniga om att arbetssituationen var ohållbar. Sjuksköterskorna menade också att det måste ske en förändring för hur man ser på sjuksköterskeyrket och göra det mer attraktivt så att personalen väljer att stanna kvar i yrket.

”Skulle det fortsätta så... att vi skulle behöva ta in så mycket överbeläggningar under en längre period igen så hade jag nog sökt mig till något ställe med bättre arbetsmiljö...” (Sjuksköterska 7)

Sjuksköterskorna beskrev vidare hur införandet av överbeläggingsstoppet resulterat i att fler patienter blev kvar längre på akuten eller utlokaliserade till följd av det minskade antalet vårdplatser på avdelningen vilket då innebar en ökad risk för patienten. Framför allt på akuten

där sjuksköterskorna menade att det inte fanns tid och resurser för att ta hänsyn till patienternas ibland omfattande vård- och omsorgsbehov, men även då patienterna blev utlokaliserade eftersom de kunde bli placerade på vårdavdelningar som inte svarade till deras aktuella vårdbehov i tillräckligt stor utsträckning. Sjuksköterskorna menade därför att ur ett patientsäkerhetsperspektiv hade det varit bättre för patienterna att vårdas på en icke disponibel vårdplats på avdelningen än att de vårdades på akuten eller som utlokaliseringar.

”De som kanske skulle legat som överbeläggningar HÄR i korridoren... ligger nu och spenderar natten på akuten istället. Jag är fullt medveten om att detta är ju ÄNNU sämre egentligen”. (Sjuksköterska 1)

Antalet utlokaliserade patienter ökade alltså efter införandet av överbeläggningssoppet. Detta innebar att personalen på avdelningen påverkades negativt eftersom utlokaliseringar innebar mer arbete för sjuksköterskan, exempelvis i form av tidskrävande administrationsuppgifter, förflyttning och överrapporteringar av patienter.

Sjuksköterskorna beskrev vidare att de kände sig stressade över att andra avdelningar fick en ohållbar arbetssituation efter införandet av överbeläggningssoppet i och med att de nu hade färre vårdplatser att erbjuda till de patienter som hade behov av medicinsk akutsjukvård. Sjuksköterskorna upplevde därmed en stress över att akutens vårdflöde påverkades negativt efter att överbeläggningssoppet infördes. Detta eftersom akutens vårdflöde fortfarande var lika högt men att vårdplatserna nu var färre. Sjuksköterskorna beskrev hur akuten ibland ringde och försökte rapportera över en ny patient innan en vårdplats ens hunnit bli tom eftersom trycket på akuten var så högt.

Sjuksköterskorna menade även att de nerbantade vårdtiderna inom slutenvården bromsat upp vårdflödet och bidragit till att medicinskt färdigbehandlade patienter blev kvar på avdelningen längre än vad de behövde. Detta eftersom kommunen inte kunde bereda dem plats på korttidsboende eller särskilt boende, vilket var ett problem som sjuksköterskorna menade inte hade förbättrats av överbeläggningssoppet.

”Man måste fixa äldreomsorgen, för att det är lite där det tar stopp. Det är alla vårdplaneringar som bara blir liksom... blir som en stoppkloss på avdelningen och här ska ju bara vara akutvård.” (Sjuksköterska 5)

Ett eventuellt upphörande av överbeläggningssoppet krävde enligt sjuksköterskorna tydliga riktlinjer kring hur överbeläggningar skulle få gå till och hur många överbeläggningar på avdelningen som skulle vara tillåtet. Sjuksköterskorna förklarade att det var hanterbart att ha någon enstaka överbeläggning ibland men att det var orimligt att ha flera överbeläggningar under en lång period. Ett upphörande av överbeläggningssoppet skulle också kräva att bemanningen ökade eftersom att överbeläggningar medför ett större antal patienter per sjuksköterska vilket inte är önskvärt sett till arbetsmiljö, omvårdnad och patientsäkerhet.

Sjuksköterskorna menade att riskbedömningar av sår, fall, undernäring och munhälsa fortfarande utfördes i för liten utsträckning på avdelningen även efter införandet av överbeläggningssoppet. Majoriteten av sjuksköterskorna var överens om att det snarare handlade om bristande rutiner, medan en sjuksköterska beskrev att det var den egna inställningen till riskbedömningar som påverkade i vilken grad riskbedömningar utfördes.

Enligt sjuksköterskorna var ett överbeläggingsstopp nödvändigt för avdelningen överlevnad eftersom personalens arbetsmiljö hade nått en gräns för vad som ansågs vara hållbart.

”Det blir ju skillnad, men skillnaden blir ju liksom från att det absolut inte fungerar tills att man håller sig vid ytan... men det är ju inte så att... att det blir en bra arbetsmiljö ändå. Det hade ju behövts... mer.” (Sjuksköterska 3)

Trots detta menade sjuksköterskorna att överbeläggingsstoppet var ett sätt att förbättra arbetsmiljön på avdelningen för att både behålla personalen och för att förbättra patientsäkerheten.

Diskussion

Metoddiskussion

Design

Valet av forskningsmetod avgörs av studiens problemformulering och syfte (Olsson & Sörenson, 2013). Eftersom syftet med den här studien var att beskriva sjuksköterskornas levda erfarenheter av ett överbeläggingsstopp på den aktuella avdelningen valdes en kvalitativ design på grund av dess “inifrån-perspektiv” och närhet till det undersökta fenomenet (Olsson & Sörenson, 2013; Henricson & Billhult, 2012). Att valet av design motiveras stärker studiens tillförlitlighet (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2017).

