GÖTEBORGS UNIVERSITET

SAHLGRENSKA AKADEMIN

INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

SJUKSKÖTERSKANS ÖVERTID OCH DESS KONSEKVENSER PÅ PATIENTSÄKERHETEN

En strukturerad litteraturöversikt

Madeleine Chen

Mathilda Liljegren

Förord

Tack till Azar Hedemalm som handlett oss genom arbetet och även ett stort tack till Göteborgs Universitet och Sahlgrenska Akademin som möjliggjort uppkomsten av denna uppsats. Vi kommer ta med dessa fynd till våra framtida arbetsplatser och sprida en medvetenhet hos kollegor för att öka patientsäkerheten. Vi vill även passa på att tacka varandra för ett bra samarbete under uppsatsen.

Titel (svensk)	Sjuksköterskans övertid och dess konsekvenser på patientsäkerheten: En strukturerad litteraturöversikt
Titel (engelsk)	The consequences of overtime on patient safety among shift-working nurses
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet Göteborgs Universitetssjukhus OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2022
Författare	Madeleine Chen & Mathilda Liljegren
Handledare:	Azar Hedemalm
Examinator:	Hanna Gyllensten

Sammanfattning:

Bakgrund: Sjuksköterskans ansvar är att arbeta patientsäkerhet vilket innebär att arbeta proaktivt mot vårdskador. För att kunna arbeta patientsäkert bör det finnas förutsättningar för detta på arbetsplatsen. Vårdpersonal har en arbetstid på 40 timmar per vecka som standard och all arbetad tid över detta avses som övertid. *Syfte*: Syftet med denna studie är att undersöka förekomsten och konsekvenserna av sjuksköterskors övertidsarbete på patientsäkerheten på sjukhus. *Metod*: Litteratursökning med induktiv ansats där elva artiklar har valts. Data analyserades med innehållsanalys. *Resultat*: Ur analysen framträder tre teman, som visar att övertid är ett vanligt förekommande inslag i sjuksköterskors vardag och det förekommer en större risk för vårdskador vid övertid. Övertid tillsammans med en hög arbetsbelastning och andra faktorer anses påverka sjuksköterskans förmåga att arbeta patientsäkert på ett negativt sätt. Tre teman hittades ur samtliga artiklar: förekomst och omfattning av övertid, vårdskador relaterat till övertid och andra faktorers inverkan på patientsäkerheten. *Slutsatser*: Övertid tillsammans med en hög arbetsbelastning påverkar sjuksköterskans förmåga att kunna arbeta patientsäkert negativt.

Nyckelord: Övertid, skiftarbetande sjuksköterskor, patientsäkerhet

Innehållsförteckning

Inledning **1**

Bakgrund **1**

PATIENTSÄKERHET 1

ARBETSPASS OCH ÖVERTID 2

SÄKER VÅRD 3

SJUKSKÖTERSKANS ANSVAR 3

PROBLEMFORMULERING **5**

SYFTE **5**

Metod **5**

DESIGN 5

DATAINSAMLING 6

URVAL 6

DATAANALYS 7

Resultat **8**

FÖREKOMST OCH OMFATTNING AV ÖVERTID 8

VÅRDSKADOR RELATERAT TILL ÖVERTID 9

ANDRA FAKTORERS INVERKAN PÅ PATIENTSÄKERHETEN 10

Diskussion **12**

METODDISKUSSION 12

RESULTATDISKUSSION 14

Kliniska implikationer 16

Implikationer för fortsatt forskning 16

Slutsats 16

Referenslista **18**

Bilagor:

Bilaga 1 & 2: Litteratursökning PubMed och CINAHL

Bilaga 3: Artikelsammanfattning och kvalitetsgranskning av elva artiklar

Inledning

Säker vård är en av sjuksköterskans kärnkompetenser och en viktig pelare i patientsäkerheten. Sjukvården har stor personalbrist vilket har lett till att befintlig personal tvingas jobba övertid, det vill säga mer än 40 timmar per vecka, för att kunna möta vårdbehovet.

Enligt tidigare forskning från olika delar i världen framkommer det att det finns ett samband mellan sämre kvalitet av vård, sänkt patientsäkerhet och arbetad övertid. Det som saknas i sammanhanget är en hållbar lösning. Med denna uppsats önskas det väcka en medvetenhet kring konsekvenserna övertid kan få på patientsäkerheten.

Bakgrund

PATIENTSÄKERHET

Patientsäkerhet enligt patientsäkerhetslagen (SFS: 2010:659) definieras som "skydd mot vårdskada" och detta begrepp kommer att agera som det teoretiska ramverket i uppsatsen. Vid åtgärder inom vården ska patienten inte komma till skada, och dessutom ska patienten inte skadas på grund av utebliven vårdinsats som krävs för att tillgodose patientens behov. Definitionen av vårdskada är fysisk och psykisk sjukdom eller skada och även dödsfall som inträffat på grund av- eller brist på åtgärder från vården enligt patientsäkerhetslagen kap 1, 5§.

Patientsäkerhet kan också ökas med hjälp av avvikelsehantering, det vill säga att det finns rutiner för att försäkra sig om att rapportering och dokumentation sker vid vårdskador eller händelser som hade kunnat orsaka en vårdskada (Lindh & Sahlqvist, 2012).

Patientsäkerhetsarbete leds av sjuksköterskan och syftar till att undvika risker, tillbud och negativa händelser genom att analysera, fastställa och undanröja moment som kan orsaka en vårdskada (Källberg & Öhrn, 2019). Övertidsarbete som medför trötthet, utbrändhet och stress kan potentiellt försvåra ett förebyggande och tidskrävande arbetssätt (Garrett, 2008). Patientsäkerhet kräver således att sjuksköterskan är uppmärksam på risker.

Enligt Gustafsson & Wiklund Gustin (2019) drabbas vårdpersonal särskilt hårt av stress på grund av hög arbetsbelastning, höga krav och lite kontroll över arbetet. Trötthet är något som

sjuksköterskor kan uppleva när det finns brist på resurser och när kravet är mycket större än tillgängliga resurser.

ARBETSPASS OCH ÖVERTID

I den svenska hälso-och sjukvården organiseras sjuksköterskornas arbetstid i tre olika skift; dag, kväll och natt för att kunna bemanna dygnets alla timmar. Enligt arbetstidslagen SFS (1982:673) anses ordinarie arbetstid vara 40 timmar per vecka, vilket motsvarar en anställning på 100%. Lagen förtydligar att övertid definieras som allt som överstiger 40 timmar per vecka.

I en undersökning av Bae (2012) som gjordes i två stater i USA upptäcktes det att underbemanning var det underliggande problemet som ledde till att majoriteten av sjuksköterskorna (60%) arbetade övertid. Denna övertid påverkar omvårdnaden negativt i form av sämre vårdkvalitet och därmed lägre patientsäkerhet.

Under ett arbetspass behöver det finnas förutsättningar för att kunna ge en säker vård. Garrett (2008) föreslår att vid tillfällen där en sjuksköterska gjort något som utmynnat i ett negativt resultat på grund av underbemanning eller liknande organisations-relaterade frågor bör inte skulden läggas på den enskilde sjuksköterskan. Istället rekommenderar Garret (2008) att man ser över problemet på en organisationsnivå. Socialstyrelsen (2021) presenterar liknande problem och tillvägagångssätt i deras “Nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024”. Detta stöds även av Kohn, Corrigan & Donaldsson (2000) i rapporten “To Err is Human: Building a Safer Health System”; att problemet inte ligger hos dåliga individer i sjukvården, utan att bra individer arbetar i dåliga system som behöver bli säkrare.