Kvalitativ metod kan göras både utifrån en induktiv och deduktiv ansats (Henricson, 2012a), där en deduktiv ansats betyder att det redan finns en angiven modell eller teori om fenomenet som då vägleder studien (Henricson & Billhult, 2012). Det valda problemområdet var sedan tidigare sparsamt undersökt, med anledning av detta valdes en induktiv ansats eftersom fenomenet önskades studeras i sin naturliga miljö för att på så sätt söka ny förståelse och kunna dra generella slutsatser utifrån datainsamlingen (Henricson, 2012). Att valet av ansatsen diskuteras stärker ytterligare studiens tillförlitlighet (SBU, 2017).

Urval

Variation i kön, ålder och arbetslivserfarenhet i studiens urval kan ses som en styrka eftersom det ger en variation av informationsrika berättelser om fenomenet och på så sätt ökar studiens överförbarhet (SBU, 2017), men också möjligheten att få svar på den aktuella forskningsfrågan (Henricson & Billhult, 2012). En svaghet är däremot att samtliga sjuksköterskor som deltog handplockades av avdelningens vårdenhetschefer, ett s.k. bekvämlighetsurval. Enligt Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2017) hade det varit bättre om vi författare fått listor över samtliga möjliga deltagare på avdelningen så att ett slumpmässigt urval hade kunnat göras för att på så sätt minska risken för manipulation från verksamhetens sida (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2017).

För att resultatet från den här studien ska kunna överföras till andra grupper måste inklusionskriterier och exklusionskriterier tydligt beskrivas (Olsson & Sörenson, 2013). Studien hade därför som inklusionskriterier att sjuksköterskorna arbetade på en specifik medicinsk akutvårdsavdelningen och hade erfarenhet av fenomenet. I efterhand upptäcktes att vissa sjuksköterskor enbart hunnit arbeta ett fåtal arbetspass under överbeläggingsstoppet,

vilket är en svaghet. Därför hade ytterligare ett inklusionskriterium kunnat vara att de skulle ha arbetat minst fem arbetspass under överbeläggningsstoppet för att få delta, dock hade detta kriterium varit svårt att uppfylla då stoppet enbart varat i två veckor när intervjuerna påbörjades. Inga exklusionskriterier användes.

Datainsamling

Att göra individuella intervjuer menar Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2017) är ett bra sätt att samla flera personers reflektioner kring ett fenomen och är därmed en styrka. En studie som görs utifrån en kvalitativ ansats innebär även att forskaren är en del av datainsamlingen eftersom det sker en interaktion mellan forskaren och den som blir intervjuad (Henricson & Billhult, 2012). Därför kan en svaghet vara både att författaren kan tolka berättelsen på ett annat sätt än vad deltagaren syftar på men också att intervjuerna ger en begränsad bild av fenomenet och som då kan behöva kompletteras med andra metoder för att få en bredare förståelse (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2017).

Semistrukturerade intervjuer utfördes med förbestämda frågor där frågorna kunde ställas i valfri ordning under intervjun vilket resulterade i att deltagarna fritt kunde berätta om sina erfarenheter av problemet (Danielson, 2012a) och att svaren kunde kompletteras med följdfrågor (Kristensson, 2014). Intervjuerna genomfördes i ett avskilt rum i anslutning till avdelningen vilket var fördelaktigt för sjuksköterskorna eftersom intervjun skulle ske på arbetstid. Dock kan detta ha medfört att deltagarna velat framstå som goda medarbetare och därmed inte delgett relevant information och ses därmed som en svaghet (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2017). En annan svaghet är att vissa intervjuer blev avbrutna av kollegor som behövde hjälp. Då detta distraherade både sjuksköterskan och författaren kan detta ha påverkat datainsamlingen (Danielson, 2012a).

Inledningsvis var tanken att genomföra sex intervjuer, men till följd av att några av sjuksköterskorna enbart arbetat ett fåtal pass under överbeläggningsstoppet valde vi att göra ytterligare två intervjuer. Samma mönster och utsagor återkom och inget nytt framkom under de två sista intervjuerna, dock bidrog de intervjuerna till att det befintliga materialet bekräftades och gjorde att en viss mättnad uppstod (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2017). Därför valde vi att avsluta datainsamlingen genom att inte göra fler intervjuer.

Intervjuerna transkriberas ordagrant i nära anslutning till själva intervjun. Detta är fördelaktigt för forskaren då även mindre anteckningar gällande deltagarnas kroppsspråk och gester kunde skrivas ner (Danielson, 2012a). Under transkriberingen skrevs även pauser och känsloytringar in i materialet (Kristensson, 2014) vilket underlättade tolkningen av materialet under analysarbetet (Danielson, 2012a). All data avidentifierades under transkriberingen vilket innebär att risken minskar för att obehöriga kan härleda data till specifika personer och ger således ett löfte om konfidentialitet (Danielson, 2012a). Slutligen har urvalet och datainsamlingen diskuterats med transparenens vilket ökar studiens trovärdighet ytterligare (Svensson & Ahrne, 2017).

Dataanalys

I en kvalitativ innehållsanalys är det viktigt att forskaren identifierar sin förförståelse för att på så sätt skapa en medvetenhet kring den (Graneheim & Lundman, 2004). För att begränsa förförståelsens påverkan av resultatet skapade vi tidigt i processen en tankekarta (Danielson, 2012b) samt diskuterade och reflekterade kring våra tidigare erfarenheter under studiens gång (Henricson, 2012). Att förförståelsen diskuterades ses som en styrka som ökar tillförlitligheten

till studiens resultat (SBU, 2017), samtidigt som det inte går att utesluta förförståelsens påverkan helt vid dataanalys och tolkning av resultat (Henricson, 2012; Graneheim & Lundman, 2004).

De transkriberade intervjuerna lästes först igenom på varsitt håll av båda författarna, vilket medförde en egen uppfattning av materialet som sedan kunde diskuteras oss emellan (Kristensson, 2014). Med andra ord genomfördes en forskartriangulering som innebar att analysen genomfördes av fler än en person och som därmed stärker studiens trovärdighet (Olsson & Sörenson, 2013; Svensson & Ahrne, 2017).

Den kvalitativa innehållsanalysen genomfördes enligt de analyssteg som föreslås av Graneheim och Lundman (2004). Genom hela analysen fördes en kontinuerlig dialog med vår handledare angående valet av meningsbärande enheter, koder, subkategorier och kategorier. Det var viktigt att de meningsbärande enheterna inte blev för korta eftersom viktiga innebörder då kunde gå förlorade under analysprocessen (Graneheim & Lundman, 2004). Efter genomförd analys kontrollerades det framkomna resultatets rimlighet av vår handledare, vilket också stärker trovärdigheten (Henricson, 2012).

För att resultatet ska kunna anses som överförbart måste trovärdighet och tillförlitlighet ha diskuterats och vara i enighet med de kriterier som gäller för respektive begrepp (Wallengren & Henricson, 2012; SBU, 2017). Genom att samtliga begrepp har diskuterats kan resultatet anses som överförbart till liknande kontexter där sjuksköterskor arbetar på en akutuårdsavdelning (Wallengren & Henricson, 2012), men fler studier behövs inom området.

Etik

Hänsyn har tagits till de grundläggande forskningsetiska principerna som innefattar autonomiprincipen, godhetsprincipen, principen att inte skada och rättvisepincipen (Olsson & Sörenson, 2013). Kortfattat innebär det att forskare ska ta hänsyn till personens möjlighet till självbestämmande, att man ska sträva efter att göra gott, att inte utsätta någon för skada samt att alla personer ska behandlas lika (Olsson & Sörenson, 2013). Hänsyn togs också till de grundläggande etiska principerna såsom; integritet och konfidentialitet (Olsson & Sörenson, 2013).

Resultatdiskussion

Syftet med den här studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av ett överbelägningsstopp på en medicinsk akutuårdsavdelning, med fokus på sjuksköterskans arbetsmiljö, omvårdnad och patientsäkerhet. Det sammantagna resultatet visar att överbelägningsstoppet på avdelningen bidrog till att antalet patienter per sjuksköterska blev lägre vilket ledde till en mer hanterbar arbetsmiljö. Likaså förbättrades förutsättningarna för att kunna ge god omvårdnad vilket påverkade patientsäkerheten positivt. Sjuksköterskorna på avdelningen var dock fortfarande utmattade och de kände en stress över att patienter blev kvar på akuten längre, att problemet med överbeläggningar inte var löst och att färdigbehandlade patienter fortfarande blev kvar länge på avdelningen i väntan på insatser från kommunen. Överbelägningsstoppet ansågs därmed som en kortsiktig men nödvändig lösning för att behålla personalen genom en förbättrad arbetsmiljö. Dessa huvudfynd kommer att diskuteras närmare nedan.

Omständigheterna som ledde till överbeläggingsstopp

I studiens resultat framkommer hur sjuksköterskorna på den medicinska akutvårdsavdelningen under en längre tid arbetat under ansträngda förhållanden med överbeläggningar och en hög personalomsättning som följd. I studien av Urban (2014) beskrivs sjuksköterskans dåliga arbetsförhållande inom akuta verksamheter och att det har varit ett problem sedan lång tid tillbaka, där överbeläggningar och nedskärningar är bidragande faktorer. Detta bekräftades i den aktuella studien också eftersom arbetssituationen var ohållbar innan överbeläggingsstoppet infördes på avdelningen.

Ett arbete under dåliga förhållanden leder till att sjuksköterskan över tid utvecklar en förmåga att anpassa sig till situationer under bristande arbetsförhållanden (Urban, 2014). Detta resulterar i att sjuksköterskans arbete kan tas för givet och att dåliga arbetsförhållanden riskerar att bli normaliserade vilket i sin tur kan leda till en känsla av maktlöshet hos sjuksköterskorna (Urban, 2014; Kilcoyne & Dowling, 2007). Tidigare forskning visar att om man inte kan göra skillnad på jobbet upplevs det meningslöst att gå dit (Kilcoyne & Dowling, 2007). Resultatet bekräftar detta genom att sjuksköterskorna beskriver att ett återinförande av överbeläggningar skulle medföra att de ska skulle överväga om att byta till en annan arbetsplats med lägre arbetsbelastning.

Innan överbeläggingsstoppet infördes blev nyexaminerade och nyanställda sjuksköterskor oroade av den höga arbetsbelastningen. Enligt en studie av Yeh och Yu (2009) är de främsta anledningarna till en hög stressnivå hos nyexaminerade sjuksköterskor att de; har otillräcklig kunskap och erfarenhet, upplever en rädsla för att begå misstag, utsätts för en hög arbetsbelastning samt saknar tydliga riktlinjer. Det är därför viktigt att nyexaminerade sjuksköterskor har en stödjande arbetsmiljö med bra handledning (Yeh & Yu, 2009; Ebrahimi, Hassankhani, Negarandeh, Gillespie & Azizi, 2015) eftersom det minskar stressen och ökar självförtroendet i yrkesrollen vilket då ökar chansen att sjuksköterskan stannar kvar i yrket (Yeh & Yu, 2009; Ebrahimi m.fl., 2015; Kilcoyne & Dowling, 2007).

På den aktuella avdelningen är det inte självklart att denna stödjande miljö kan erbjudas då flera relativt nya sjuksköterskor handleder de nya sjuksköterskorna. Anledningen till detta är den höga arbetsbelastningen som pågått under en längre tid innan överbeläggingsstoppet och som resulterat i en hög personalomsättning och att få erfarna sjuksköterskor nu arbetar kvar på avdelningen. I resultatet framkommer att sjuksköterskorna upplever att oerfaren personal på avdelningen bidrar till en minskad trygghet i hela personalgruppen till följd av bristande helhetsperspektiv med risk att viktiga rutiner glöms bort, vilket då är ett hot mot patientsäkerheten (Lindh & Sahlqvist, 2012).