Resultatet från studien av Törner (2019) visar att en rimlig arbetsbelastning, hög tillit till chefer och arbetskamrater samt att psykosociala arbetsresurser finns lätt tillgängliga har positiv påverkan på förbättring av patientsäkerheten. Psykosociala arbetsresurser definieras enligt författaren som möjlighet att påverka sitt arbete, vilka förväntningar man har på sig, tillgång till återkoppling på sitt arbetes kvalitet, möjlighet att utöka sin kompetens och att tillgång till stöd från chefer såväl som arbetskollegor finns.

SÄKER VÅRD

Källberg och Öhrn (2019) beskriver att en allvarlig vårdskada är bestående och grav, eller som har lett till att patienten fått ett mycket utökat vårdbehov eller avlidit. I Sverige drabbas ca. 110 000 personer av vårdskador på sjukhus varje år, dessa av varierande allvarlighetsgrad. Per år drabbas ca. 1400 patienter av en vårdskada som bidrar till patientens död (Socialstyrelsen, 2019).

Säker vård är en av sex kärnkompetenser för en legitimerad sjuksköterska. Kärnkompetenserna är formade av Svensk Sjuksköterskeförening. Säker vård innebär att sjuksköterskan förhåller sig till regler och lagar för att förebygga vårdskada och arbetar för att bevara patientens rättigheter och integritet. Inom säker vård finns olika områden; riskbedömningar, förebyggande arbete och rapportering av vårdskador, identifiering av områden för förbättring och utvärdering av dessa, patientdata och överföring av information och slutligen läkemedelshantering (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Lindh och Sahlqvist (2012) ger ytterligare en beskrivning av säker vård – att sjuksköterskan genomför åtgärder som ska bota och lindra patientens symtom och inte vålla till skada som hade kunnat undvikas. Säker vård ska också kunna ges dygnet runt och ej påverkas vid personalbyte. Den säkra vården präglas således av riskmedvetenhet och förebyggande arbete.

Socialstyrelsen (2020) belyser att säker vård handlar ytterst om att skapa god vårdkvalitet. Det kännetecknas av att den har en hög hygienisk standard, möter patientens behov av säkerhet, trygghet och kontinuitet. Det bör finnas respekt för patientens integritet och självbestämmanderätt samt att en god vårdrelation upprättas mellan patient och vårdpersonalen. En god vård anses även vara lätt tillgänglig.

SJUKSKÖTERSKANS ANSVAR

Som tidigare nämnt är det vanligt förekommande att vårdpersonal arbetar övertid. Ansvaret som en sjuksköterskelegitimation medför ska tillämpas på varje patient vilket påverkar arbetsbelastningen. Kompetensbeskrivningen är omfattande men kräver samtidigt att

sjuksköterskan utför arbetet patientsäkert. Nedan kommer sjuksköterskans ansvarsområden relevanta till syftet att beskrivas.

Sjuksköterskan ansvarar för att leda och samordna åtgärder i det patientnära arbetet i omvårdnadsprocessen. Sjuksköterskan kan delegera uppgifter utifrån reglerande föreskrifter och ska följa upp omvårdnadsarbetet så att det utförs patientsäkert. I ansvaret ingår även att utveckla kompetens hos involverade medarbetare i vårdteamet för att kunna ge god och säker vård (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017).

Personcentrerad vård innefattar att se personen som en unik individ med unika behov, resurser, förväntningar och preferenser. I ett personcentrerat patientmöte ska personens värdighet och integritet bevaras. Vårdmötet ska forma ett partnerskap som domineras av att det finns en ömsesidig respekt och öppenhet för sjuksköterskans och patientens kunskap när en vårdplan upprättas. Ett partnerskap är en vårdrelation mellan vårdgivare och vårdtagare (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017).

Evidensbaserad vård är en förutsättning för att ge säker vård till patienter. Sjuksköterskan ansvarar för att använda de metoder som med forskning och vetenskaplig grund eller beprövad erfarenhet visats vara de aktuellt bästa alternativen. Denna vård skall även anpassas till varje patients behov och kontext samt preferens (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017).

Inom förbättringskunskap och kvalitetsutveckling ska sjuksköterskan kunna reflektera kritiskt kring- och utveckla en säker vårdmiljö för varje patient (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017). Sjuksköterskor ska även ifrågasätta gällande rutiner och diskutera om nyare kunskap och arbete bör övervägas. Detta kräver en viss förståelse för vårdorganisationer och systemen som styr implementering av nya arbetssätt samt att följa upp hur vårdkvaliteten förändras över en tidsperiod. Patienters och närståendes synpunkter ska tas i åtanke vid utvärdering av uppdaterade arbetssätt för att uppnå högre vårdkvalitet. Utöver de kompetenser som beskrivits ingår även omvårdnadsprocessen, pedagogik, informatik och samverkan i team till sjuksköterskans kompetensbeskrivning.

PROBLEMFORMULERING

Övertid på sjukhus är vanligt förekommande för alla professioner, däribland sjuksköterskor. Att uppleva trötthet i samband med långa arbetspass är något som alla kan uppleva, att glömma bort saker eller göra små misstag kan vara direkt kopplat till trötthet. Inom vården bidrar dessa misstag till en direkt inverkan på patientens vård. Vården som krävs av en legitimerad sjuksköterska behöver implementeras på alla patienter. Sjuksköterskans ansvarsområden och kärnkompetenser tillsammans med övertid kan ha negativ påverkan på vården som ges och därav också på patientsäkerheten. Detta kan påverka möjligheterna att arbeta proaktivt och patientsäkert. Med denna studie vill vi ytterligare belysa konsekvenserna som övertid kan ha på patientsäkerheten.

SYFTE

Syftet med denna studie är att undersöka förekomsten och konsekvenserna av sjuksköterskors övertidsarbete på patientsäkerheten på sjukhus.

Metod

DESIGN

Metoden som har använts är en strukturerad litteraturöversikt. Denna metod valdes för att få en överblick på befintlig forskning inom valt problemområde. Uppsatsen har följt förklaringen av metoden enligt Rosén (2017). Metodens första del består av precisa frågor om aktuella och relevanta problem. Nästa del är litteratursökningen där val av artiklar sker som sedan ska kvalitetsgranskas. Sedan sker extraktion och analys av data från samtliga artiklar för att skapa en översikt som syftar till att besvara frågan. Slutligen sammanställs all resultat och en slutsats kan dras från samtliga artiklar.

DATAINSAMLING

Vid litteratursökningen användes databaserna Pubmed och Cinahl, dessa valdes utifrån deras relevans till artiklar inom omvårdnad (Karlsson, 2017). Vid problemformuleringen användes modellen PIO för att få en struktur på viktiga delar (SBU, 2014). För "P" som står för "population" valdes skiftarbetande sjuksköterskor på sjukhusavdelningar. Arbetad övertid blev uppsatsens "intervention" och slutligen patientsäkerhet som "outcome", avvikelser från patientsäkert arbetssätt. Denna modell är en förkortad version på "PICO" men eftersom en jämförelse ("comparison") inte var tillämpbart, förkortades modellen till PIO. Sökord från vald PIO översattes från svenska till engelska och matades in med de booleska operatorerna "AND" och "OR" som användes för att öka sensitiviteten i sökningen (Karlsson, 2017).