Effekter av överbeläggingsstopp

Har nu tid att vara sjuksköterska

Enligt studien av Ausserhofer m.fl. (2014) har sjuksköterskor som ansvarar för färre patienter bättre möjligheter att utföra den omvårdnad som förväntas av dem. När överbeläggingsstoppet infördes blev antalet patienter på avdelningen lägre vilket gav mer tid för varje enskild patient. Studier beskriver hur arbetsbelastningen påverkar i vilken grad sjuksköterskorna har möjlighet att ta hänsyn till patientens fysiska och emotionella behov (van Bogaert m.fl., 2017; Ausserhofer m.fl., 2014). Den aktuella studiens resultat bekräftar detta genom att sjuksköterskorna nu hinner träffa sina patienter i en större utsträckning och att de nu kan vara med och stötta patienter som fått svåra besked.

Sjuksköterskorna har även mer tid till omvårdnad efter överbelägningsstoppet vilket kan förklaras av Kilcoyne och Dowling (2007) som menar på att förekomsten av överbeläggningar bidrar till mindre tid för omvårdnad eftersom stor del av tiden handlar om att patienterna ska komma vidare till en annan avdelning eller bli utskrivna så snart som möjligt. Sjuksköterskorna förklarar därför att både omvårdnad hinns med i en större utsträckning, men även att det finns mer tid att handlägga befintliga patienter efter att överbelägningsstoppet infördes.

Att sjuksköterskorna hinner tillbringa mer tid med varje patient gör också att de har bättre förutsättningar för att kunna uppdateras om patientens hälsostatus, vilket är en förutsättning för att hinna identifiera risker hos patienten och att arbeta preventivt. Kilcoyne och Dowling (2007) understryker även här att en hög arbetsbelastning påverkar i vilken utsträckning som sjuksköterskorna hinner uppmärksamma dessa förändringar. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas på ett sätt så att kraven på en god vård uppfylls vilket innebär att vården ska vara av god kvalitet, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Dessa kriterier är därför något som studiens resultat visar på har förbättrats efter att överbelägningsstoppet infördes.

En säkrare vård

I studierna av van Den Oetelaar m.fl. (2016), van Bogaert m.fl. (2017) och SKL (2016) beskrivs ett direkt samband mellan sjuksköterskors arbetsbelastning och i vilken grad patienter erhåller en säker och god vård. Färre patienter medför att risken för smittspridning, infektioner och läkemedelsfel minskar (Lindh & Sahlqvist, 2012; Kilcoyne och Dowling, 2007; SKL, 2016). Enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) är det således vårdgivarens ansvar att arbeta systematiskt för att skydda patienten från vårdskada, men också att adekvata åtgärder vidtas då det behövs (Lindh & Sahlqvist, 2012). Att överbelägningsstoppet lett till färre patienter per sjuksköterska innebär därför bättre förutsättningar till att arbeta systematiskt ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

Studiens resultat beskriver att patienternas integritet och sekretess kan upprätthållas bättre efter införandet av överbelägningsstoppet men att vård på flersal fortfarande inte är optimalt. Kilcoyne och Dowling (2007) menar att begränsade möjligheter för avskärmning gör att sjuksköterskor upplever en frustration när de inte kan värna om patienternas integritet och sekretess. Detta bekräftas av den aktuella studiens resultat där sjuksköterskorna menar att det fortfarande är jobbigt att ställa de mest privata frågorna till patienter på flersal eftersom möjligheten till integritet är begränsad. Detta trots att hälso- och sjukvårdspersonalen enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska se till att vården bedrivs på ett sätt som värnar om patientens integritet (SFS 2017:30).

Patientsäkerheten har förbättrats efter införandet av överbelägningsstoppet och lett till bland annat en förbättrad framkomlighet i korridoren, vilket enligt sjuksköterskorna är av stor betydelse för patienternas säkerhet. Studien av Kilcoyne och Dowling (2007) menar att en ökad framkomlighet är av stor vikt för patienternas säkerhet exempelvis i de fall då patienter behöver flyttas snabbt vid akuta situationer. Samma studie visar även att en förbättrad framkomlighet ökar möjligheterna att ge omvårdnad och använda medicinsk utrustning. I studiens resultat framkommer en stor lättnad hos sjuksköterskorna att den medicinska utrustningen nu går att använda så som den är tänkt eftersom syrgas- och luftuttag finns tillgängliga på sal. Att

medicinsk utrustning kan hanteras på ett korrekt sätt är en förutsättning för en säker vård (Lindh & Sahlqvist, 2012).

Stämningen är en annan

En studie visar på att sjuksköterskor som jobbar på sjukhus med hög arbetsbelastning och sämre arbetsmiljö i större utsträckning riskerar att bli utmattade (Mchugh & Ma, 2014). Arbetsituationen innan överbeläggingsstoppet innebar en hög arbetsbelastning som bidrog till stress och känsla av maktlöshet vilket enligt Mchugh och Ma (2014) leder till sämre trivsel på arbetsplatsen och kan vara en av anledningarna till att sjuksköterskor slutar inom yrket (SCB, 2017). Vidare beskriver Mchugh och Ma (2014) att en hanterbar arbetsbelastning bidrar till ökad arbetsglädje, vilket också stärks i resultatet där det tydligt framkommer att både stämningen och samverkan har förbättrats i personalgruppen och att ilska och irritation inte längre uppstår i samma omfattning.

Reflektioner efter överbeläggingsstoppet

Studiens resultat visar att problemet med överbeläggningar inte löstes genom att införa ett överbeläggingsstopp på avdelningen eftersom både antalet vårdplatser på sjukhuset fortfarande är begränsat samt att det höga vårdflödet kvarstår. Införandet har istället resulterat i att patienter blivit liggande på akuten under en lång tid samt att de blivit utlokaliserade i större utsträckning efter överbeläggingsstoppet. Att patienter inte kommer vidare från akuten till en vårdavdelning innebär således en ökad risk för patientsäkerheten då varken personalen har tid eller möjlighet till den omvårdnad och överblick som patienterna är i behov av på akuten (Socialstyrelsen, 2017b).

I studiens resultat beskrivs en tydlig frustration hos sjuksköterskorna över att samverkan med kommunen fungerar dåligt eftersom medicinskt färdigbehandlade patienter inte kommer vidare, vilket innebär att de tar upp en vårdplats som hade kunnat nyttjas av någon med ett större vårdbehov. Detta trots den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård som infördes år 2018 (SFS 2017:612). För att avlasta slutenvården från inläggningar krävs därför en omorganisering av hälso- och sjukvården där mer resurser måste satsas på nära vård, såsom primärvård, men även på den kommunala omsorgen eftersom en stor del av den patientgrupp som har ett ökat vårdbehov är den äldre populationen (Rapporten/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 2018:1).

I resultatet framkommer att synen på riskbedömningar inte förbättrats efter att överbeläggingsstoppet infördes utan det råder en enighet om att det inte har med hög arbetsbelastning att göra i vilken grad de genomförs, utan att det snarare handlar om avdelningens rutiner och sjuksköterskans egen inställning. Detta bekräftas i studien av Sving, Gunningberg, Högman och Mamhidir (2012) som beskriver hur sjuksköterskornas attityder på arbetsplatsen är det som huvudsakligen påverkar hur rutinerna gällande riskbedömningar etableras. En annan studie beskriver att bristen på tid påverkar i vilken utsträckning riskbedömningar blir genomförda, trots att goda verktyg och riktlinjer finns tillgängliga (Källman & Suserud, 2009; Sving m.fl., 2012). Att inte riskbedömningar görs i den utsträckning som det borde på den aktuella avdelningen innebär enligt Lindh & Gustafson (2017) att vårdskador kan uppstå i onödan och att patientsäkerheten inte kan säkerställas.

Implikationer

Vid ett eventuellt återinförande av överbeläggningar på avdelningen krävs det tydliga riktlinjer på en organisatorisk nivå kring hur dessa ska hanteras. En bemanning som överensstämmer med antalet patienter och deras alltmer omfattande vård- och omsorgsbehov krävs också på avdelningen för att kunna säkerställa patientsäkerheten. Med hänvisning till patientsäkerheten behöver även rutiner gällande riskbedömningar etableras på avdelningen, framför allt vid överbeläggningar som innebär en högre arbetsbelastning än vid normal beläggning.

Nya sjuksköterskor behöver få mer stöd och handledning i sin yrkesroll för att säkerställa både personalens välbefinnande och patientens säkerhet, speciellt vid de avdelningar där överbeläggningar ofta förekommer. Att det införs tid för reflektion under arbetstid är också av stor vikt för hela personalgruppens välmående då svåra händelser kan bearbetas vilket då i sin tur kan minska den arbetsrelaterade stressen.

Slutligen behövs mer forskning om sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta i en arbetsmiljö med rimlig arbetsbelastning och dess effekter på arbetsmiljö, omvårdnad och patientsäkerhet.

Slutsats

Överbeläggningstoppet var en nödvändig lösning för att förbättra arbetsmiljön och patientsäkerheten på avdelningen, dock kvarstår problemet med den höga belastningen på resten av sjukhuset eftersom vårdflödet fortfarande är lika högt. Istället blir patienter i större utsträckning kvar på akuten eller utlokaliseras till andra avdelningar vilket innebär ett större hot mot patientsäkerheten. Ett överbeläggningstopp på avdelningen har därmed inte löst det huvudsakliga problemet på sjukhuset, det vill säga bristen på vårdplatser. Sjuksköterskorna är även eniga om att ett eventuellt upphörande kommer innebära att avdelningen kommer återgå till samma ohållbara arbetsförhållanden som innan.

Referenslista

- Ahrne, G., & Svensson, P. (2017). Kvalitativa metoder i samhällsvetenskapen. I G. Ahrne., & P. Svensson (Red.), *Handbok i kvalitativa metoder* (s. 8–15). Stockholm: Liber AB.
- Arbetsmiljöverket. (2012). *Kunskapsöversikt - Den goda arbetsmiljön och dess indikatorer* (2012:7 ISSN 1650-3171). Stockholm, Arbetsmiljöverket.
- Arbetsmiljöverket (2017). *Utmaningen, en film om den sjuka jobbstressen*. [Film]. Hämtad 2019-04-01 från <https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/psykisk-ohalsa-stress-hot-och-vald/utmaningen/>
- Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, A... van Achterberg, T. (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Quality & Safety*, 23(2),126–135.
- Bonnevier, L., Carlmalm, P., Elfström, S., Hansen, C., Rönnell, H. & Winsnes, M. (2015, 17 september). Vårdförbundet: Vi kräver en värdig vårdmiljö. *Svenska dagbladet* [SvD]. Hämtad 2019-03-12 från <https://www.svd.se/vardforbundet-vi-kraver-en-vardig-vardmiljo>
- Camargo Tobias, G., Queiroz Bezerra, A. L., Alves Moreira, I., de Brito Paranaguá, T. T., & de Camargo Silva, A. E. B. (2016). Knowledge of Nurses on the Culture of Patient Safety in University Hospital. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 10(3), 1071–1079. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i3a11060p1071-1079-2016>
- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., & Vaupel, J. W. (2009). Ageing populations: the challenges ahead. *The lancet*, 374(9696), 1196-1208.
- Copanitsanou, P., Fotos, N., & Brokalaki, H. (2017). Effects of work environment on patient and nurse outcomes. *British Journal of Nursing*, 26(3), 172-177. <http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.12968/bjon.2017.26.3.172>
- Danielson, E. (2012a). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori & metod - från ide till examination i omvårdnad*. (s.164–174). Studentlitteratur AB.
- Danielson, E. (2012b). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori & metod - från ide till examination i omvårdnad*. (s.330–343). Studentlitteratur AB.
- Ebrahimi, H., Hassankhani, H., Negarandeh, R., Gillespie, M., & Azizi, A. (2016). Emotional Support for New Graduated Nurses in Clinical Setting: A Qualitative Study. *Journal of Caring Sciences*, 5(1),11–21. DOI:10.15171/jcs.2016.002
- Eriksson-Zetterquist, U., & Ahrne, G. (2017). Intervjuer. I G. Ahrne., & P. Svensson (Red.), *Handbok i kvalitativa metoder* (s. 34-53). Stockholm: Liber AB.