Inför sökningen skapades inklusionskriterier och exklusionskriterier för att få en specifik sökning relaterat till syftet (Billhult, 2017). Inklusionskriterier var engelskspråkiga både kvalitativa och kvantitativa artiklar, publikationsdatum från 1998-2022 och originalartiklar som var peer-reviewed (Bilaga 1&2). Att artikeln är peer-reviewed talar för att den har god kvalitet (Karlsson, 2012) och bedöms vara vetenskaplig (Henricson, 2017). Ytterligare behövde samtliga artiklar innehålla valda sökord.

Exklusionskriterier som användes var att alla artiklar som inte utspelades på sjukhus ej togs med, även övriga yrkesroller uteslöts.

URVAL

Litteratursökningen gjordes med förbestämda inklusions- och exklusionskriterier i syfte att få fram relevanta artiklar. Dessutom bedömdes artiklarnas titlar och abstracts för att inledningsvis sortera bort icke relevant forskning som inte besvarade nuvarande studiens syfte och frågeställning. Vid litteratursökningen valdes totalt elva artiklar, varav en är kvalitativ och resterande är kvantitativa artiklar.

KVALITETSGRANSKNING

Kvalitetsgranskning utfördes på alla valda artiklar (bilaga 3), med en modifierad kvalitetsgranskningsmall, (Willman, Stoltz & Bahtsevani 2006; Forsberg & Wengström, 2006). Bestämmandet av kvalitet var att varje fråga som bekräftades fick ett poäng och alla artiklar med poäng under 60% ansågs som låg kvalitet, 70% som medel och 80% som hög kvalitet.

Kvalitetsgranskningen mäter bland annat artiklarnas validitet och reliabilitet. God validitet definieras enligt Henricson (2017) som att studien mäter det som har avsetts att mäta. Reliabilitet innebär mätinstrumentets tillförlitlighet och om metoden går att reproducera med samma resultat (Mårtensson & Fridlund, 2017).

ETISKA ASPEKTER

Utöver kvalitetsgranskningen kontrollerades etiskt godkännande i samtliga artiklar, det återfanns i majoriteten. Respekt för personen är en princip som tas tillvara på genom att deltagarna medverkar frivilligt och får information kring forskningen. Informerat samtycke grundar sig i att vilja bibehålla deltagarens frihet och självbestämmande (Kjellström, 2017). Sju av elva valda artiklar har redovisat ett informerat samtycke, antingen på individ- eller organisationsnivå. Samtliga artiklar har valt att låta deltagarna förbli anonyma, vilket enligt göra-gott principen skyddar deltagarnas konfidentialitet och minskar risken för att de ska skadas (Kjellström, 2017).

DATAANALYS

Litteratursökningen genererade artiklar som var relevanta för syftet och resultat analyserades induktivt genom en innehållsanalys. Med induktivt menas att analysen inte utgår från en bestämd hypotes (Priebe & Landström, 2017). Innehållsanalysen enligt Danielson (2017) följer en struktur med olika steg. Första steget är att identifiera “meningsbärande enheter” som innebär att några antal ord eller meningar visar på gemensamt budskap som svar till syftet. I uppsatsen gjordes detta enskilt av båda författarna genom att understryka relevant information och skriva vad det innehöll i marginalen för samtliga artiklar. Meningsbärande enheter som ansågs betydelsefulla för syftet valdes tillsammans ut. Exempel på meningsbärande enheter var: uteblivna vårdmoment, övertid i form av utebliven rast, stanna kvar efter schemalagd tid, dubbla pass, kronisk och akut trötthet, medicinska fel, patientfall och trycksår, sämre koncentration och nedsatt reaktionsförmåga m.m.. Från detta kondenserades meningsbärande enheter till “koder”, alltså en etikett som består av ett eller flera sammanhängande ord. Ovanstående meningsbärande enheter kondenserades till koderna “patient:nurse ratio”, övertid, trötthet, arbetsbelastning, kommunikationsbrist, underbemanning, och vårdskador. Liknande koder som tolkades som likadana grupperades tillsammans till “kategorier”, totalt fem kategorier skapades; vårdskador och övertid, övertid, underbemanning, trötthet och

arbetsbelastning och patient-nurse ratio. Av dessa kategorier bildades tre teman: övertid, vårdskador relaterat till övertid och andra faktorer som påverkar patientsäkerheten. Under analys-processens gång användes adekvat data i form av siffror utifrån de teman som var relevant till studiens syfte.

Resultat

Syftet med denna uppsats har varit att undersöka konsekvenserna som övertid kan ha på patientsäkerheten. Sammanfattningsvis framträder tre teman ur resultatet (Figur 1), som visar att övertid är ett vanligt förekommande inslag i sjuksköterskors vardag och det förekommer en större risk för vårdskador vid övertid. Vårdskador som identifierats i artiklarna är bland annat trycksår, fallskador, komplikationer till följd av läkemedelsfel, missad- eller felaktig vård. Övertid tillsammans med ytterligare faktorer, bland annat hög arbetsbelastning, anses påverka sjuksköterskans förmåga att arbeta patientsäkert på ett negativt sätt.

Förekomst och omfattning av övertid	Vårdskador relaterat till övertid	Andra faktorers inverkan på patientsäkerheten

Figur 1.

FÖREKOMST OCH OMFATTNING AV ÖVERTID

Forskningen i denna studie visar att övertid är vanligt förekommande och ofta visat ha en negativ inverkan på både patienter och sjuksköterskor (Griffiths, 2014; Lobo, Ploeg, Fisher, Peachey & Akhtar-Danesh, 2017; Liu, Lee, Chia, Chi & Yin, 2012; Son, Lee & Ko, 2019; Sagherian, Clinton, Abu-Saad Huijer & Geiger-Brown, 2016; Olds & Clarke, 2010; Cho, Lee, Kim, Kim, Lee, Park & Sung, 2016; Kunaviktikul m.fl., 2015; Scott, Rogers, Hwang & Zhang, 2006; Kullberg, Bergenmar & Sharp, 2016; Jarrar, Minai, Al-Bsheish, Meri & Jaber, 2018).

Enligt Kunaviktikul m.fl. (2015) arbetade majoriteten av sjuksköterskorna (79%) i genomsnitt 59 timmar vilket är 19 timmar övertid varje vecka jämfört med normal arbetstid på 40 timmar per vecka det vill säga åtta timmar per arbetspass. Det var även vanligt förekommande med dubbelpass på 16 timmar. För 77% av sjuksköterskorna var övertiden schemalagd.

I Cho m.fl. (2016) studie anges en övertid på snitt 1,3 timmar på senaste passet, vilket innefattade majoriteten av deltagarnas senaste arbetspass (76%). Nästan hälften av sjuksköterskorna (44%) enligt Scott m.fl. (2006) hade 12 timmarspass schemalagt och av dessa jobbade mer än hälften (67%) över 12 timmar per arbetspass. Genomsnittet på arbetad övertid var 49 minuter och 61% av sjuksköterskorna jobbade övertid minst 10 gånger på ca en månad (28 dagar). Sagherian m.fl. (2016) visade att många jobbar övertid: 20% arbetade ca 10 timmar övertid, 23% hade arbetat 11-20 timmar övertid och hela 23% arbetade 41 timmar övertid senaste månaden. Ungefär hälften (49%) av deltagarna hade blivit inkallade på sin lediga dag och arbetat 1-3 dagar utöver vad som var schemalagt.