- Folkhälsomyndigheten. (2018a). *Därför ökar psykisk ohälsa bland unga*. Hämtad 2019-04-05 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/darfor-okar-psykisk-ohalsa-bland-unga/>
- Folkhälsomyndigheten. (2018b). *Folkhälsans utveckling - årsrapport 2018*. Hämtad 2019-03-01 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/577b81a929364c6da074a391e29c134d/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2018-18001.pdf>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 471–479). Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori & metod - från idé till examination i omvårdnad*. (s.130-137). Studentlitteratur AB.
- Hesselink, G., Schoonhoven, L., Plas, M., Wollersheim, H., & Vernooij-Dassen M. (2013). Quality and safety of hospital discharge: a study on experiences and perceptions of patients, relatives and care providers. *Int J Qual Health Care*, 25(1), 66-74. doi: 10.1093/intqhc/mzs066.
- Kihlgren, A., Svensson, F., Lövbrand, C., Gifford, M., & Adolfsson, A. (2016). A Decision support system (DSS) for municipal nurses encountering health deterioration among older people. *Bmc Nursing*, 15 (63), 1-10. DOI 10.1186/s12912-016-0184-0.
- Kilcoyne, M., & Dowling, M. (2007). Working in an overcrowded accident and emergency department: nurses' narratives. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(2), 21–7. ISSN: 0813–0531.
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - Från idé till examination inom omvårdnad* (s.70–92). Lund: Studentlitteratur AB.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C., (2008). Confirmation of a healthy work environment. (Healthy Work Environments). *Critical Care Nurse*, 28(2), 56.
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & kultur.
- Källman, U., & Suserud, B. (2009). Knowledge, attitudes and practice among nursing staff concerning pressure ulcer prevention and treatment – A survey in a Swedish healthcare setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 334-341. doi:10.1111/ j.1471-6712.2008.00627.x

- Lagercrantz, M., & Iversen, A. (2014, 4 maj) Hur få vårdplatser tål svensk sjukvård? *Sveriges radio*. Hämtad 2019-03-11 från <https://sverigesradio.se/sida/avsnitt/365854?programid=1316>
- Larsen, T., Falk, H., & Bångsbo, A. (2013). Onödig slutenvård av sköra äldre. *En kunskapsöversikt (Unnecessary hospitalization of frail elderly, a systematic review)*.
- Lindh, M., & Gustafson, P. (2017). Säker vård - i dag och i morgon. I A.M. Boström, G. Nordström & B. Wilde-Larsson (Red.), *Kvalitetsarbete: för bättre och säkrare vård*. (s.23–57). Lund: Studentlitteratur AB
- Lindh, M., & Sahlqvist, L. (2012). *Säker vård: att förebygga skador och felbehandlingar inom vård och omsorg* 1. utg., Stockholm: Natur & Kultur.
- Marengoni, A., Winblad, B., Karp, A., & Fratiglioni, L. (2008). Prevalence of chronic diseases and multimorbidity among the elderly population in Sweden. *American journal of public health*, 98(7), 1198-1200.
- Mazzocato, P., Holden, J.R., Brommels, M. Arnolsson, H., Bäckman, U., Elg, A., och Thor, J. (2012). How does lean work in emergency care? A case study of a lean-inspired intervention at the Astrid Lindgren Children's hospital, Stockholm, Sweden. *BMC Health Services Research*, 12(28), 28.
- Mchugh, M.D. & Ma, C., 2014. Wage, Work Environment, and Staffing: Effects on Nurse Outcomes. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 15(3–4), 72–80.
- Olsson, H., & Sörenson, S. (2013). *Kvalitativa och kvantitativa perspektiv: Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber AB.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*. 7th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Priebe, G., & Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori & metod - från ide till examination i omvårdnad*. (s.32–50). Studentlitteratur AB.
- Robaee, N., Atashzadeh-Shoorideh, F., Ashktorab, T., Baghestani, A. & Barkhordari-Sharifabad, M. (2018). Perceived organizational support and moral distress among nurses. *BMC Nursing*, 17(1), 2.
- Robinson, R.K. & Stinson, C., (2016). Moral Distress: A Qualitative Study of Emergency Nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 35(4), 235–240.
- Rundgren, Å. (2013). Hälsorisker i de högsta åldersgrupperna. I A.Wisten., Å, Rundgren., & B. Larsson (Red.), *Akutgeriatrik* (1. uppl. ed.) (s.33–45). Lund: Studentlitteratur.
- SFS 2003:460 *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2017:612. *Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen. (2017a). *Säker vård - en indikatorbaserad uppföljning*. Hämtad 2019-04-01 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20464/2017-1-16.pdf>
- Socialstyrelsen. (2017b). *Vård och omsorg av äldre - lägesrapport 2017*. Hämtad 2019-03-11 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20469/2017-2-2.pdf>
- Socialstyrelsen. (2017c). *Överbeläggning och utlokalisering av patienter*. Hämtad 2019-02-27 från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker/riskomraden/overbelaggnings-och-utlokalisering>
- Socialstyrelsen. (2018). *Bättre sjukvård - men överbeläggningar och väntetider kvarstår*. Hämtad 2019-02-28 från <https://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2018/battresjukvardmenoverbelaggningsochvantetiderkvarstar>
- Socialstyrelsen. (2019a). *Mätningar och resultat*. Hämtad 2019-03-11 från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/matningar-och-resultat>
- Socialstyrelsen. (2019b). Socialstyrelsens termbank. Hämtad 2019-03-05 från <http://termbank.socialstyrelsen.se/#results>
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2017). Kapitel 8: Värdering och syntes av studier utförda med kvalitativ analysmetodik. I *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten: SBU:s handbok* (3. uppl. ed.) (s. 69–105). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Statistiska centralbyrån. (2017). *Sjuksköterskor utanför yrket*. Hämtad 2019-03-12 från https://www.scb.se/contentassets/a5ea39c65d9b49748834329da112581f/uf0549_2016a01_br_a40br1703.pdf
- Statistiska centralbyrån. (2018). *Människor i Sverige*. Hämtad 2019-03-11 från <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/>
- Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum (2018). *Äldres resa till, genom och ut i från sjukhus i Stockholms län* (2018:1 ISSN 1401–5129). Hämtad 2019-04-02 från https://www.aldrecentrum.se/sites/default/files/aldres_resa_till_genom_och_ut_fran_sjukhus_i_stockholms_lan_aldrecentrums_rapport_2018_1_for_webb.pdf

- Svensk Sjuksköterskeförening. (2014) *Omvårdnad och god vård*. Hämtad 2019-04-17 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.omvardnad.och.god.vard_april_2014.pdf
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2016). *Säker vård - en kärnkompetens för vårdens samtliga professioner*. Hämtad 2019-03-30 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kvalitet-publikationer/saker-var_d_2016.pdf
- Svensson, P., & Ahrne, G. (2017). Att designa ett kvalitativt forskningsprojekt. I G. Ahrne., & P. Svensson (Red.), *Handbok i kvalitativa metoder* (s. 17–31). Stockholm: Liver AB.
- Sveriges kommuner och landsting. (2016). *Ingen på sjukhus i onödan, hur kan vi tillsammans minimera överbeläggningar och utlokaliseringar för patienternas bästa*. Hämtad 2019-03-11 från <https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-421-2.pdf>
- Sveriges kommuner och landsting. (2018a). *Förstärkt vårdgaranti från 1 januari 2019*. Hämtad 2019-03-11 från <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/fe6839b8-c523-451a-b7c2-d08262806a5e/F%C3%B6rst%C3%A4rkt%20v%C3%A5rdgaranti-%20information%20fr%C3%A5n%20SKL%20nov%202018.pdf?a=false&guest=true>
- Sveriges kommuner och landsting. (2018b). *Förtroendevaldas arbetsgivaransvar, arbetsmiljö*. Hämtad 2019-04-08 från <https://skl.se/arbetsgivarekollektivavtal/fortroendevaldasarbetsgivaransvar/arbetsmiljo.5067.html>
- Sveriges kommuner och landsting. (2018c). *Myt att sjuksköterskor flyr yrket*. Hämtad 2019-03-11 från <https://skl.se/tjanster/merfranskl/bloggarfranskl/arbetsgivarbloggen/artiklar/mytattsjukskoterskorflyryrket.15789.html>
- Sveriges kommuner och landsting. (2019). *Överbeläggningar*. Hämtad 2019-02-27 från <https://www.vantetider.se/Kontaktkort/Sveriges/Overbelaggnig>
- Sving, E., Gunningberg, L., Högman, M., & Mamhidir, A.G. (2012). Registered nurses' attention to and perceptions of pressure ulcer prevention in hospital settings. *Journal of Clinical Nursing*, 21(3), 1293-1303. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.04000.x
- Teixeira Silva, A., Henriques Camelo, S. H., de Souza Terra, F., Rezende Dázio, E. M., Seron Sanches, R., & Rodrigues Rescks, Z. M. (2018). Patient safety and the nurse's performance in hospital. *Journal of nursing*. 12(6), 1532-1538. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a234593p1532-1538>

- Ulrich, B., Barden, C., Cassidy, L., & Varn-Davis, N. (2019). Critical Care Nurse Work Environments 2018: Findings and Implications. *Critical Care Nurse*. 39(2), 67-83. doi: <https://doi.org/10.4037/ccn2019605>
- Urban, A-M. (2014). Taken for granted: normalizing nurses' work in hospitals. *Nursing Inquiry*. 21(1), 69-78. DOI:10.1111/nin.12033
- van Bogaert, P., Pereman, L., van Heusden, D., Verspuy, M., Kureckova, V., van de Cruy, Z., & Franck, E. (2017). Predictors of burnout, work engagement and nurse reported job outcomes and quality of care: a mixed method study. *BMC Nursing*. 16(5), 11-14. DOI 10.1186/s12912-016-0200-4
- van den Oetelaar, W., van Stel, H., van Rhenen, W., Stellato, R., & Grolman, W. (2016). Balancing nurses' workload in hospital wards: study protocol of developing a method to manage workload. *BMJ Open*. 6(11), 1–11. DOI:10.1136/bmjopen-2016-012148
- Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 481–496). Lund: Studentlitteratur.
- Wolf, L., Perhats, C., Delao, A., Moon, M., Clark, P och Zavotsky, E, (2016). "It's a Burden You Carry": Describing Moral Distress in Emergency Nursing. *Journal of Emergency Nursing*, 42(1), 37–46.
- World Health Organization. (2019). *Patient Safety*. Hämtad 2019-04-08 från <https://www.who.int/patientsafety/en/>
- Yeh, M.C. & Yu, S. (2009). Job stress and intention to quit in newly-graduated nurses during the first three months of work in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 18(24), pp.3450–3460.
- Öresland, S. & Lützén, K. (2014). Etiska stigar och moraliska handlingar. I F. Friberg, & J. Öhlén. (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt*. (s. 420–436). Lund: Studentlitteratur.
- Östergård, S. (2013). Patientsäkerhet. I J. Leksell., & M. Lepp. (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. (s. 253–295). Liber AB.