Övertid kan vara frivillig eller obligatorisk (Olds m.fl., 2010), betald eller obetald enligt Liu m.fl. (2012). 60% av arbetspassen var övertid och endast 9% av dessa blev erbjudna kompensation medan 91% arbetade obetald övertid. Lobo m.fl. (2017) fann att anledningen till att sjuksköterskor arbetar frivillig övertid är av ekonomiska orsaker eftersom dem kunde få upp till 250% av sin lön om de jobbade extra på helger. Sjuksköterskorna arbetade hellre övertid i form av hela arbetspass än att skippa rast eller att behöva förlänga sitt pass. Då arbetspassen som översteg 10 timmar hade en indirekt negativ påverkan på vårdkvalitén i jämförelse med arbetspassen på 7 timmar (Jarrar m.fl., 2018) så uppmanas sjuksköterskorna att använda sunt förnuft vid frivillig övertid då detta kan påverka patientsäkerheten (Lobo m.fl., 2017).

VÅRDSKADOR RELATERAT TILL ÖVERTID

Utöver förekomst av övertid har ökad risk för vårdskada vid arbetad övertid redovisats i samtliga artiklar (Griffiths m.fl., 2014; Lobo m.fl., 2017; Liu m.fl., 2012; Son m.fl., 2019; Sagherian m.fl., 2016; Olds m.fl., 2010; Cho m.fl., 2016; Kunaviktikul m.fl., 2015; Scott m.fl., 2006; Kullberg m.fl., 2016; Jarrar m.fl., 2018). Cho m.fl. (2016) fann att patientsäkerheten minskade med 88%, att det var 45% högre risk att ge sämre vårdkvalitet samt 86% mer sannolikt att vårdmoment missades vid arbetad övertid. I Griffiths m.fl. (2014) studie uppgav 25% att det var dålig kvalitet av vård och 7% att det var fallerande patientsäkerhet. I snitt lämnades tre uppgifter ogjorda per pass, med endast 12% som uppgav hinna med alla sina arbetsuppgifter (Griffiths m.fl., 2014). Deltagarna i artikeln av Lobo m.fl. (2017) uppger sig vara överväldigade av deras lista av saker att göra då denna var längre än tiden de hade att

utföra den på. Detta hade en signifikant påverkan på möjligheten att kunna ge en vård som var att göra mer än endast det mest nödvändiga (Lobo m.fl., 2017). Man såg tydligt att längre skift och arbetsveckor som överstiger 40 timmar per vecka (Son m.fl. 2019) påverkade vårdkvaliteten, patientsäkerheten och utebliven vård negativt (Griffiths m.fl., 2014). Enligt Kullberg m.fl. (2016) upptäcktes det att 50% av urvalet upplevde att patientsäkerheten påverkas negativt av arbetsvillkoren. Påverkan av dessa kunde vara föranlett av att arbetad övertid leder till trötthet som påverkar reaktionstid, proaktivitet och ökar risken för att göra fel i vårdmoment (Lobo m.fl., 2017).

Utöver övertid i form av extra pass så var även längre skift en stor indikator till sänkt patientsäkerhet och flera missade vårdmoment. Det fanns en stor skillnad på dessa komponenter mellan passen som varade mindre än 8 timmar och mer än 12 timmar (Griffiths m.fl., 2014). Vid arbetspass som sträckte sig över 16 timmar eller vid två extra arbetade pass i veckan visade större tendenser till att strunta i kommunikation, göra fel vid identitetskontroll och patienters klagomål ökade mer (Kunaviktukul m.fl., 2015).

Uppkomst av trycksår var mer förekommande vid övertid (Kunaviktukul m.fl., 2015), det var även sammanhängande med läkemedelsfel och stickskador (Olds m.fl., 2010). Rapporter på vårdskador visade på att 15% var felmedicinering, 20% var fallskador, och 35% var vårdrelaterade infektioner (Olds m.fl., 2010). Enligt Liu m.fl. (2012) visar statistik på att vårdskador som fallskador, misslyckad hjärt- och lungräddning, medicineringsfel samt oplanerad extubation var lågt förekommande. Däremot har det dokumenterats betydligt fler urinvägsinfektioner, trycksår, lunginflammationer och urinretentioner. Enligt Cho m.fl. (2016) rapporterade majoriteten att vårdkvaliteten var dålig och att man under sitt senaste skift hade missat att utföra flera vårdmoment på grund av tidsbrist. De vanligaste momenten som missades var kommunikation, utveckling av vårdplaner, koordinering av vården och dokumentation då dessa nedprioriterades över andra “viktigare” moment.

ANDRA FAKTORERS INVERKAN PÅ PATIENTSÄKERHETEN

Övertid kan ha många konsekvenser, varav trötthet är högt förekommande. I studien av Lobo m.fl. (2017) intervjuas sjuksköterskor som berättar om fysiska konsekvenser för kroppen som kronisk värk, men även utmattning på grund av brist på rast och vila emellan skift samt extra pass utöver schemalagd tid. Hög arbetsbelastning gjorde även att sjuksköterskorna ej fick tid

att äta ordentliga måltider vilket resulterade i mer trötthet, skakighet, magproblem och migrän. Minskat matintag på grund av arbetet i samband med sömnbrist innebar att flera sjuksköterskor beskrev en benägenhet att bli sjuka. Detta bidrog till ett icke hållbart kretslopp där personalen som täcker för sjukanmälningarna behöver arbeta hårdare och längre för att hinna med sina arbetsuppgifter.

Scott m.fl. (2006) visar i studien att sjuksköterskor som arbetar mer än 12,5 timmar i sträck hade svårare att hålla sig vakna på passet än sjuksköterskor som arbetar färre timmar per pass. Risken att somna på arbetspasset dubblades när passet översteg 8 timmar. 224 misstag och 350 nära misstag rapporterades från urvalet under studieperioden på 28 dagar, dessa siffror är sammanhängande med minskad vaksamhet.

Kunaviktikul m.fl. (2015) visade att 54% av sjuksköterskorna sov för lite och 51% hade tufft att balansera arbetsliv och vardag. Det uppmärksammades att det finns ett samband mellan övertid, utmattning och att opersonlig-göra (eng. depersonalize) patienten inom sitt arbete. Sambandet påvisas genom förekomst av kommunikationsfel, identifikationsfel, klagomål från patienter, trycksår och medicineringsfel.

Sagherian m.fl. (2016) undersökte förekomsten av trötthet och dess karaktär bland sjuksköterskor. Resultatet visar att majoriteten arbetar övertid och att akut trötthet är vanligare än kronisk trötthet. Tröttheten orsakade också sämre koncentrationsförmåga och minskad förmåga att vara alert. Förmågan att kommunicera med kollegor, patienter och närstående påverkas negativt vid högre kronisk trötthet.

Det har påvisats ett tydligt samband mellan ett ökat antal patienter per sjuksköterska och vårdskador som har en negativ inverkan på patientsäkerheten (Griffiths m.fl., 2014; Liu m.fl., 2012; Cho m.fl., 2016). Vid varje ökad patient per sjuksköterska, oberoende av antal, ökade risken för osäker vård med 2%. Risken för vårdmoment som uteblir ökade med 3% för varje ökat antal patient per sjuksköterska (Cho m.fl., 2016). Studien har också beräknat att antal patienter per sjuksköterska snittade på 12,3 det senaste passet för deltagarna. Med fler antal patienter blir det därför högre arbetsbelastning och svårare att arbeta patientsäkert för alla patienter. Liu m.fl. (2012) nämner att snittet antal patienter per sjuksköterska var 10,35. Ju högre antal patienter per sjuksköterska desto fler rapporterade vårdskador som fall, trycksår, pneumoni, oplanerad extubering och urinvägsinfektioner. Forskarna rekommenderar därför att

antalet patienter per sjuksköterska inte bör vara mer än sju (Liu m.fl., 2012).

Diskussion

METODDISKUSSION

Inför uppsatsen fanns en begränsad erfarenhet av litteratursökning och detta kan påverka urvalet i sökningen. Vid förekomst av mer erfarenhet hade det kunnat resultera i fler relevanta artiklar då denna uppsats bara innehåller elva artiklar varav endast en kvalitativ. Det hade inte kunnat uteslutas att fler kvalitativa artiklar hade hittats om ytterligare sökningar gjorts. I början var tanken att begreppet "säker vård" skulle agera som det teoretiska ramverket. Vid första sökningen användes både "safe care" och "patient safety". Det uppmärksammades att "safe care" inte grundade sig på definitionen säker vård som kärnkompetensen beskriver och är dessutom inte ett känt begrepp i resterande delar av världen och därav valdes artiklar med "patient safety" och patientsäkerhet blev det teoretiska ramverket.

Sökorden som användes utifrån PIO gav genast ett relevant urval och därav gjordes inte fler sökningar med synonymer, andra begränsnings- eller breddande ord som AND eller OR. Formuleringen av syftet var väldigt klart och specifikt innan sökningen och behövde inte ändras beroende av sökresultaten vilket är en styrka enligt Henricson (2017). Vi har även haft ett öppet sinne inför eventuella förändringar av vårt syfte då vi stod mellan valet patientsäkerhet eller säker vård som vårt teoretiska ramverk. Inför litteratursökningen identifierades sökord som var väldigt specifika. Detta resulterade i att relevanta artiklar som besvarade syftet söktes fram (Karlsson, 2017).

Inklusions- och exklusionskriterier som användes bidrog till högre specificitet vilket resulterade i relevanta artiklar i sökningen (Billhult, 2017). Vi hade en bred tidsram och detta påvisade att problemet vi undersökt inte är nytillkommet, detta stärker vårt argument att problemet bör uppmärksammas för att få en hållbar lösning inom en snar framtid. Sökningen gjordes i två databaser som specifikt inriktar sig på publikationer inom omvårdnad, vilket stärker metodens validitet eftersom artiklarnas resultat besvarade den omvårdnadsrelaterade problemformuleringen (Henricson, 2017).

Kvalitetsgranskning av artiklar skedde efter bearbetning av resultatet, detta medför en större risk att en artikel vars kvalitet var låg togs med (Mårtensson & Fridlund, 2017). Däremot har

de valda artiklarna kommit fram till liknande resultat och därav användes en artikel av låg kvalitet för att ytterligare bekräfta vårt resultat. Några av artiklarna hade stora bortfall i deras tvärsnittsstudier vilket minskar deras kvalitet, detta enligt Henricson (2017) och använd kvalitetsgranskningsmall. Kvalitetsgranskningen av samtliga artiklar gjordes av båda författarna, detta innebär en hög reliabilitet enligt Henricson (2017).

Alla kvantitativa artiklar har använt sig av designen tvärsnittsstudier vilket enligt Henricson (2017) ger hög reliabilitet för nuvarande uppsats då valda artiklar har använt sig av samma metod. Uppsatsens validitet och trovärdighet höjs av att en handledare har granskat metoden. Vi har under granskningen av alla artiklar kontinuerligt analyserat resultaten i relation till uppsatsens syfte vilket talar för hög validitet eftersom vi har kunnat beskriva det vi syftade till att beskriva (Henricson, 2017).

Innehållsanalys används främst vid kvalitativa empiriska studier, men enligt Danielson (2017) finns det olika tillvägagångssätt av innehållsanalys avsedda för olika texter. För vår metod, strukturerad litteraturöversikt, kan innehållsanalys vara en bra metod för vårt syfte att undersöka förekomst av övertid och vilka konsekvenser det har på patientsäkerheten. Det går inte att utesluta att en kvantitativ analysmetod hade genererat mer specifika resultat och fynd relaterat till syftet.

Inför uppsatsen fanns en viss förförståelse inom ämnet inför dataanalysen och detta är något som bör diskuteras enligt Henricson (2017). Pandemins påverkan på övertid är värd att nämna då denna har varit påtaglig och väl dokumenterad i medier vilket föranlett en stor förförståelse men även ett intresse för ämnet. Vi har båda tidigare arbetat inom kvinnovården där en stor brist på personal tillsammans med högt patientflöde har lett till mycket övertid för vårdpersonalen. Analysmetoden var menad att vara induktiv i syfte att undersöka befintlig litteratur och forskning om övertid och patientsäkerhet. Författarna har utifrån förutfattade meningar, tidigare erfarenhet och att ämnet är väl forskat inom haft en undermedveten hypotes. Denna förförståelse blev bekräftad av samtliga artiklar och kan ligga till grund för en felkälla i vårt resultat. Detta kan bero på förförståelsen men också att samtliga artiklars resultat var eniga. Uppsatsen hade möjligtvis kunnat ge ett mer givande resultat om man hade arbetat deduktivt, med hypotes. Däremot valdes det ett induktivt förhållningssätt för att undersöka konsekvenser som författarna inte hade räknat in som faktorer och hade kunnat missas med en hypotes.

Utöver kvalitetsgranskningen har etiskt godkännande, anonymitet eller informerat samtycke kontrollerats varav alla artiklar besitter någon av de tre. Enligt Kjellström (2017) utgör förekomsten av minst en av dessa tre som etiskt försvarbart forskning då det innebär att forskarna har tagit etiska åtgärder. Denna studies urval är därav etisk försvarbar även om etiskt godkännande av etisk kommitté inte förekom i alla valda artiklar.

Resultaten från artiklarna kommer från nio olika länder, utöver dessa har Griffith m.fl. (2014) utfört sin studie i tolv europeiska länder. Alla artiklar benämner övertid som vanligt förekommande och detta visar på att det arbetas mycket övertid i hela världen, även i Sverige. Detta talar för att problemet är globalt. Majoriteten nämner även att arbetad övertid ökar risken för vårdskada eller uteblivna vårdmoment. En av artiklarna har utförts i Sverige med liknande resultat och detta säger oss att resultatet är överförbart till Sverige. Studierna har utförts i olika länder men kontexten speglar svenska sjukhusmiljöer i och med sjukhusens karaktär som stora-, tertiära- eller akutsjukhus, detta är enligt Mårtensson & Fridlund (2017) god generaliserbarhet. Det som kan sänka förmågan att generalisera är de kulturella skillnaderna samt om det är en annorlunda arbetsmiljö.

RESULTATDISKUSSION

Huvudfynden från resultatet som kommer diskuteras är övertid och konsekvenser som övertid har på patientsäkerheten. Vårt resultat benämner även prioritering av uppgifter på grund av övertid och hög arbetsbelastning samt dess samband med patientsäkerhet.

Vårdskador är något alla artiklar benämner och det är större förekomst av detta om man inte arbetar patientsäkert. I syftet valdes patientsäkerhet som huvudbegrepp, men med ovanstående förklaring används både vårdskador och patientsäkerhet som begrepp i redovisningen av resultatet. Det finns även ett fynd i resultatet om vård som uteblir vilket har redovisats i att det finns en större risk för vårdskada och lägre patientsäkerhet, däremot påvisas ingen direkt koppling till vårdskada i artiklarna.

Resultatet visar att vårdskador är vanligt förekommande vid övertid, de vanligaste vårdskadorna är: vårdrelaterade infektioner, fallskador, pneumoni, urinvägsinfektioner, trycksår, stickskador och fel läkemedel, dos eller administrationssätt. Dessa kan även förekomma vid hög arbetsbelastning, det behöver inte vara bundet till endast övertid. Utöver övertiden så spelar faktorer som arbetsbelastning, stress och trötthet en stor roll på huruvida

patientsäkert en sjuksköterska kan arbeta. En reflektion som gjorts är att resultatet från alla artiklar och indirekt även vårt resultat kan påverkas av att sjuksköterskorna inte är medvetna om vissa fel som har gjorts eller att deltagaren skäms för sitt misstag. Samtliga studier har anonyma deltagare vilket är etiskt försvarbart och detta bör bidra till att deltagarna anmäler vårdskador utan rädsla för konsekvenserna det kan få. Det finns däremot en risk att resultaten är felaktiga på grund av att deltagarna rapporterade om sin egna arbetsinsats i enkäter. Detta kan potentiellt skapa mörkertal på rapporterade vårdskador.

Patientsäkerhet är ett lagstadgat arbetssätt och ska implementeras för varje patient. Övertid tillsammans med arbetsbelastning, som ibland kan vara väldigt hög (Lobo m.fl., 2017), påverkar patientsäkerheten negativt. För att sjuksköterskan ska kunna arbeta patientsäkert behöver det finnas grundförutsättningar för det enligt annan forskning, annars kan sjuksköterskelegitimationen dras in (Garret, 2008). Hög arbetsbelastning kan också leda till delegering av uppgifter till kollegor som inte har en helhetsbild av patienten vilket kan leda till risk för vårdskador. Cho m.fl. (2016) visade att vissa uppgifter som kommunikation, dokumentation och utveckling av vårdplaner tenderar att nedprioriteras på dagar där arbetsbelastningen är tung. Det tyder på att sjuksköterskor gör en prioritering av vad som är viktigast, akut och mest tidsbundet. Det krävs att sjuksköterskan värderar sina uppgifter ur en helhetsbild för att även nedprioriterade uppgifter är viktiga för kvaliteten och patientsäkerheten under vårdtiden. Vid nedprioritering av vissa uppgifter kan det försvåra ett förebyggande arbetssätt mot vårdskador vilket därav bidrar till att vården inte blir patientsäker. Sjuksköterskans ansvarsområden är många och kompetensbeskrivningen styrker detta med omvårdnadsprocessen. Vid nedprioritering av vissa uppgifter som anses mindre viktiga kan detta påverka hela sjuksköterskans arbete i omvårdnadsprocessen.

Enligt Lobo m.fl. (2017) är underbemanning en orsak till övertid men det förekommer även frivillig övertid. Att sjuksköterskan väljer att arbeta övertid trots att det leder till trötthet och utmattning kan vara på grund av ekonomiska skäl. Konsekvensen av övertid blir trötthet och kronisk utmattning vilket kan påverka patientsäkerheten negativt (Sagherian, m.fl., 2016). Vid underbemanning finns risken för att övertid blir mer förekommande och enligt Lobo m.fl. (2017) skapar övertid en “ond cirkel”. Det vill säga att vid övertid ökar benägenheten till att sjukanmäla sig, detta i sin tur ökar övertid och arbetsbelastning för frisk personal. Vidare kan det diskuteras huruvida en löneförhöjning hade påverkat sjuksköterskans känsla av behovet att

arbeta övertid, alltså att en högre lön hade inneburit ett mindre behov av den extra inkomsten som övertid ger. Enligt Kunaviktikul m.fl. (2015) förekom inplanerad övertid för 77% av deltagarna. Det bör vara legitimerad personals ansvar att belysa problemet till arbetsgivaren som sen arbetar för att skapa förutsättningar för en patientsäker vård och neka sjuksköterskors vilja att arbeta om övertiden påverkar patientsäkerheten negativt.

Annan forskning (Garret., 2008; Ball m.fl., 2017; Alemdar & Aktas., 2014; Bae., 2012) bevisar att det finns ett tydligt samband mellan övertid och sänkt patientsäkerhet. Enligt Ball m.fl. (2017) ges det sämre vård vid arbetspass som sträcker sig över 12 timmar, det är även ökad risk för att vårdmoment missas. Sjuksköterskor arbetar mycket övertid uppger Alemdar & Aktas (2014) och detta har resulterat i en ökad risk för misstag i patientnära arbete. Bae (2012) belyser att övertid är vanligt förekommande och att problemet behöver tas hand om från grunden, alltså bemanning och schemaläggning, därav behöver underbemanning motarbetas då detta kräver övertidsarbete. Även Garret (2008) skriver att problemet med övertiden påverkar både sjuksköterskan och patienten negativt, denna problematik behöver lösas på organisationsnivå för att sjuksköterskan ska få rätt förutsättningar att kunna arbeta patientsäkert. All tidigare forskning bekräftar därav studiens resultat; att det arbetas mycket övertid och att detta har en negativ inverkan på patientsäkerheten.

Kliniska implikationer

Resultatet tyder på att det finns negativa konsekvenser för patientsäkerheten när sjuksköterskor arbetar övertid. Sjuksköterskan bör tillämpa sina kärnkompetenser inom förbättringskunskap genom att ifrågasätta rutiner och arbetssätt samt framföra befintliga problem till ledningen. Sjukhusledningen se över bemanning och övertids planering samt sjuksköterskornas löner för att undanröja orsakerna till övertid och därmed minska riskerna för vårdskador. Förutsättningar för att sjuksköterskor ska kunna arbeta patientsäkert behöver därmed säkras. Exempelvis att man håller sig till en rekommendation på antal patienter per sjuksköterska på avdelningar och att man planerar ett välbemannat grundschema för personalen. Ledningen bör också medvetandegöra vikten av vila och de negativa effekterna av övertid bland personalen för att förebygga risk för försämrad patientsäkerhet.

Implikationer för fortsatt forskning

Utifrån artiklarnas resultat ser vi att fokus har varit på olika faktorer (övertid, arbetsbelastning, trötthet eller stress) som tillsammans med övertid påverkar patientsäkerheten. Det som ytterligare kan utforskas är att undersöka alla tidigare nämnda faktorer tillsammans i en studie för att förstå deras samspel och hur de påverkar patientsäkerheten, inte bara individuellt utan tillsammans.

Slutsats

Uppsatsen har utforskat övertid som en faktor men upptäckt att det finns flera komponenter som kan påverka patientsäkerheten och utgör därför ett komplext problem. Övertid arbetas av sjuksköterskor i hela världen. Det har en negativ konsekvens på patientsäkerheten och hög arbetsbelastning är en av flera bidragande faktorer som påverkar sjuksköterskans förmåga att arbeta patientsäkert negativt.

Referenslista

1. Alemdar, D.K., & Aktas, Y.Y. (2014). Nurses' Tendency of Malpractice in Turkey. *International Journal of Care in Sciences, 7(3),* 955-963.

1. Arbetstidslag SFS (1982:673) https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/arbetstidslag-1982673_sfs-1982-673

2. Bae, S.-H. (2012). Nursing Overtime: Why, How Much, and Under What Working Conditions? *Nursing Economics, 30(2),* 60-72.

3. Ball, J., Day, T., Murrells, T., DallÓra, C., Rafferty, A., Griffiths, P., Maben, J. (2017). Cross-sectional examination of the association between shift length and hospital nurses job satisfaction and nurse reported quality measures. *BMC Nursing, 16(26),* 1-7. https://doi.org/10.1186/s12912-017-0221-7

4. Billhult, A. (2017). Bortfallsanalys och beskrivande statistik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 265-273). Studentlitteratur AB, Lund.

5. Cho, E., Lee, N., Kim, E., Kim, S., Lee, K., Park, K., Sung, Y. (2016). Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: A cross-sectional study. *ScienceDirect (60),* s.263-271. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.05.009

6. Danielson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I. M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 286-300)

7. Garrett C. (2008). The effect of nurse staffing patterns on medical errors and nurse burnout. *AORN Journal*, *87*(6), 1191–1200. https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.aorn.2008.01.022

8. Gustafsson, G., Wiklund Gustin, I. (2019). *Stress, utbrändhet och utmattningssyndrom*. I. I. Skärsäter, L. Wiklund Gustin (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - på grundnivå* (s.57-87). Studentlitteratur AB, Lund.

9. Griffiths, P., Dall'Ora, C., Simon, M., Ball, J., Lindqvist, R., Rafferty, A., Schoonhoven, L., Tishelman, C. & Aiken, L. H. (2014). Nurses' Shift Length and Overtime Working in 12 European Countries. *Medical Care, 52*(11), 975-981. https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000233

10. Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad* (s. 471-480). Studentlitteratur AB.

11. Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad* (s. 411-420). Studentlitteratur Lund AB.
12. Jarrar, M., Minai, M S., Al-Bsheish, M., Meri, A., Jaber, M. (2018). Hospital nurse shift length, patient-centered care, and the perceived quality and patient safety. *Wiley, 2019(34),* 387-396. https://doi.org/10.1002/hpm.2656
13. Karlsson, E.K. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 81-98). Studentlitteratur Lund, AB.
14. Karlsson, E.K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 96-113). Studentlitteratur AB.
15. Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 57-80). Studentlitteratur Lund, AB.
16. Kohn, L.T., Corrigan, J.M, Donaldsson, M.S. (2000). To Err is Human: Building Safer Health Systems. *National Academy Press.*
17. Kullberg, A., Bergenmar, M., Sharp, A. (2016). Changed nursing scheduling for improved safety culture and working conditions – patients' and nurses' perspectives. *Journal of Nursing Management, 24(4),* 524-532. https://doi.org/10.1111/jonm.12352
18. Kunaviktikul, W., Wichaikhum, O., Nantsupawat, A., Nantsupawat R., Chontawan, R., Klunklin, A., Roongruangsri, S., Nantachaipan, P., Supamanee, T., Chitpakdee, B., Akkadechanunt, T., Sirakamon, S. (2015). Nurses' extended work hours: Patient, nurse and organizational outcomes. *International Nursing Review, 62(3),* 386-393. https://doi.org/10.1111/inr.12195
19. Källberg, A., Öhrn, A. (2019). *Patientsäkerhet* I. A. Ehrenberg, L. Wallin (Red.) *Omvårdnadens grunder ansvar & utveckling* (s. 325-352). Studentlitteratur AB, Lund.
20. Lindh & Sahlqvist (2012). Kort om vårdskador. I. A. Rohde (Red.), *Säker vård: Att förebygga skador och felbehandlingar inom vård och omsorg* (s. 17-30). Natur & Kultur, Stockholm.

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

22. Lobo V.M., Ploeg J., Fisher A., Peachey G., Akhtar-Danesh, N. (2017). Critical care nurses' perceptions of the outcomes of working overtime in Canada. *Nurs Outlook. 65(4*), 400-410. doi: 10.1016/j.outlook.2016.12.009.

23. Olds, D., Clarke, S. (2010). The effect of work hours on adverse events and errors in health care. *ScienceDirect, 41(2),* 153-162. https://doi.org/10.1016/j.jsr.2010.02.002

24. Mårtensson, J., Fridlund, B. (2017) Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.421-438). Studentlitteratur AB.

25. Patientsäkerhetslagen SFS (2010:659) https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

26. Priebe. G., Landström. C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad* (s. 25-42). Studentlitteratur AB.

27. Rósen, M. (2017). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad.* (s. 375-390). Studentlitteratur AB.

28. Sagherian, K., Clinton, M, Abu-Saad Huijer, H., Geiger-Brown, J. (2016). Fatigue, Work Schedules, and Perceived Performance in Bedside Care Nurses. *Sage journals, 65(7),* 304-312. https://doi.org/10.1177/2165079916665398

29. Scott, L., Rogers, A.E., Hwang, W., & Zhang, Y. (2006). Effects of critical care nurses' work hours on vigilance and patients' safety. *American Journal of Critical Care*, *15*(1), 30–37. https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.4037/ajcc2006.15.1.30

30. Socialstyrelsen. (2021). *Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024*. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-1-6564.pdf

31. Socialstyrelsen. (2020, 13 januari). *Vad är patientsäkerhet?*. https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/vad-ar-patientsakerhet/

32. Socialstyrelsen. (2019). *Allvarliga skador och vårdskador: Fördjupad analys av skador och vårdskador i somatisk vård av vuxna vid akutsjukhus.* https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-4-3.pdf

33. Son Y.J., Lee E.K., Ko Y. (2019). Association of working hours and patient safety competencies with adverse nurse outcomes: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16(21)* 4083. https://doi.org/10.3390/ijerph16214083

34. Statens beredning för medicinsk utredning, SBU. (2014). *Litteratursökning.* https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok_kapitel04.pdf

35. Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *ICN:S Etiska Kod för Sjuksköterskor* https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icns%20etiska%20kod%20för%20sjuksköterskor%202017.pdf

36. Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.* https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksköterska%202017.pdf

37. Törner, M. (2019). Säkerhetskultur och patientsäkerhet. I S. Ödegård (Red.) *Säker vård: nya perspektiv på patientsäkerhet.* (s. 189-216). Författarna och Liber AB.

38. Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006); Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Granskningsmall för kvalitetsbedömning: Kvalitativa studier*.

39. Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006); Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Granskningsmall för kvalitetsbedömning: Kvantitativa studier*.

Bilagor

Bilaga 1: Litteratursökning PubMed

PubMed						
Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Lästa abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
1/3-22	(safe care) OR (Patient safety) AND (nurse) AND (working overtime)	1998-2022 English	56	11	9	8
1/3-22	“safe care” OR “patient safety” AND “overtime” AND “nurse”	English 2012-2022	30	6	2	2

Bilaga 2: Litteratursökning CINAHL

CINAHL						
Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Lästa abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
7/3-22	“patient safety” AND overtime AND nurse	2006-2022 English Peer-reviewed Abstract available	13	1	1	1

Bilaga 3: Sammanfattning & kvalitetsgranskning av elva artiklar

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kva Wil & E 200
Cho m.fl. 2016 Sydkorea	Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: A cross-sectional study	Att utforska sambandet mellan sjuksköterskebemanning och övertid med sjuksköterskors upplevelse av patientsäkerhet, vårdkvalitet och ej utförd vård.	Tvärsnittsundersökning med enkät.	60 sjukhus i Sydkorea 3037 sjuksköterskor	- Majoriteten rapporterade att de arbetade övertid - Medelvärde övertid: 1,3 timmar senaste passet - Vid ökat antal patienter sågs en ökad trend att rapportera vårdkvaliteten och säkerheten som dålig - Vid ökat antal patienter sågs en trend att rapportera utebliven vård - 88% högre risk för osäker vård vid övertidsarbete	Hög 86%

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kva Wil & E 200
Griffiths m.fl. 2014 England	Nurses' shift length and overtime working in 12 European countries: The association with perceived quality of care and patient safety	Att beskriva skift mönster av europeiska sjuksköterskor och att undersöka om skift längd och övertid är associerat med sjuksköterske rapporterad vårdkvalitet, säkerhet och ej utförd vård.	Tvärsnittsundersökning med enkät. Från juni 2009 till juni 2010	488 sjukhus i 12 länder i Europa 31 672 sjuksköterskor	- Hälften arbetade mer än 8 timmar per pass - Sjuksköterskor som arbetade mer än 12 timmar per pass var mer sannolika att rapportera dålig patientsäkerhet, vårdkvalitet och fler uteblivna vårdmoment - Ju högre antal patienter per sjuksköterska desto mer osäker vård	Hög 89%
Jarrar m.fl. 2018 Malaysia	Hospital nurse shift length, patient-centered care, and the perceived quality and patient safety	Att undersöka om effekten av sjuksköterskors skift längd på sjukhus på personcentrerad vård och upplevd kvalitet och säkerhet på medicinska och kirurgiska avdelningar.	Tvärsnittsstudie med enkät.	12 sjukhus i Malaysia 652 sjuksköterskor	- 10 timmars pass och 12 timmars pass hade mer negativ påverkan på patientsäkerheten och vårdkvaliteten jämfört med 7 timmars pass - Personcentrerad vård dämpade effekten av långa arbetstimmar på patientsäkerhet	Me 79%

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kva Wil & E 200
Kullberg m.fl. 2016 Sverige	Changed nursing scheduling for improved safety culture and working conditions - patients' and nurses' perspectives	Att utvärdera fast schemaläggning jämfört med egen schemaläggning för sjuksköterskor på onkologiska avdelningar.	Kvasi experimentell design	4 onkologiska avdelningar på ett universitetssjukhus i Sverige	- Övertid minskade i interventionsgruppen vid alla 8 månader under studieperioden - 50% av sjuksköterskorna ansåg att patientsäkerheten påverkas negativt av arbetsmiljön i båda grupper	Hög 82%
Son m.fl. 2019 Sydkorea	Association of working hours and patient safety competencies with adverse nurse outcomes: A cross-sectional study	Att undersöka sambandet mellan sjuksköterskors arbetstimmar och förekommande av negativa resultat från vårdmoment som inte kunnat hanterats patientsäkert.	Tvärsnittsstudie med enkät	364 sjuksköterskor från 3 tertiära sjukhus i Sydkorea	- Majoriteten av sjuksköterskorna arbetade övertid - Arbetade timmar hade störst association med negativa resultat vid vårdmoment - Låg känsla av patientsäkerhet och vårdskador rapporterades var också korrelerat till negativa resultat vid vårdmoment.	Hög 86%

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kva Wil & E 200
Liu m.fl. 2012 Taiwan	Exploring the association between nurse workload and nurse-sensitive patient safety outcome indicators	Att ge insyn på arbetsbelastningen för sjuksköterskor på sjukhus och beskriva relationen mellan arbetsbelastning och förmågan att arbeta patientsäkert.	Tvärsnittsstudie med loggböcker	21 städer/kommuner i Taiwan 1358 sjuksköterskor	- Sjuksköterskor övertid hade en negativ påverkan på fallskador, trycksår, medicineringsfel, oplanerade extubationer, lunginflammationer (vårdrelaterad infektion), urinvägsinfektioner. - Risken för negativ påverkan på dessa steg vid mer än 7 patienter per sjuksköterska.	Hög 83%
Scott m.fl. 2006 USA	Effect of critical care nurses work hours on vigilance and patients safety	Att beskriva mönster hos sjuksköterskor inom intensivvården. Fastställa om det finns någon association mellan förekomst av fel och sjuksköterskornas arbetade timmar och även se om det påverkar sjuksköterskans vaksamhet.	Loggböcker	502 sjuksköterskor	- Alla sjuksköterskor arbetade övertid och detta ökade risken för vårdfel och minskad vaksamhet	Hög 90%

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kva Wil & E 200
Kunaviktikul m.fl. 2015 Thailand	Nurses extended work hours: Patient, nurse and organizational outcomes	Att undersöka sjuksköterskornas övertid och dess korrelation till patient-, sjuksköterske- och organisations resultat.	Flerstegs-provtagning	90 sjukhus i Thailand 1524 sjuksköterskor	- I snitt jobbade sjuksköterskorna 18.82 timmar övertid varje vecka. - Övertiden påverkade patientsäkerheten negativt i form av fel vid identifikation, uppkomst av trycksår, kommunikationsbrist, klagomål från patienter samt emotionell utmattning för sjuksköterskorna.	Hög 93%
Lobo m.fl. 2017 Kanada	Critical care nurses perception of the outcomes of working overtime in Canada	Att undersöka intensivvårdssjuksköterskors uppfattning om konsekvenserna av övertid.	Semistrukturerade individuella intervjuer som spelades in.	11 olika intensivvårdsavdelning ar 3 sjukhus i södra Ontario, Kanada 28 sjuksköterskor	- Fysisk påverkan - Påverkan på patientcentrerad vård - Balansen mellan arbete och familjen - Ekonomisk vinning - Äventyrad säkerhet	Hög 92%

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kva Wil & E 200
Olds m.fl. 2010 USA	The effect of work hours on adverse events and errors in health care	Att undersöka sambandet mellan arbetstimmar och både negativa händelser och misstag av patienter och vårdgivare.	Sekundär analys av enkäter från 1999.	13 152 besvarade enkäter 11 516 sjuksköterskor 118 sjukhus i staten Pennsylvania	- 63% rapporterade någon form av övertid - Samband mellan övertid och vårdskador som medicin fel eller stickskada - Upp till 28% högre sannolikhet att sjuksköterskor som arbetade övertid rapporterade vårdskador	Låg 68%

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kva Wil & E 200
Sagherian m.fl. 2016 Libanon	Fatigue, work schedules, and perceived performance on bedside care nurses	Att utforska associationen mellan trötthet, arbetsscheman och uppfattad prestation hos sjuksköterskor.	Beskrivande tvärsnittsstudie	77 sjuksköterskor i Libanon	- Vid god sömn rapporterades mindre kronisk- och akut trötthet samt att man kände sig utvilad mellan sina arbetspass. - Sjuksköterskor med högre kronisk- och akut trötthet gav sämre vård och kommunicerade sämre. - Sjuksköterskor med kronisk trötthet upplevde mindre vaksamhet och koncentrationssvårigheter vid patientnära arbete.	Me 72%