Bilagor

Bilaga 1



UNIVERSITY OF GOTHENBURG

Intervjuguide

Kön:

Ålder:

Antal år som sjuksköterska:

Antal år på den medicinska akutvårdsavdelningen:

Grundutbildning/+specialistutbildning:

- o Kan du berätta om dina erfarenheter av överbelägningsstoppet?
- o Hur ser dina möjligheter ut att möta patienternas omvårdnadsbehov efter överbelägningsstoppet jämfört med tidigare?
- o Hur upplever du att patientsäkerheten påverkas av överbelägningsstoppet?
- o Hur påverkas den psykosociala arbetsmiljön efter överbelägningsstoppet jämfört med tidigare?
- o Hur upplever du att din arbetsrelaterade stress påverkas av överbelägningsstoppet?
- o Vi vet inte när överbelägningsstoppet tar slut, hur tror du att du kommer hantera dagen då överbelägningsstoppet upphävs?
- o Vad tror du hade varit en hållbar lösning på problemet över tid?

Bilaga 2



UNIVERSITY OF GOTHENBURG

Forskningspersonsinformation

Vi heter Ida Brycke och Rebecca Markgren och vi är sjuksköterskestudenter vid Göteborgs Universitet. Vi kommer att göra ett verksamhetsförankrat examensarbete på Din avdelning. Vår uppsats kommer att handla om sjuksköterskors erfarenheter av det överbeläggingsstoppet som införts på Din avdelning och hur det påverkar omvårdnaden, patientsäkerheten och arbetsmiljön. Vi tillfrågar Dig om Du vill delta i vår studie därför att Du är verksam sjuksköterska på avdelningen.

Bakgrund och syfte

I januari 2019 presenterade Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) att per 100 disponibla vårdplatser förekommer 6,5 överbeläggningar i Västra Götalandsregionen. Överbeläggningar innebär att patienter vårdas i korridorer eller på avdelningar inom andra specialiteter vilket utgör en ökad arbetsbelastning och risk för vårdskador, vilket ger upphov till både minskad patientsäkerhet och etisk stress bland personalen. Hälso- och sjukvårdslagen beskriver att vård ska ges med hänsyn till patientens värdighet och integritet, vilket kan vara svårt att tillgodose när patienten vårdas i korridoren.

Tidigare forskning har främst fokuserat på patienternas upplevelse av att vårdas i korridoren och mindre forskning har gjorts på hur sjuksköterskorna upplever situationen. Hösten 2018 skrev två sjuksköterskestudenter sitt examensarbete om sjuksköterskans upplevelser av att vårda patienter utan disponibel vårdplats på Er avdelning. Sedan dess har förändringar skett och avdelningen har för närvarande överbeläggingsstopp vilket behöver studeras.

Förfrågan om deltagande

Vi vänder oss till samtliga sjuksköterskor på avdelningen eftersom Du och Dina kollegor har erfarenhet av att vårda patienter både vid överbeläggning och vid överbeläggingsstopp.

Hur går studien till?

Vi kommer att samla information genom individuella intervjuer som beräknas vara i ca 30 minuter och kommer att genomföras på arbetstid i ett avskilt rum i anslutning till vårdavdelningen.

Finns det några risker?

Vi bedömer inte att det finns några risker med att delta i studien.

Finns det några fördelar?

Det finns inga direkta fördelar för Dig som person men genom att vara med i studien bidrar Du som sjuksköterska med viktig information om Dina upplevelser av överbeläggingsstopp och vilka konsekvenser det kan ha för omvårdnaden, patientsäkerheten och arbetsmiljön. Du får möjlighet att delta i en studie där sjuksköterskans röst blir hörd. Ur sjuksköterskans

perspektiv ges möjlighet att dela med sig av erfarenheter och konsekvenser som kan uppstå i det patientnära vårdarbetet vid överbeläggningar. Dessutom ges en möjlighet att få redogöra för eventuella upplevda skillnader av det aktuella överbeläggningstoppet.

Hantering av data och sekretess

Intervjuerna kommer att spelas in och transkriberas ordagrant. Efter transkribering raderas ljudfilen för att omöjliggöra identifiering av personen. Textfiler kommer att avidentifieras genom att Ditt namn ersätts med en kod. Endast de som är ansvariga för studiens genomförande har tillgång till kodnyckeln och data. Efter slutfört och godkänt examensarbete kommer all data raderas.

Det är frivilligt att delta

Det är helt frivilligt att delta i studien och Du har möjlighet att när som helst avsluta Ditt deltagande utan att uppge några skäl. Inför varje intervju kommer ett muntligt samtycke att efterfrågas. Ingen ersättning erhålls.

Hur får jag information om studiens resultat?

Examensarbetet kommer att publiceras via Göteborgs Universitets Publikationer (GUP), det kommer även bifogas i mail till avdelningens vårdenhetschefer. Vi kommer även presentera resultatet på ett av era APT eller annat valt forum som passar er.

För mer informationen, var vänlig kontakta;

Ida Brycke
Student på Göteborgs universitet
E-post: ida_brycke@hotmail.com

Rebecca Markgren
Student på Göteborgs universitet
E-post: idarebecca.markgren@gmail.com

Hanna Falk Erhag, leg. Sjuksköterska, fil.dr., Docent
Universitetslektor och Handledare
E-post: hanna.falk@gu.se

Informerat samtycke – Jag har fått veta det jag behöver för att ge ett medgivande

Jag har fått information om vad det betyder att vara med i studien ”Sjuksköterskors erfarenheter av ett överbeläggningstopp”. Jag har kunnat ställa frågor till de ansvariga för studiens genomförande och jag har fått svar på frågorna. Jag vet att deltagandet är frivilligt och jag kan när som helst avbryta studien utan att behöva uppge några skäl.

Om du vill ge ditt medgivande till att delta i studien, skriv din namnteckning på raden nedanför:

Ort och datum:

Namn:

Namnförtydligande: