



**SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA**

Psykosocial arbetsmiljö och dess påverkan på
patientsäkerheten - från ett svenskt samt vietnamesiskt
sjuksköterskeperspektiv.

Författare:
Lina Johansson
Linda Olsson

Uppsats: Examensarbete, 15 Hp
Program: Sjuksköterskeprogrammet
Nivå: Grundnivå
Termin/år: Ht5/2017
Handledare: Patricia Olaya-Contreras
Examinator: Monica Pettersson

Abstract

Background: The psychosocial work environment is described as the psychological reactions that arise in social structures at the workplace. Shortcomings in the psychosocial work environment can lead to mental illness, burnout, sick leave and layoffs. This can lead to deficiency of the workforce, which threatens patient safety. Patient safety is explained as protection against care related injuries that could have been avoided through contact with healthcare. Due to lack of patient safety, several patient injuries and deaths occur annually. If the nurse experiences a good psychosocial work environment, it could result in better nurse-patient relationships, as well as increased quality of care and patient safety. **Aim:** To describe the psychosocial work environment in health care and the effect on patient safety from a Swedish and Vietnamese perspective. **Method:** To answer the purpose of the study, a quantitative approach was used with a descriptive and cross-sectional design. Data collection was done with a web questionnaire in Sweden and a paper questionnaire in Vietnam. Response rate in Sweden reached 100% (n = 40) and in Vietnam 75% (n = 45). **Result:** The Vietnamese nurses had a bigger patient responsibility compare to Sweden. Of them 46.6% of the nurses had 11 patients or more under their responsibility during a working day and in Sweden there were 25% of the nurses. Swedish nurses had to a lager extent than the Vietnamese nurses, considered that occupational incidents could lead to personal injury and had done an insecure job in the past year. Both Swedish and Vietnamese nurses had partially deviated from correct workmanship. **Conclusion:** Sweden and Vietnam agree that an increased patient number may lead to a higher risk of not working patient safe. A supportive and organized management was important for the nurses in both countries to work patient safe, further research is needed to determine the cause.

Keywords: Psychosocial work enviroment, Patient safety, Nurse, Sweden, Vietnam

Sammanfattning

Bakgrund: Den psykosociala arbetsmiljön beskrivs som de psykiska reaktioner som uppstår i sociala strukturer på arbetsplatsen. Brister i den psykosociala arbetsmiljön kan leda till psykisk ohälsa, utbrändhet, sjukskrivningar och uppsägningar. Vilket i längden kan medföra sjuksköterskebrist som i sin tur kan hota patientsäkerheten. Patientsäkerhet förklaras som skydd mot vårdskada som hade kunnat undvikas genom kontakt med hälso- och sjukvården. På grund av bristande patientsäkerhet sker årligen flera patientskador och dödsfall. Om sjuksköterskan upplever en god psykosocial arbetsmiljö kan det resultera i bättre sjuksköterske-patient relationer samt ökad vårdkvalitet och patientsäkerhet. **Syfte:** Syftet med arbetet var att beskriva psykosocial arbetsmiljö inom vården och dess inverkan på patientsäkerheten ur ett svenskt och vietnamesiskt sjuksköterskeperspektiv. **Metod:** För att besvara studiens syfte användes en kvantitativ ansats med en deskriptiv- och tvärsnittsdesign. Datainsamling har utförts via webbenkät i Sverige och via pappersenkäter i Vietnam. Svartfrekvensen i Sverige uppgick till 100% (n=40) och i Vietnam till 75% (n=45). **Resultat:** De vietnamesiska sjuksköterskorna hade ansvar för ett större antal patienter jämfört med de svenska. Av dem hade 46,6 % av sjuksköterskorna 11 patienter eller fler under sitt ansvar en arbetsdag och i Sverige var siffran 25 %. Samtliga deltagare hade delvis avvikit från ett korrekt arbetsutförande. Dock ansåg svenska sjuksköterskor i större utsträckning att arbetsmissstag kunde leda till personskada. De hade även i större grad utfört ett osäkert arbetsmoment det senaste året, än de vietnamesiska. **Slutsats:** Resultaten från båda länderna visar att ett ökat patientantal kan medföra en större risk att inte arbeta patientsäkert. En stödjande och organiserad ledning var viktigt för att sjuksköterskorna i båda länderna skulle arbeta patientsäkert, vidare forskning behövs för att fastställa orsaken.

Nyckelord: Psykosocial arbetsmiljö, patientsäkerhet, Sjuksköterska, Sverige, Vietnam

Innehållsförteckning

Abstract	2
Sammanfattning	3
1. Inledning.....	7
2. Bakgrund	8
2.1. Hälsa- och sjukvården i Sverige och Vietnam	8
2.2. Psykosocial arbetsmiljö.....	9
2.2.1. Arbetsituation	9
2.2.2. Arbetsklimat	9
2.2.3. Arbetsorganisation	10
2.2.4. Resurser	10
2.3. Patientsäkerhet	11
2.3.1. Patientsäkerhet i Sverige och Vietnam.....	11
2.3.2. Kvalitetssäker vård och vårdskador	11
2.4. Teoretisk referensram.....	12
3. Problemformulering	13
4. Syfte	14
4.1. Frågeställning	14
5. Metod	15
5.1. Design.....	16
5.2. Urval.....	16
5.3. Instrument.....	16
5.4. Databearbetning.....	17
5.4.1. Sverige.....	17
5.4.2. Vietnam	17
5.5. Databearbetning	18
5.5.1. Statistisk analys	18
5.6. Etiska ställningstaganden	18
6. Resultat.....	20
6.1. Psykosocial arbetsmiljö.....	21
6.1.1. Arbetsklimatets relation till arbetsituationen.....	21
6.1.2. Resursernas relation till arbetsituationen.....	21
6.1.3. Arbetsorganisationens relation till arbetsituationen	22
6.1.4. Resursernas relation till arbetsklimatet	22
6.1.5. Arbetsorganisationens relation till arbetsklimatet.....	23

6.2 Patientsäkerhet	23
6.3. Psykosociala arbetsmiljöns relation till patientsäkerheten.....	25
6.3.1 Arbetsituationens relation till patientsäkerheten	25
6.3.2. Arbetsorganisationens relation till patientsäkerheten.....	25
6.3.3. Arbetsklimatets relation till patientsäkerheten	26
6.3.4. Resursernas relation till patientsäkerheten	26
7. Metoddiskussion.....	27
8. Resultatdiskussion.....	30
8.1. Psykosocial arbetsmiljö.....	30
8.1.1. Arbetsklimatets relation till arbetsituationen	30
8.1.2. Resursernas relation till arbetsituationen.....	30
8.1.3. Arbetsorganisationens relation till arbetsituationen	30
8.1.4. Resursernas relation till arbetsklimatet	31
8.1.5. Arbetsorganisationens relation till arbetsklimatet.....	31
8.2. Patientsäkerhet	32
8.3. Psykosociala arbetsmiljöns relation till patientsäkerheten.....	32
8.3.1. Arbetsituationens relation till patientsäkerheten	32
8.3.2. Arbetsorganisationens relation till patientsäkerheten.....	33
8.3.3. Arbetsklimatets relation till patientsäkerheten	33
8.3.4. Resursernas relation till patientsäkerheten	33
9. Slutsats	35
9.1. Kliniska implikationer	35
9.2. Vidare forskning.....	35
Referenser.....	36
Bilaga 1	41
Informationsbrev - Engelsk version	41
Bilaga 2	42
Informationsbrev - Svensk version	42
Bilaga 3	43
Informationsbrev - Vietnamesisk version - Framåt översättning från engelska	43
Bilaga 4	44
Informationsbrev - Tillbaka översättning från vietnamesiska.....	44
Bilaga 5	45
Meddelande - Facebook	45
Påminnelse - Facebook.....	45

Bilaga 6	46
Original enkät	46
Bilaga 7	48
Enkät - Svensk version - Framåt översättning från engelska	48
Bilaga 8	50
Enkät - Engelsk version - Tillbaka översättning från svenska	50
Bilaga 9	52
Enkät - Vietnamesisk version - Framåt översättning från engelska	52
Bilaga 10	54
Enkät - Engelsk version - Tillbaka översättning från vietnamesiska	54
Bilaga 11	56
Kondensering av frågornas innebörd	56
Bilaga 12	57
Översättnings tillvägagångssätt	57
Fram- och tillbakaöversättning från engelska till svenska	57
Fram- och tillbakaöversättning från engelska till vietnamesiska	57

1. Inledning

Det finns många skillnader mellan länderna Sverige och Vietnam, inte minst vad gäller sjukvården. Sverige är ett litet land med få invånare jämfört med Vietnam, därför är det av intresse att jämföra samma problematik länderna emellan. Eftersom Vietnam har en befolkning på 91 miljoner människor (Landguiden, 2015), resonerar författarna att belastningen på sjukvården och därmed sjuksköterskorna troligen är hög och att patientsäkerheten kan vara påverkad. Författarna gjorde paralleller till den höga belastningen på svenska sjukhus (Almås, 2001) och den svenska befolkning på 9,8 miljoner (Landguiden, 2016). Av den orsaken anser författarna det intressant att undersöka likheter och skillnader mellan de vietnamesiska och svenska sjuksköterskornas upplevelse av den psykosociala arbetsmiljön och dess eventuella påverkan på patientsäkerheten. Det kan vara värdefullt för svenska sjuksköterskor att ta del av vietnamesiska sjuksköterskors perspektiv och vice versa. På sikt kan det bidra till kunskap och förbättringsarbeten i båda länderna angående psykosocial arbetsmiljö och patientsäkerhet.

Det gemensamma målet för båda länderna bör ändå vara att sträva efter en god psykosocial arbetsmiljö som kan generera säker vård. Eftersom människor spenderar majoriteten av sin tid på arbetsplatsen har den psykosociala arbetsmiljön stor inverkan på individens hälsa och välbefinnande (Weman-Josefsson och Berggren, 2013). Osund psykosocial arbetsmiljö kan skapa ohälsa hos individer, vilket i sin tur är kopplat till risker för patientsäkerheten (Edland och Svensson, 2013). Det är något som är viktigt att bearbeta och förbättra då det kan utsätta vårdpersonal för ohälsa och patienter för fara. Den psykosociala arbetsmiljön är uppbyggd av fyra komponenter: Arbetssituation, Arbetsklimat, Arbetsorganisation och Resurser. Det är av intresse att se om någon av dessa faktorer har inverkan på den psykosociala arbetsmiljön eller patientsäkerheten. Detta kan underlätta eventuella förbättringsarbeten genom vetskapen om vilket område som behöver utvecklas.

Det är betydelsefullt att dra nytta av olika länders sjuksköterskors erfarenheter och kunskaper, då det kan skapa nya infallsvinklar för förbättringar inom den psykosociala arbetsmiljön samt för arbetet med patientsäkerhet.

2. Bakgrund

2.1. Hälso- och sjukvården i Sverige och Vietnam

Medellivslängden i Sverige beräknas till 83 år och i Vietnam till 75,7 år (World Bank Group, 2017), de vanligaste dödsorsakerna är i båda länderna stroke och ischemisk hjärtsjukdom (WHO, 2015b) (WHO, 2015c). Den svenska hälso- och sjukvården följer lagar och föreskrifter beslutade av Socialstyrelsen (Sveriges Riksdag, 2017). Hälso- och sjukvårdssystemet i Sverige är uppdelat i olika områden: slutenvård, öppenvård, primärvård, hemsjukvård och särskilt boende (Blomqvist och Petersson, 2014). I Vietnam styr regeringen regleringen av hälso- och sjukvården, det består av en blandning av privat och offentlig sjukvård. Den sistnämnda utgör majoriteten och den är uppdelad i olika nivåer: den centrala nivån styrs av hälsoministeriet och består av centrala samt regionala sjukhus och forskningsinstitut. Den lokala nivån består av provins/distrikt och kommunal hälso- och sjukvård. I botten av sjukvårdens hierarki finns ett nätverk av hälsoarbetare som bor på glesbygden och gör hembesök (Cheng, 2014).

I Sverige bekostar skattepengar en stor del av välfärdssystemet som exempelvis sjukvård, barnomsorg och äldreomsorg för hela befolkningen (Blomqvist och Petersson). Regeringen i Vietnam betalar hälso- och sjukvårdsförsäkringen för den fattigaste befolkningen, personer under sex och över åttio år samt till krigsveteraner, resterande befolkning bekostar försäkringen på egen hand (Cheng, 2014). Det är mer än halva befolkningen som är i avsaknad av sjukförsäkring (Nationalencyklopedin, 2017a). All hälso- och sjukvård täcks inte av försäkringen, bland annat ingår inte medicinska uppföljningar, proteser, estetisk kirurgi, hörapparater, aborter eller sjukhusets egna tillägg och avgifter (Cheng, 2014).

På senare år i Vietnam har folkhälsan förbättrats genom investeringar i hälso- och sjukvårdssystemet tillsammans med sociala initiativ som tillgång till rent dricksvatten, sanitet och utbildning (Cheng, 2014). Sjuksköterskor i Vietnam har varierande utbildningsnivåer såsom tvåårigt gymnasieprogram, treårigt högskoleprogram samt kandidatexamen på fyra år. Trots olika utbildningsnivåer utför alla likadan roll i verksamheten, något som 2021 skall ändras till en rekrytering endast från högskolans program samt kandidatexamen (Nguyen, Annoussamy och LeBaron, 2017). Sjuksköterskeutbildningen i Sverige ser likadan ut nationellt och består av tre års studier vid högskola eller universitet (Studera.nu, 2016). Sjuksköterskeyrket i Vietnam har en låg status och utgörs främst av kvinnor. Det basala omvårdnadsarbetet som mobilisering, hygien, stöttning samt tröst ses inte som vårdpersonalens arbetsområden, utan de anhörigas ansvarsområde (Nguyen et al., 2017). Enligt K. Cowie (personlig kommunikation, 6 oktober 2017) minskar anhöriga i viss mån arbetsbördan för sjuksköterskan, men det kan också innebära bristfällig helhetsbild och informationstillgång av patienten. Det kan i sin tur påverka patientsäkerheten om sjuksköterskan går miste om viktiga symtom och tecken gällande vätskebalans, hygienskötsel och infektionsrisker.

2.2. Psykosocial arbetsmiljö

Den psykosociala arbetsmiljön kan beskrivas som de psykiska reaktioner som uppstår i sociala strukturer på arbetsplatsen (Jeding, Hägg, Marklund, Nygren, Theorell och Vingård, 1999). Det innefattar kommunikation, arbetsroller, gruppdynamik samt olikheter mellan människor (Lennéer Axelson och Thylefors, 2005). Det inkluderar även individens interaktioner i olika arbetssituationer och inte bara relationen mellan anställda (Abrahamsson, 2011), vilket är en individuell upplevelse och kan tolkas på olika sätt (Zanderin, 2005).

För att bibehålla hälsa och förebygga ohälsa hos personalen är en god psykosocial arbetsmiljö betydelsefull (Zanderin, 2005; Jönsson, 2011). En anseilig och fungerande psykosocial arbetsmiljö menar Jönsson (2011) ligger till grund för personalens trivsel och avspeglas genom deras hälsa. Vidare beskrivs att många sjuksköterskor är missnöjda med arbetssituationen eller arbetsklimatet samt det otillräckliga stöd som arbetsorganisationen ger för personlig utveckling, vilket resulterar i avståndstagande från vårduppgifter. Psykosocial arbetsmiljökan delas in i fyra komponenter: Arbetssituation, Arbetsklimat, Arbetsorganisation och Resurser (Se bilaga 11). Brister det i någon av ovanstående komponenter och således i den psykosociala arbetsmiljön, kan det leda till psykisk ohälsa, utbrändhet, sjukskrivningar och uppsägningar. Det kan i förlängningen leda till sjuksköterskebrist, vilket kan hota patientsäkerheten om det inte finns tillräckligt med personal (Wang, Liu och Wang, 2015).

2.2.1. Arbetssituation

Följande examensarbete definierar arbetssituation som de faktorer som kan påverka situationen på arbetet, så som exempelvis trivsel, arbetsbelastning och arbetsmängd. Psykosociala arbetsmiljöfaktorer som kan uppstå på grund av arbetssituationen som stress och utbrändhet har ökat de senaste decennierna i Sverige (Zanderin, 2005). Bégat, Ellefsen och Severinsson (2005) menar att förändringen är relaterad till sjuksköterskeyrkets påfrestande arbetssituation. Framförallt på grund av att en större mängd arbete skall utföras under kortare tid, vilket kan leda till att sjuksköterskor upplever större press och mer stress. Dessa faktorer kan skapa missnöje i personalgruppen och resultera i uppsägningar. En taiwanesisk studie (Huang och Yang, 2011) med vietnamesiska, indonesiska och filippinska sjuksköterskor kom fram till att en arbetssituation med tung arbetsbörda påverkar den psykosociala arbetsmiljön och framförallt trivseln på arbetsplatsen. Arbetssituationen för vietnamesiska sjuksköterskor innefattar ofta en hög arbetsbelastning eftersom de generellt ansvarar för många patienter och arbetar på överfulla sjukhus, vilket kan påverka möjligheterna till god och säker omvårdnad (Ng'ang'a, Woods Byrne och Anh Ngo, 2014; Nguyen et al., 2017).

2.2.2. Arbetsklimat

Arbetsklimat innefattar bland annat rådande attityder och mentalitet i arbetsgrupper. Bra arbetsklimat är en viktig förutsättning för god kommunikation och gemenskap i arbetsgruppen (Folger, Poole och Stutman, 1997). Negativ stress på arbetsplatsen kan leda till utbrändhet, vilket är ett problem kopplat till arbetsklimatet och följaktligen även den psykosociala arbetsmiljön (Olofsson, Bengtsson och Brink, 2003). Arbetsklimatet är en viktig faktor för att förbättra den psykosociala arbetsmiljön och främja sjuksköterskors hälsa. Om personalen har

ett gott samspel mellan kollegorna visade sig påverka arbetsklimatet positivt (Huang och Yang, 2011).

I Vietnam är hierarki vanligt förekommande mellan sjuksköterskor och läkare men även inom samma yrkesgrupp, vilket kan påverka arbetsklimatet och därmed den psykosociala arbetsmiljön samt psykiska hälsan (Ng'ang'a et al., 2014; Nguyen et al., 2017). Faktorer som psykisk ohälsa och emotionell utmattning relaterat till ett påfrestande arbetsklimat, kan resultera i utbrändhet bland sjuksköterskor, vilket i sin tur kan leda till sjukskrivning och uppsägning (Dollard, Opie, Lenthall, Wakerman, Knight, Dunn, Rickard och MacLeod, 2012; Wang et al. 2015). Hur många patienter sjuksköterskan ansvarar för under ett arbetspass är en annan viktig faktor som påverkar arbetsklimatet, då risken för patientdödlighet och utbrändhet ökar för varje ny patient som sjuksköterskan ansvarar för (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski och Silber, 2002).

2.2.3. Arbetsorganisation

Ju mer en person är styrd och kontrollerad desto mindre trivs den på arbetsplatsen, vilket arbetsorganisationen har en stor inverkan på. Det bör finnas en viss frihet, självständighet och förtroende för att individen ska uppleva arbetet som stimulerande. Personalen kan känna sig maktlös och utlämnad när organisationen utför förändringar som inte motiverats som värdefulla av personalen (Håkansson, 2005). Exempelvis kan dålig schemaläggning påverka upplevelsen av den psykosociala arbetsmiljön (Dollard et al. 2012; Huang och Yang, 2011) och brist på stöd från ledningen kan öka risken för utbrändhet (Dollard et al. 2012; Wang, 2015). Osund psykosocial arbetsmiljö och missnöje med arbetsorganisationen kan vara ett förstadium till att personal upplever dåliga arbetsförhållanden, till exempel höga arbetskrav och låg jobbkontroll. Det kan i sin tur leda till utmattning och psykisk ohälsa hos personalen (Dollard et al. 2012). Enligt Huang och Yang (2011) kan ett högt tryck från ledningen påverka vietnamesiska sjuksköterskors arbetsförmåga samt attityd gentemot arbetet. Vidare förklaras att det är viktigt med en god arbetsmiljö, vilken kan erhållas genom en stödjande arbetsorganisation som erbjuder sjuksköterskorna möjlighet till återhämtning från de stressorer jobbet innehar.

2.2.4. Resurser

Inom svensk hälso- och sjukvård påverkas den psykosociala arbetsmiljön av det att resurser som arbetskraft, information och tid. Personalen måste anpassa sitt arbete utefter den rådande situationens förhållanden, vilket kan påverka patientsäkerheten (Hollnagel, 2013). Enligt K. Cowie (personlig kommunikation, 6 oktober 2017) är resursen patientinformation bristfällig i Vietnam då ingen överrapportering av patienter eller adekvat journalföring görs. Även resurser som teknisk medicinsk utrustning och specialistutbildad personal är bristfällig i landet, vilket kan påverka vårdpersonalens informationstillgång om en patient (Cheng, 2014). Långvarig stress eller psykosocial påfrestning på grund av otillräcklig tillgång på resurser, kan leda till utmattningssyndrom eller utbrändhet (Allgulander, 2008). Ytterligare en viktig resurs för att möjliggöra en god psykosocial arbetsmiljö är adekvat täckning av personal, detta minskar risken för utbrändhet samt ökar möjligheten till att ge en god och säker omvårdnad (Almås, 2001; Nguyen et al., 2017).

2.3. Patientsäkerhet

Patientsäkerhet handlar främst om skydd mot vårdskada som genom kontakt med hälso- och sjukvården och adekvata åtgärder hade kunnat undvikas (SFS 2010:659). I Sverige har regeringen och riksdagen ansvar för de lagstiftningar som styr vården (Regeringskansliet, 2015), som exempelvis hälso-sjukvårdslagen (SFS 2017:30) och patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Vård skall bedrivas så att kraven på god och patientsäker vård uppfylls, vilket innebär att den bland annat skall vara av god kvalitet med god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet samt säkerhet (SFS 2017:30). I Vietnam ansvarar hälsoministeriet för hälso- och sjukvården, vilket är en myndighet under regeringen (Cheng, 2014). Men enligt K. Cowie (personlig kommunikation, 6 oktober 2017) saknas tydliga styrdokument för hur vårdpersonal skall arbeta. En långvarig pressad arbetssituation påverkar människans kognitiva funktioner, vilket kan inverka på beslutens kvalitet som i sin tur har en avgörande betydelse för patientsäkerheten (Edland och Svensson, 2013). På grund av bristande patientsäkerhet drabbas troligen flera miljoner patienter, världen över, årligen av funktionsnedsättningar, vårdskador eller död (WHO, 2009).

2.3.1. Patientsäkerhet i Sverige och Vietnam

Vården i Sverige är enligt Sveriges kommuner och landsting (2017) säkrare än i de flesta andra länder, men att skador ändå är ett stort problem. För att göra vården ännu säkrare arbetar vårdpersonal bland annat med strukturerat kommunikationsverktyg och nationella ramverk. Enligt World Health Organization (2015a) är det i 22 utvecklingsländer, bland annat Vietnam, upp till 64 procent av sjukvårdspersonalen som inte tillämpar tillräckliga säkerhetsrutiner. Haaijer-Ruskamp, Nguyen, Nguyen, Taxis och Van den Heuvel (2015) bekräftar att Vietnam är ett av de länder med undermålig patientsäkerhet. Stor del av problematiken grundar sig i utvecklingsländers okunskap om patientsäkerhetens innebörd. Dåligt utformad infrastruktur vad gäller hälso- och sjukvård, otillräckligt utbildad vårdpersonal (Cheng, 2014; Haaijer-Ruskamp et al., 2015) och brister på medicinsk utrustning, kan vara bidragande faktorer till Vietnams problematik (Cheng, 2014). Vietnamesiska hälsoministern Cheng (2014) förklarar att majoriteten av hälso- och sjukvårdspersonal arbetar i de större städerna och att personalens kompetens är högre där jämfört med landsbygden. K. Cowie (personlig kommunikation, 6 oktober 2017) gav exempel på hur bristfällig kompetens kan påverka patientsäkerheten. Hon förklarade att sjuksköterskor inte alltid desinficerar ytor med desinfektionsmedel, utan ibland använde sig av ultraviolett ljus för att göra ytan ren från bakterier vilket inte är vetenskapligt bevisat att fungera. Vidare berättade hon att patienter kan behöva genomgå tre operationer inom loppet av några dagar innan vårdpersonal hittat orsaken till sjukdom. Förbättringsarbete pågår för att öka patientsäkerheten i landet (Cheng, 2014; Haaijer-Ruskamp et al., 2015).

2.3.2. Kvalitetssäker vård och vårdskador

Möjlighet att tillhandahålla kvalitetssäker vård påverkas av personalbrist och begränsade resurser, kombinerat med vård av extremt sjuka och symptomatiska patienter (Nguyen et al., 2017). Exempelvis skriver den vietnamesiska regeringens förordningar att det skall vara fyra sjuksköterskor per läkare, men i verkligheten är denna siffra 1,5, vilket påverkar sjukvårdens kvalitet (Cheng, 2014) och är ett hot mot patientsäkerheten (Almås, 2001).

Vårdskada innebär kroppslig eller psykisk skada, lidande eller sjukdom samt dödsfall som inte hade uppstått om patienten fått adekvat sjukvård. En vårdskada kan uppstå både på grund av befintlig vård eller behandling, men också vid avsaknad utav korrekt utförd vård (Socialstyrelsen, 2017). Enligt Leijonhufvud och Nilheim (2013) omges hälso- och sjukvårdspersonal av flera risker under ett arbetspass som kan leda till att misstag begås och att patienter utsätts för fara. Vidare förklaras att det är verksamhetens ansvar att riskbedöma och utföra kontroller samt vidta åtgärder för att förebygga vårdskada och säkerställa en kvalitetssäker vård. Haaijer-Ruskamp et al. (2015) framför att majoriteten av medicinska avvikelser på vietnamesiska sjukhus uppkom på grund av tidsbrist samt fel teknik vid iordningställande och administration av läkemedel. Författarna belyser att fler medicinska felaktigheter gjordes under sjuksköterskornas dagspass jämfört med kvällspass. Dagspasset innebar ökad stress eftersom sjuksköterskan hade fler arbetsuppgifter och större patientansvar jämfört med kvällspasset. Brister i den psykosociala arbetsmiljön som överarbetad eller stressad sjukvårdspersonal kan orsaka vårdskador eller dödsfall inom hälso- och sjukvård. Det kan orsakas av att sjuksköterskan gör felbedömningar, felbehandlingar eller förväxlar patienter (Nitzelius och Söderlöf, 2008).

2.4. Teoretisk referensram

Omvårdnadsbegreppen hälsa och välbefinnande är centrala i sjukvården och något sjuksköterskan skall sträva emot i sitt omvårdnadsarbete (Edman och Erichsen Andersson, 2014). Ofta anses hälsa vara ett tillstånd av fysiskt samt psykiskt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom (Nationalencyklopedin, 2017b). Välbefinnande i sin tur, kan definieras som en känsla av att må bra (Nationalencyklopedin, 2017c). Enligt International Council of Nurses (2014) (ICN:s) etiska kod är sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Det belyses att sjuksköterskan skall ta vara på sin egen hälsa och välbefinnande, då den indirekt har effekt på omvårdnaden. Enligt Olofsson et al. (2003) har arbetsorganisationen ett ansvar för att säkerställa personalens hälsa och omvårdnadsarbete. Om sjuksköterskan exempelvis upplever en god psykosocial arbetsmiljö kan det påverka sjuksköterske-patient relationen positivt och leda till bättre vårdkvalitet samt ökad patientsäkerhet. För att mäta den psykosociala arbetsmiljön används i forskning krav- och kontrollmodellen som gör det möjligt att urskilja när det föreligger obalans mellan kraven i arbetet och personalens kontroll över situationen. Vid obalans ökade personalens psykiska belastning och ohälsa (Karasek, 1979). På 1990 talet utvecklades modellen till krav- kontroll och stöd modellen då även den sistnämnda variabeln inverkar på den psykosociala arbetsmiljön (Karasek och Theorell, 1990). Exempelvis är brist på stöd från ledningen ännu en riskfaktor för utbrändhet hos sjuksköterskor (Dollard et al. 2012; Wang, 2015). Variabeln krav kan exempelvis vara av kognitiv eller emotionell typ och innebär balans mellan input och belöning i arbetet. Med kontroll beskrivs kompetensen man besitter inom sitt arbete och vilken möjlighet man har att kunna fatta beslut. Stöd innebär vägledning, återkoppling eller gemenskap från såväl arbetskamrater som organisationen/ledningen (Karasek och Theorells, 1990). Risken för psykosociala påfrestningar i arbetet blir hög i de situationer då individen har lågt inflytande men stora krav (Statistiska centralbyrån och

Arbetsmiljöverket, 2001). Om sjuksköterskor upplever höga krav och låg jobbkontroll påverkas den psykosociala arbetsmiljön negativt och personalen riskerar i större grad drabbas av psykisk ohälsa och utmattning (Dollard et al. 2012), som i längden även kan påverka patientsäkerheten (Nitzelius och Söderlöf, 2008).

3. Problemformulering

Människor spenderar generellt sett större delen av den vakna tiden på arbetsplatsen, därför har arbetsförhållandena en stor inverkan på individernas hälsa. Psykosociala aspekter påverkar upplevelsen av tillfredsställelse och välbefinnande i arbetslivet. För hög arbetstakt, samarbetsproblem och mobbning förekommer på arbetsplatser, vilket kan leda till ohälsa. Till följd av de problemen har antalet anmälda arbetssjukdomar till Arbetsmiljöverket (2015) i Sverige ökat sedan 2010 med drygt 70 procent, vilket även avspeglas i flera europeiska länder. I svenska medier framkommer att många svenska sjuksköterskor inte upplever en tillfredsställande arbetsmiljö och anser att den hotar patientsäkerheten.

Patientsäkerhet är en fundamental del av hälso- och sjukvård, varje steg i vårdprocessen innehåller en viss grad av osäkerhet som kan påverka patienten negativt. Många medicinska avvikelser uppkommer på grund av tidsbrist, långvarig upplevd stress eller överarbetad och trött personal. Detta kan påverka sjuksköterskans kognitiva funktioner vilket kan påverka kvaliteten på beslut hen tar, som i sin tur har en avgörande betydelse för patientsäkerheten. Hälso- och sjukvårds associerade infektioner, feldiagnostiseringar, medicinska avvikelser och vårdrelaterade skador är sammankopplade med patientsäkerhet. I utvecklingsländer, bland annat Vietnam, har forskning visat att medicinska felaktigheter eller avvikelser är vanliga samt skadliga. I dessa länder har patientsäkerhet varit ett erkänt problem sedan lång tid tillbaka och förbättringsarbete är pågående. Att minska förekomsten av vårdrelaterade patientskador är en uppgift för alla inom vården och inte minst för sjuksköterskan, som har mycket patientkontakt och utför många patientnära vårduppgifter. Det finns mycket att lära och kunskap att dela mellan länder. Då kunskapen om en hur vi möjliggör en god psykosocial arbetsmiljö inte bara kan förbättra sjuksköterskornas hälsa, utan även skydda patienterna från vårdskador.

4. Syfte

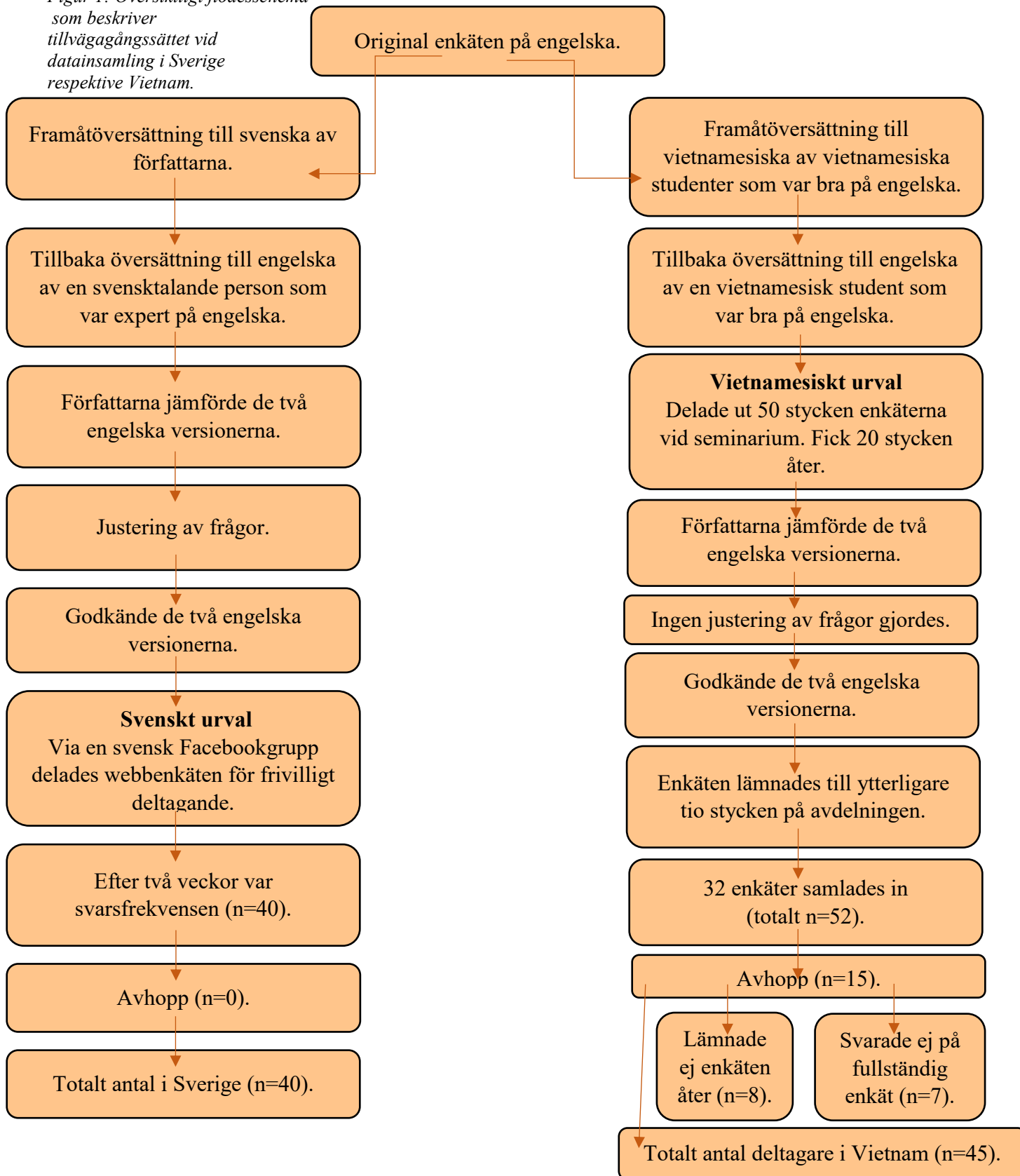
Syftet med arbetet var att beskriva psykosocial arbetsmiljö inom vården och dess inverkan på patientsäkerheten ur ett svenskt och vietnamesiskt sjuksköterskeperspektiv.

4.1. Frågeställning

- Vilka komponenter påverkar den psykosociala arbetsmiljön, samt kan man se likheter eller skillnader mellan Sverige och Vietnam?
- Påverkas patientsäkerheten av den psykosociala arbetsmiljön och i sådant fall på vilket sätt, samt kan man se likheter eller skillnader mellan Sverige och Vietnam?

5. Metod

Figur 1: Översiktligt flödesschema som beskriver tillvägagångssättet vid datainsamling i Sverige respektive Vietnam.



5.1. Design

För att besvara studiens syfte användes kvantitativ metod med deskriptiv och tvärsnittsdesign, för att statistiskt bearbeta samt analysera materialet (Patel och Davidson, 2003). Genom tvärsnittsdesign kan datainsamling ske från flera respondenter vid en och samma tidpunkt (Billhult och Gunnarsson, 2014b). Datamaterial samlades in via webbenkät i Sverige då metoden var smidig och lättillgänglig för respondenterna (Bryman, 2011), samt via pappersenkät i Vietnam utifrån sjukhusets chefsjuksköterskas rekommendation.

5.2. Urval

Bekvämlighetsurval användes, vilket innebar att lättillgängliga respondenter från Sahlgrenska Universitetssjukhus och Hanoi Medical University Hospital valdes ut för deltagande. Urvalsmetoden motiverades med att den var tidseffektiv samt kunde tänkas generera störst svarsfrekvens (Bryman, 2011). I Sverige rekryterades deltagare via en Facebookgrupp med legitimerade sjuksköterskor från hela Sverige och i Vietnam delades enkäten ut vid ett personalmöte samt till avdelningar. Inklusionskriterierna innebar att deltagarna skulle vara legitimerade sjuksköterskor, samt yrkesverksam i vården vid deltagandet.

För ett examensarbete är ett minimum på 40 deltagare rekommenderat. Enkäter med färre respondenter är svårt att bearbeta statistiskt samt anses vara för få för att kunna dra slutsatser (Ejegård, 2009; Tidström och Nyberg, 2012). Tidström och Nyberg (2012) beskriver även att vid jämförelse mellan två grupper bör deltagandet vara minst 15 till 20 i varje grupp. Utifrån granskning av litteraturen valde författarna till denna studie att fokusera på att samla in minst 40 enkäter från respektive land. Svarsfrekvensen uppgick till 40 deltagare (100%) i Sverige. Av 60 utdelade enkäter i Vietnam uppgick svarsfrekvensen till 52 stycken (87%), varav det interna bortfallet uppgick till sju individer som inte besvarat alla frågor. Antalet fullständigt besvarade enkäter resulterade i 45 stycken (75%).

5.3. Instrument

Två tidigare validerade enkäter låg till grund för enkäten som användes vid denna undersökning, vilket är rekommenderat av Billhult och Gunnarsson (2014a) för att minska risken för metodfel. Enkäterna hämtades från en dansk vetenskaplig studie (Kristensen, Hannerz, Høgh och Borg, 2005) respektive en amerikansk studie (Hartmann, Rosen, Meterko, Shokeen, Zhao, Singer, Falwell och Gaba, 2008). Enkäterna var sedan tidigare validerade och innehöll frågor som ej var aktuella för denna studie, därför valdes endast de frågor som ansågs relevanta. Utifrån originalenkätens språk engelska (se Bilaga 6) översattes enkäten till svenska (se Bilaga 7) respektive vietnamesiska (se Bilaga 9). För att minska risken för språkförbristningar eller feltolkningar vid deltagandet användes metoden fram- och tillbakaöversättning (Ejlertsson, 2014; WHO, 2017) (se Bilaga 12). Via Google Docs utformades en svensk webbenkät eftersom det var ett lätthanterligt och kostnadsfritt verktyg och möjliggjorde att svarsfrekvensen var smidig att följa. Vid den vietnamesiska

datainsamlingen skrevs enkäten ut i pappersformat eftersom det var det enklaste sättet för deltagarna att medverka.

I enlighet med Ejlertsson (2014) är det fördelaktigt att dela in respondenterna i kategorier. Dessa var: ålder, kön, arbetsområde, yrkesverksamma år samt hur många patienter sjuksköterskan ansvarar för under ett arbetspass. Inom hälso- och sjukvård är det vanligt att kategorisera svarsalternativen till lämpliga intervall (Ejlertsson, 2014), vilket även gjordes i denna studie. Första delen av enkäten fokuserade på frågor kring den psykosociala arbetsmiljön och andra delen på patientsäkerhet. Totalt innehöll enkäten 22 frågor varav 15 inriktade sig på psykosocial arbetsmiljö och sju frågor på patientsäkerhet. Fråga 1-16 samt 21 är tagna från ett danskt frågeformulär (Kristensen et al., 2005) som finns översatt till flera språk, där fråga 6, 8 - 11 och 21 fanns tillgängliga på svenska. Den danska enkäten har bland annat använts i en australiensk undersökning om psykosocial arbetsmiljö (Dollard et al., 2012). Fråga 17-20 samt 22 hämtades från en amerikansk studie om patientsäkerhet som använts vid flera olika sjukhus i landet (Hartmann et al., 2008).

Författarna valde att utgå från objektivismen som ontologiska inriktningen (Bryman, 2011). Kopplingar och jämförelser utfördes genom statistisk bearbetning och analys (Patel och Davidson, 2003).

5.4. Datainsamling

5.4.1. Sverige

Svenska deltagare informerades om studien via ett inlägg i en sjuksköterskegrupp på webforumet Facebook (se bilaga 5), vilket Skärsäter och Ali (2014) skriver är rimligt eftersom informationen riktar sig till den tänkta målgruppen. Efter en vecka hade 25 besvarade enkäter från svenska sjuksköterskor inkommit, då skrevs ett inlägg i samma grupp som påminde om att delta. Påminnelsen informerade även medlemmar att de kunde dela länken till kollegor (se bilaga 5). På grund av tidsbrist valdes enkäten att avslutas efter två veckor, då hade totalt 40 svar inkommit vilket också var författarnas minimum.

5.4.2. Vietnam

Den vietnamesiska översättningen av informationsbladet och enkäten skrevs ut i pappersformat eftersom sjukhusets chefsjuksköterska ansåg det som mest lämpligt. Vid ett personalmöte informerades vietnamesiska sjuksköterskor om studien av sjukhusets chefsjuksköterska på vietnamesiska. Vid personalmötet delades enkäten ut till de sjuksköterskor som önskade delta i studien. Författarna var närvarande vid personalmötet och tillgängliga för frågor. 20 stycken enkäter samlades in under personalmötet. Efter mötet tillfrågade en kollega till sjukhusets chefsjuksköterska övriga sjuksköterskor på sjukhuset om de önskade delta, ytterligare 32 stycken enkäter samlades in.

5.5. Databearbetning

Insamlat datamaterial från webbenkäten exporterades från Google Docs till programmet Excel. Därefter importerades materialet till statistikprogrammet Statistical Package for the Social Sciences version 25 (förkortning: SPSS) för bearbetning och systematisering. Det vietnamesiska datamaterialet matades in manuellt av författarna. Därefter sammanställdes och presenterades materialet utifrån en statistisk och deskriptiv analys. Tidström och Nyberg (2012) skriver att variabler bör beskriva det som mäts i undersökningen samt hur varje variabel operationaliseras (se Bilaga 11). Med koppling till studiens syfte och frågeställning bestämdes beroende variablerna: Psykosocial arbetsmiljö och Patientsäkerhet. Utifrån beskrivning i bakgrunden fastställdes följande oberoende variabler till Psykosocial arbetsmiljö: Arbetsituation, Arbetsklimat, Arbetsorganisation och Resurser. Till Patientsäkerhet valdes de oberoende variablerna: Kvalitetssäker vård och Vårdsador. Innebörden i frågorna kondenserades och placerades på en mindmap under den oberoende variabel som frågan stämde överens med. En bakgrundsfråga "Patienter under ditt ansvar en vanlig arbetsdag" ansågs också meningsfull att placera under en oberoende variabel då den ansågs beskriva psykosocial arbetsmiljö.

5.5.1. Statistisk analys

För att se hur två eller flera variabler samvarierar utfördes korstabeller i programmet SPSS. Genom att en variabel läggs in vertikalt och en horisontellt presenteras total-, rad- eller kolumn-frekvenserna i korstabellen (Ejlertsson, 2012). Korsjämförelse av frågor som visade ett signifikant resultat låg till grund för resultatet. Analysen gjordes under: Analyze, Descriptive Statistics och Crosstabs med inställningarna: Exact, Chi-square, McNemar, Row, Column och Total. För att se signifikanta skillnader och kunna dra slutsatser av hypotesprövningar användes Chi-square-test. Signifikansnivå var $P=0.05$, vilket innebär att ju lägre signifikansnivån var ($P<0.05$), desto mer sannolikt blev resultatet. Testet talar om ifall två variabler är beroende eller oberoende av varandra, men inte hur mycket. Genom sammanslagning av kategorier, det vill säga minska antalet celler i tabellen, kunde de förväntade frekvenserna ökas (Djurfeldt, Larsson och Stjärnhagen, 2003).

5.6. Etiska ställningstaganden

Enligt Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) är syftet att skydda och respektera människor vid forskning. Lagen påvisar även att respekt ska visas gällande mänskliga rättigheter, grundläggande friheter, hälsa, säkerhet och personlig integritet. Författarna har övervägt nytta mot eventuella risker med enkätundersökningen för att minska risken för att skapa en känsla av skam hos respondenten (Ejlertsson, 2014). Det har tagits hänsyn till de fyra forskningsetiska principerna informations-, samtyckes-, konfidentialitets- och nyttjandekravet vid utformning av studien (Vetenskapsrådet, 2002). Detta dels genom att respondenterna informerades om studiens syfte och att deltagandet var frivilligt och att de kunde avbryta när de önskade. Enkäten inleddes med ett informationsblad som beskrev de två forskarna, studiens syfte samt etiska ställningstaganden (se bilaga 2). Via informationsbladet

upplystes deltagarna om att enkäterna betraktades strängt konfidentiellt, vilket innebar att ingen utomstående kunde ta del av materialet eller att den enskilde igenkänns (Ejlertsson, 2014). Informationsbrevet (se Bilaga 1, 2 och 3) förklarade att deltagandet var anonymt och att insamlad data endast användes i denna studie. Med hjälp av etiska principer ökades sannolikheten för säkerhet och välbefinnande för respondenterna (Kjellström, 2014). Informationsbrevet informerade även om att respondenterna gav sitt samtycke genom att de gick vidare och medverkade i enkäten (Ejlertsson, 2014). Utöver den skriftliga informationen gavs även samtycke muntligt av sjukhusets chefsjuksköterska vid rekrytering av vietnamesiska deltagare vid ett personalmöte.

6. Resultat

Majoriteten av alla deltagare var kvinnor, 87,5 % av de svenska respektive 73,3 % av de vietnamesiska, där alla även var under 40 år. Överlag var de vietnamesiska sjuksköterskorna äldre än de svenska, majoriteten av de vietnamesiska var mellan 31–40 år och de svenska under 30 år. Det var även fler manliga deltagare i Vietnam än Sverige (Se tabell 1). Resultatet av denna studie påvisar att de vietnamesiska sjuksköterskorna var mer erfarna än de svenska då 64,5 % arbetat i sex år eller mer, vilket enbart 25 % av de svenska sjuksköterskorna hade (Se tabell 2). I tabell 2 kan man utläsa att majoriteten av sjuksköterskorna i varje land hade ett patientansvar från 6 till 10 patienter. Dock visade det sig att Vietnam hade ett större patientansvar där 46,6 % hade 11 patienter eller fler under sitt ansvar en arbetsdag, i Sverige motsvarade det 25 % av sjuksköterskorna.

		Ålder			Total
		≤ 30	31 - 40	41 - 50	
Kön	Kvinna Sverige	55 %	27,5 %	5 %	87,5 %
	Kvinna Vietnam	35,6 %	37,7 %	0 %	73,3 %
	Man Sverige	2,5 %	10 %	0 %	12,5 %
	Man Vietnam	6,7 %	20 %	0 %	26,7 %

Tabell 1. Översikt över sjuksköterskornas ålder relaterat till kön.

	Sverige		Vietnam	
	Hur många år sjuksköterskan varit yrkesverksam	Antal patienter under sjuksköterskans ansvar	Hur många år varit yrkesverksam	Antal patienter under sjuksköterskans ansvar
≤ 2	45 %	10 %	13,3 %	8,9 %
3 – 5	30 %	22,5 %	22,2 %	8,9 %
6 – 10	10 %	42,5 %	51,2 %	35,6 %
11 – 20	15 %	20 %	13,3 %	26,6 %
≥ 21	0 %	5 %	0 %	20 %

Tabell 2. I procent anges hur många år sjuksköterskorna varit yrkesverksamma, samt hur många patienter de hade under sitt ansvar vid ett arbetspass. Totalt=100% per kolumn.

De flesta av de svenska sjuksköterskorna arbetade inom medicin (35 %), medan de vietnamesiska arbetade inom kirurgi (28,9 %) eller annat område utöver de svarsalternativ som delgavs i enkäten (33,3 %). I Sverige samlades data in från ett bredare spann arbetsområden än i Vietnam, där inga av deltagarna arbetade med barn och ungdom, psykiatri eller infektion (se Diagram 1).

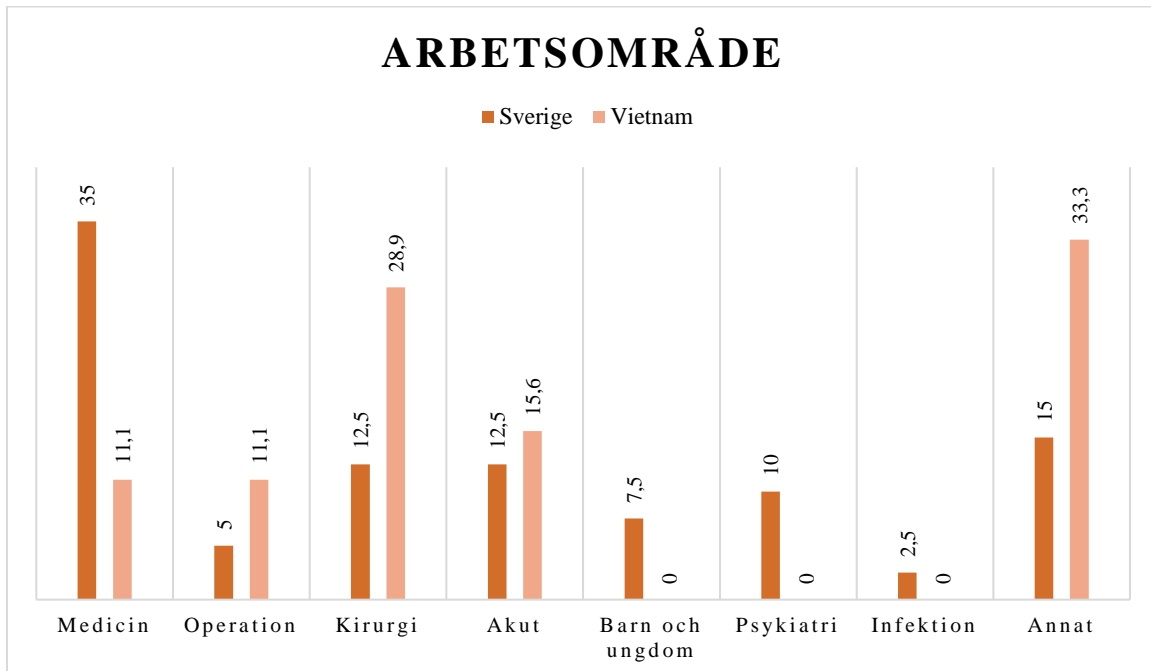


Diagram 1. Översikt över sjuksköterskornas arbetsområden, varje stapel presenteras i procent. Totalt 100% per land.

6.1. Psykosocial arbetsmiljö

6.1.1. Arbetsklimatets relation till arbetssituationen

God stämning mellan kollegor resulterade i nöjdhet med den psykosociala arbetsmiljön för de svenska ($P=0.005$) och en större nöjdhet med jobbet hos de vietnamesiska sjuksköterskorna ($P=0.013$). Fastän de vietnamesiska sjuksköterskorna alltid eller ofta behövde hålla koll på flera saker samtidigt ($P=0.028$) och alltid hade arbete att utföra ($P=0.014$), påverkades inte stämningen mellan kollegorna negativt. Att de vietnamesiska sjuksköterskorna ofta eller alltid behövde hålla koll på flera saker samtidigt var relaterat till att de behövde arbeta väldigt snabbt ($P=0.002$), samt resulterade i en ökad risk att behöva sluta jobbet på grund av hälsoskäl ($P=0.000$). Men oavsett om de ansåg arbetet medförda hälsorisker eller inte, var de ändå nöjda med den psykosociala arbetsmiljön ($P=0.025$) och med jobbet i helhet ($P=0.005$). För de svenska sjuksköterskorna sågs nöjdheten med jobbet i helhet inte påverkas av antalet patienter de ansvarade för ($P=0.030$).

6.1.2. Resursernas relation till arbetssituationen

Oavsett tillgång på information upplevde de svenska sjuksköterskorna en stor nöjdhet med sitt jobb ($P=0.027$). Utav samtliga deltagare sågs att i stor utsträckning ha tillgång till relevant

information resulterade i ökad nöjdhet med den psykosociala arbetsmiljön (Sverige $P=0.012$) (Vietnam $P=0.003$), samt för de vietnamesiska även större nöjdhet med jobbet i helhet ($P=0.001$). För de vietnamesiska deltagarna framkom att även stor tillgång på adekvata resurser resulterade i nöjdhet med den psykosociala arbetsmiljön ($P=0.014$) och med jobbet i helhet ($P=0.020$). Nöjdheten med arbetsituationen och den psykosociala arbetsmiljön sågs inte påverkas av antalet anställda på arbetsplatsen (Sverige $P=0.026$) (Vietnam $P=0.013$). De svenska sjuksköterskorna ansåg arbetsbördan öka när det var för få anställda på arbetsplatsen, vilket gjorde att de ibland eller ofta kände att arbetet samlades på hög ($P=0.041$). De vietnamesiska sjuksköterskorna ansåg antalet anställda vara lagom fastän de ofta eller alltid tyckte sig behöva hålla koll på flera saker samtidigt ($P=0.016$).

6.1.3. Arbetsorganisationens relation till arbetsituationen

De sjuksköterskor som hade tillräckligt med tid till sina arbetsuppgifter generade en större nöjdhet med den psykosociala arbetsmiljön (Sverige $P=0.001$) (Vietnam $P=0.036$), samt för de vietnamesiska sjuksköterskorna även med sitt jobb i helhet ($P=0.007$). Dock ansågs ändå arbetet ibland till ofta var ojämnt fördelat så att det samlades på hög (Sverige $P=0.041$) (Vietnam $P=0.000$). För de vietnamesiska sjuksköterskorna var tillräckligt med tid till arbetsuppgifterna associerade med att de också hade möjlighet att påverka den arbetsmängd de blev tilldelade ($P=0.020$). Trots att de svenska deltagarna hade ett högt arbetstempo fanns det oftast tillräckligt med tid till att utföra arbetsuppgifterna ($P=0.006$). Det höga arbetstempot kunde relateras till mer övertidsarbete ($P=0.043$), vilket i sin tur var associerat med att ibland eller ofta ha en ojämnt fördelad arbetsbörda ($P=0.012$). De vietnamesiska sjuksköterskorna kunde sällan eller ibland bestämma när de skulle ta rast, men var ändå nöjda med sitt jobb ($P=0.003$). Dock resulterade det i att de oftare upplevde ett högt arbetstempo ($P=0.000$), samt att det sällan var lite att göra på arbetsplatsen ($P=0.019$). De vietnamesiska deltagarna som ibland till ofta blev övertidsbeordrade behövde ofta till alltid hålla koll på många saker samtidigt under arbetspasset ($P=0.001$), och de hade ofta ett högt arbetstempo ($P=0.000$). Hos de svenska deltagarna hade övertidsbeordring ingen negativ inverkan på den psykosociala arbetsmiljön då majoriteten ändå ansåg sig nöjda ($P=0.027$).

6.1.4. Resursernas relation till arbetsklimatet

Oavsett i vilken utsträckning de svenska sjuksköterskorna hade tillgång på information var det en god stämning med kollegorna ($P=0.032$). För de vietnamesiska sjuksköterskorna sågs detta samband vid tillräcklig tillgång på information ($P=0.012$), där även en minskad risk att sluta arbetet på grund av hälsoskäl var relaterat till tillräcklig informationsmängd ($P=0.014$). Den goda stämningen mellan kollegor påverkades inte av täckningen av personal, oavsett om det ansågs vara för få eller lagom många anställda (Sverige $P=0.042$) (Vietnam $P=0.017$). Hos de vietnamesiska sjuksköterskorna framkom dock att vid lite för få anställda kände majoriteten en oro över att behöva säga upp sig på grund av hälsoskäl, men känslan avtog redan vid lagom antal anställda ($P=0.005$). Vidare påvisades att ett patientansvar under tio patienter associerades med tillräcklig tillgång till resurser som faciliteter och verktyg för de vietnamesiska sjuksköterskorna. Över tio patienter per dag resulterade i att man bara i någorlunda omfattning hade tillräckliga resurser ($P=0.047$).

6.1.5. Arbetsorganisationens relation till arbetsklimatet

Att sällan eller ibland ha tillräcklig med tid till sina arbetsuppgifter associerades med en ökad risk att sluta jobbet på grund av hälsoskäl, att ofta ha tillräckligt med tid visade sig minska risken hos de svenska sjuksköterskorna ($P=0.010$). För de vietnamesiska sjuksköterskorna framkom att ofta ha tid till att utföra arbetsuppgifterna resulterade i att inte behöva sluta jobbet på grund av hälsoskäl ($P=0.000$). Stämningen mellan kollegor förblev god oavsett om de svenska sjuksköterskorna behövde arbeta övertid eller inte ($P=0.024$), samt oavsett om de vietnamesiska sjuksköterskorna kunde ta rast när de ville eller inte ($P=0.026$). De svenska sjuksköterskor som kunde bestämma när de skulle ta rast ansåg i lägre grad arbetet medföra en hälsorisk ($P=0.001$). Däremot kunde övertidsbeordring associeras med en ökad hälsorisk ($P=0.011$).

6.2 Patientsäkerhet

Svenska sjuksköterskor ansåg i större utsträckning än de vietnamesiska, att arbetsmisslag kan leda till personskada (Se tabell 3). De har även i större grad utfört ett osäkert arbetsmoment det senaste året (Se diagram 2). I Vietnam ansågs ledningen i större utsträckning erbjuda ett patientsäkert klimat på sjukhuset än i Sverige, däremot ansåg deltagare från båda länderna att det ofta fanns tillräckligt med resurser för att arbeta patientsäkert (Se tabell 3). Diagram 3 visar att deltagare från båda länderna delvis avvikit från korrekt arbetsutförande, varav nästan dubbelt så många svenska som vietnamesiska sjuksköterskor i hög grad utfört en avvikande handling.

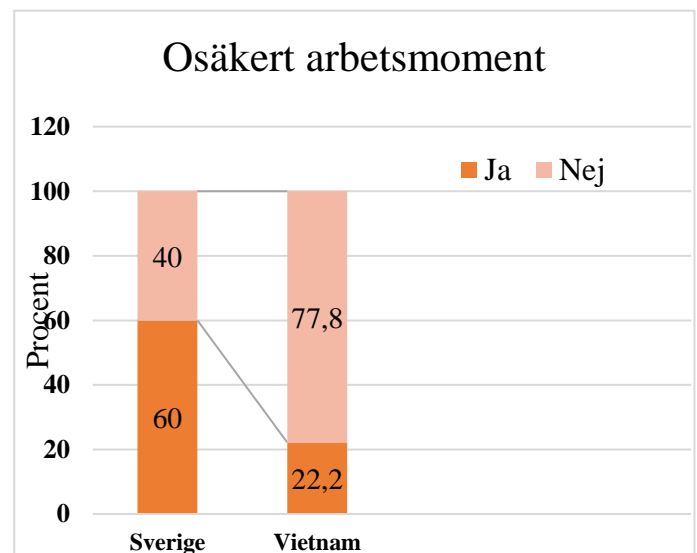


Diagram 2. Sjuksköterskornas svarsfrekvens i procent på frågan "Under det senaste året, har du gjort något som inte var säkert för patienten?".

Om ledningen främjade ett klimat för patientsäker vård ansåg de svenska sjuksköterskorna i större utsträckning ha tillräckligt med resurser ($P=0.000$) samt tid ($P=0.024$), för att kunna arbeta patientsäkert. Likande resultat påfanns hos de vietnamesiska sjuksköterskorna som ansåg sig ha tillräckligt med tid ($P=0.000$) och vara försedda med adekvata resurser ($P=0.011$), för att arbeta patientsäkert, om ledningen erbjöd ett stödjande klimat även om trycket var stort på enheten. Ledningens stödjande klimat avspeglades även genom att de vietnamesiska sjuksköterskorna bara delvis till mycket låg grad utfört en avvikande handling ($P=0.000$). De svenska sjuksköterskorna ansåg att ett stödjande klimat var relaterat till en ledning som inte krävde att de skulle arbeta snabbare eller ta genvägar i arbete. Motsatsen framkom tydligt, då en icke stödjande ledning resulterade i att sjuksköterskorna ibland eller ofta blev uppmanade att arbeta snabbare, trots att det kunde påverka patientsäkerheten ($P=0.000$). Påtryckning från

ledningen att arbeta snabbare kunde associeras med att de svenska sjuksköterskorna ibland inte hade tillräckligt med tid till att arbeta patientsäkert ($P=0.022$), samt att de delvis till i hög grad avvikit från korrekt utförande av arbete ($P=0.036$).

	Alltid		Ofta		Ibland		Sällan		Aldrig/nästan aldrig	
	Sve.	Viet.	Sve.	Viet.	Sve.	Viet.	Sve.	Viet.	Sve.	Viet.
Personskada relaterat till arbetsmisslag	50	17,8	37,5	13,3	10	6,7	2,5	26,7	0	17,8
Ledningens främjande av patientsäkerhet	7,5	73,4	40	20	25	4,4	22,5	2,2	5	0
Resurstillgång för patientsäker vård	5	15,6	50	55,6	30	17,8	12,5	11	2,5	0
Högt tempo relaterat till patientsäkerhet	5	2,2	27,5	6,7	27,5	2,2	20	26,7	20	62,2
Tidsmängd relaterat till patientsäker vård	7,5	29	50	51,1	37,5	13,3	5	4,4	0	2,2

Tabell 3. Deltagarnas svar på frågorna kring patientsäkerheten på deras arbetsplats. Sverige (Sve.) och Vietnam (Viet.) presenteras bredvid varandra. Totalt 100% per fråga.

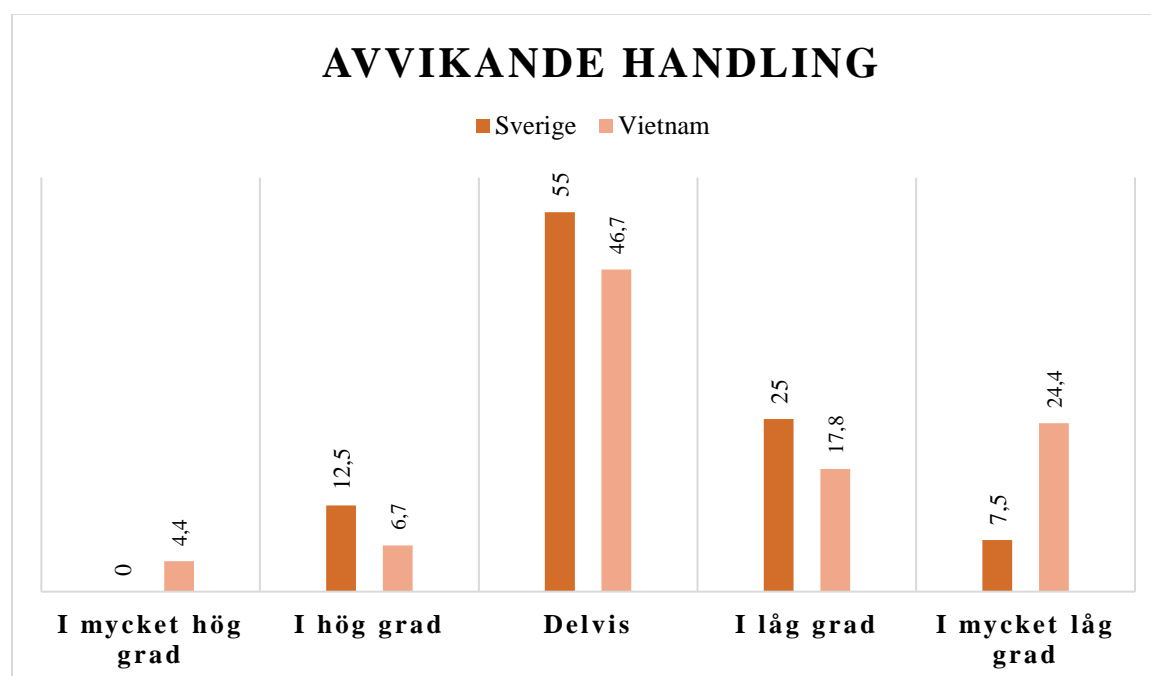


Diagram 3. Deltagarnas svar på frågan: "Måste du ibland göra något som egentligen borde ha gjorts annorlunda?". Varje stapel presenteras i procent. Totalt 100% per land.

6.3. Psykosociala arbetsmiljöns relation till patientsäkerheten

6.3.1 Arbetssituationens relation till patientsäkerheten

De vietnamesiska sjuksköterskornas nöjdheten med den psykosociala arbetsmiljön kunde associeras med tillräcklig tillgång på resurser för patientsäker vård ($P=0.030$), samt ett delvis avvikande från korrekt arbetsutförande ($P=0.010$). De vietnamesiska sjuksköterskorna ansåg att de sällan eller aldrig hade för lite att göra på arbetsplatsen och var trots det ofta försedda med adekvata resurser för att arbeta patientsäkert ($P=0.030$). En arbetsbörda som ibland eller ofta var ojämnt fördelad för de svenska sjuksköterskorna resulterade i delvis avvikande från korrekt utfört arbete ($P=0.012$) och ökad grad av patientsäkert arbetsutförande ($P=0.007$). De som sällan eller ibland kunde påverka arbetsmängden hade i större utsträckning delvis avvikit från korrekt utfört arbetsmoment ($P=0.001$). Vietnamesiska sjuksköterskor som ofta eller alltid hade tillräckligt med tid till att arbeta patientsäkert ($P=0.023$) eller de som ansåg att arbetsmisslag inte kunde leda till personskada ($P=0.037$), hade sällan eller aldrig ojämnt fördelad arbetsbörda. Dock hade de delvis avvikit från korrekt utfört arbetsmoment, även om arbetsbördan sällan eller aldrig var ojämnt fördelad ($P=0.000$). Oavsett låg eller hög arbetsbörda fanns det oftast tillräckligt med resurser för patientsäker vård för de vietnamesiska deltagarna ($P=0.002$), samtidigt uppmanade ledningen inte till att de skulle arbeta snabbare vid högt tryck på enheten ($P=0.001$).

Ledningen främjade oftast ett patientsäkert klimat, vilket resulterade i att de svenska sjuksköterskorna var nöjda till väldigt nöjda med sitt jobb ($P=0.012$), men de var ibland eller ofta var tvungna att arbeta väldigt snabbt ($P=0.009$). Trots ett högt arbetstempo fanns tillräckligt med tid att arbeta patientsäkert ($P=0.002$). De vietnamesiska sjuksköterskorna var mer nöjda med jobbet när ledningen inte uppmanade dem att öka arbetstempo om trycket byggdes upp på enheten ($P=0.004$). De som var nöjda med jobbet hade också ofta till alltid tillräckligt med tid till att ge patientsäker vård ($P=0.028$) och hade enbart delvis till låg grad avvikit från korrekt arbetsutförande ($P=0.000$).

6.3.2. Arbetsorganisationens relation till patientsäkerheten

Tillräckligt med tid till arbetsuppgifterna innebar att de svenska sjuksköterskorna oftare var försedda med adekvata resurser ($P=0.002$) och oftast hade tillräckligt med tid till att arbeta patientsäkert ($P=0.000$). De svenska deltagare som nästan aldrig eller aldrig behövde arbeta övertid hade en ledning som nästan aldrig eller aldrig ville att de skulle öka arbetstempot vid ökat tryck på avdelningen. Motsatsen påvisades då de som ibland eller ofta behövde arbeta övertid också ibland till ofta kände påtryckningar från ledningen att öka arbetstempot, trots att det kunde påverka patientsäkerheten ($P=0.001$). Oavsett övertids beordran eller ej, hade de ändå ibland eller ofta tillräckligt med tid till att arbeta patientsäkert ($P=0.018$). För de vietnamesiska sjuksköterskorna var tillräckligt med tid till arbetsuppgifterna associerat med en ledning som främjade ett patientsäkert klimat ($P=0.004$) och som aldrig uppmanade till ökat arbetstempo vid högt tryck på enheten ($P=0.012$). Samtidigt relaterades det med att delvis avvika från korrekt utförande av arbetsmoment ($P=0.000$).

6.3.3. Arbetsklimatets relation till patientsäkerheten

Hos de svenska sjuksköterskorna kunde en god stämning mellan kollegorna associeras med en ledning som stöttade ett klimat för patientsäker vård ($P=0.011$). Den goda stämningen kvarstod även om ledningen ibland till ofta ville att de skulle öka arbetstempot när trycket byggdes upp på enheten ($P=0.008$). Dock kunde de svenska sjuksköterskorna tänka sig att sluta arbetet på grund av hälsoskäl, när ledningen ibland till ofta ville att de skulle arbeta snabbare ($P=0.023$). En god stämning mellan kollegor resulterade i minskat patientsäkert arbetsutförande för de vietnamesiska sjuksköterskorna ($P=0.036$), samt att ledningen främjade ett patientsäkert klimat ($P=0.000$) och inte pushade till att arbeta snabbare vid ökat tryck på enheten ($P=0.031$). Att ofta ha tillgång till de resurser ($P=0.001$) samt den tid ($P=0.000$) de vietnamesiska sjuksköterskorna behövde för att arbeta patientsäkert, innebar att de i mindre grad behövde sluta jobbet på grund av hälsoskäl. Ju fler patienter de svenska sjuksköterskorna ansvarade för under en arbetsdag, i desto mindre grad hade de tiden som behövdes för att slutföra sina arbetsuppgifter patientsäkert ($P=0.013$). När patientansvaret per sjuksköterska var över tio stycken resulterade det i ett delvis avvikande från korrekt arbetsutförande för de vietnamesiska deltagarna, vid under tio patienter per dag avvek de i mycket låg grad ($P=0.029$).

6.3.4. Resursernas relation till patientsäkerheten

Stor tillgång till information medförde att de vietnamesiska sjuksköterskorna inte arbetat patientsäkert det senaste året ($P=0.039$), men att de delvis avvikit från korrekt arbetsutförande ($P=0.005$). Det resulterade också i att de hade tillräckligt med tid till att arbeta patientsäkert ($P=0.001$), samt att ledningen stöttade ett patientsäkert klimat ($P=0.009$) och inte pushade personalen att arbeta snabbare vid ökat tryck på enheten ($P=0.003$). Oavsett om de vietnamesiska sjuksköterskorna någorlunda eller i stor utsträckning hade tillgång till de resurser de behövde för att utföra sitt arbete, resulterade det ändå i att de delvis avvikit från korrekt arbetsutförande ($P=0.035$). När de svenska sjuksköterskorna ansåg att ledningen främjade ett patientsäkert klimat på arbetsplatsen ansåg de också ha tillgång till relevant information för att genomföra arbetet väl ($P=0.003$). Att i stor utsträckning ha tillgång på information resulterade i att de också hade tillräckligt med tid ($P=0.000$) och var försedda med adekvata resurser för att arbeta patientsäkert ($P=0.000$).

Enligt de svenska sjuksköterskorna medförde för få anställda på arbetsplatsen en ökad risk för att arbetsmissstag kunde skada andra personer ($P=0.000$). Det ökade också känslan av att ledningen ibland till ofta krävde att de skulle öka arbetstempot, trots att det kunde påverka patientsäkerheten ($P=0.014$). Samtidigt som de svenska sjuksköterskorna ansåg att det var lite för få anställda, främjade ledningen ett klimat för patientsäker vård på arbetsplatsen ($P=0.002$). Vid icke adekvat täckning av personal ansåg de vietnamesiska sjuksköterskorna att det inte fanns tillräcklig tillgång på resurser för att arbeta patientsäkert ($P=0.000$). Vid lagom många anställda fanns det tillräckligt med tid till att arbeta patientsäkert ($P=0.003$), samt var en minskad risk för att utföra ett osäkert arbetsmoment ($P=0.029$). Oavsett antalet anställda stöttade alltid ledningen ett patientsäkert klimat ($P=0.014$) och påtvingade inte att öka arbetstempo vid ökat tryck på enheten ($P=0.014$).

7. Metoddiskussion

Kvantitativ ansats ansågs fördelaktigt då författarna ej behärskade vietnamesiska och vietnamesernas engelskkunskaper var begränsade. Ytterligare anledning till kvantitativ metodval var att deltagarna kunde besvara enkäten på respektive modersmål, vilket minskade språkförbristningen och studiens trovärdighet ökade. Metodvalet kan även förklaras med att författarna ansåg att en statistisk presentation inom ämnet var värdefullt innan en kvalitativ studie görs. Att använda två färdiga och validerade enkäter ansåg Billhult och Gunnarsson (2014a) vara fördelaktigt. Detta innebär att frågorna testats i tidigare studier, mäter det de är avsedda att mäta och konstruerade så att risken för missuppfattningar minimerats. Det kan ses som en styrka att enkätfrågorna testats i tidigare studier, dock är inte enkäten från denna studie validerad då enstaka frågor valts ut från tidigare enkäter och satts ihop i ny ordningsföljd. Samtliga enkätfrågor översattes från originalspråket engelska, till svenska respektive vietnamesiska. Det innebär att språkförbristningar som påverkade frågornas utformning, kan förekomma och eventuellt inverka på resultatets validitet. För att undvika språkförbristningar användes en fram- och tillbaka-översättning (Ejlertsson, 2014; WHO, 2017). Innan enkäterna sändes ut blev frågorna dessutom granskade av handledarna från både Sverige och Vietnam, med fokus på syfte och referensram. Ytterligare en fördel med att använda färdiga och validerade enkäter var att jämförelse med tidigare studier som använt sig av samma frågor var möjligt (Billhult och Gunnarsson, 2014a).

Tillvägagångssättet ansågs effektivt då liknande urval kunde göras i båda länderna. Bekvämlighetsurvalet var inte representativt för hela ländernas befolkning, vilket medförde att inga statistiska generaliseringar kunde utföras (Bryman, 2011) och kan ses som en begränsning. Att det förekom spridning av deltagarnas ålder, antal yrkesverksamma år samt arbetsområde, skapade en bred deltagargrupp som ansågs vara fördelaktigt (Billhult och Gunnarsson, 2014a). Resultatet av denna studie tyder på att de vietnamesiska sjuksköterskorna var mer erfarna än de svenska. Orsaken kan eventuellt bero på att de svenska sjuksköterskorna bjöds in via en Facebookgrupp där medlemmarna eventuellt var yngre och inte lika erfarna. De vietnamesiska sjuksköterskornas spridning av yrkesverksamma år blev eventuellt bättre representerad när de bjöds in till studien under ett personalmöte. Att välja ett likadant tillvägagångssätt i Sverige som i Vietnam hade kunnat innebära ett bredare spann av deltagare och minskat denna skillnad. Rekryteringen av svenska deltagare via Facebook-gruppen för sjuksköterskor kan ha inneburit bias, det vill säga ett systematiskt fel i resultatet (Ejlertsson, 2014). I Facebook gruppen finns medlemmar från alla sjukhus i Sverige, vilket kan ha medfört att sjuksköterskor utanför Sahlgrenska universitetssjukhus har medverkat i studien. För att minimera den risken beskrevs ovanstående punkter i informationsbrevet som kriterier för deltagande. Länken som fanns tillgänglig ökade möjligheten att nå ut till sjuksköterskor utanför gruppen, vilket eventuellt förstärkte mångfalden.

Den svenska svarsfrekvensen hade eventuellt blivit högre ifall webbenkäten funnits tillgänglig mer än två veckor. Svarsfrekvens kan relateras till enkätens design med parametrar som förtroendeingivande utformning, stavfel, svarstid och påminnelser (Ejvegård, 2009).

Svarsfrekvensen kan ha påverkats av att ingen sista svarstid skrevs och att bara en påminnelse gjordes, till de svenska sjuksköterskorna. Alternativt om deltagarna inte kände att något svarsalternativ passade in på dem och då valde att avbryta. För att undvika bortfall kontrollerades enkätens utformning och utseende noggrant. I Sverige kunde bortfall motverkas genom att alla frågor var obligatoriska, därmed kunde deltagarna inte gå vidare till nästa fråga förens föregående var besvarad. Anledningen till att bortfall förekom i den vietnamesiska datainsamlingen kan vara att deltagarna fyllde i en pappersenkät och kunde därmed undvika att svara på frågor. Det interna bortfallet i den vietnamesiska datainsamlingen kan ha orsakats av otydlighet i instruktionerna, då samma informationsbrev användes till båda länderna trots olika insamlingsmetoder. För de svenska deltagarna kunde bortfall minimeras genom att webbenkätens frågor var obligatoriska.

Kvaliteten av det svenska informationsbrevet ansåg författarna inte påverkades av att tillbakaöversättning inte gjordes. Med anledning till att författarna ansåg sig behärska goda engelskkunskaper samt att brevet inte tycktes inverka på tolkningen av enskilda frågor. Att fram- och tillbakaöversättning gjordes vid den vietnamesiska översättningen av informationsbrevet ansågs däremot nödvändigt, eftersom författarna inte behärskade vietnamesiska och önskade försäkra sig om att översättningen var korrekt. Det ansågs inte optimalt att tillbakaöversättningen av den vietnamesiska enkäten och informationsbrevet tillhandahölls författarna efter det att de skrivits och delats ut. Kontrolleringen av översättningen med originalversionen visade inga större olikheter, vilket var positivt för studiens validitet och trovärdighet. Det som framkom var att fråga ett kan inneburet feltolkning. Författarna befarar att de vietnamesiska deltagarna trodde att fråga ett syftade till "nöjdheten med arbetsplatsen", medan originalversionen och den svenska versionen syftade till "nöjdheten med den psykosociala arbetsmiljön". Detta kan påverka studiens resultat och trovärdighet.

Auktoriteter som den vietnamesiska chefsjuksköterskans medverkan vid enkätutdelning, fick studien att uppfattas som mer seriös och pålitlig, vilket kan generera en högre svarsfrekvens (Bryman, 2011). Det kunde dock inte garanteras att respondenterna inte upplevde någon yttre press att delta från denna auktoritet. Det diskuterades att använda enhetschefer som ett mellansteg till att dela ut enkäten även i Sverige. Författarna ansåg dock att sociala medier skulle vara ett mer tidseffektivt sätt att få in svar från respondenter, men är medvetna om att det andra tillvägagångssättet hade kunnat bidra med fler svar. Författarna förmodade att rekryteringen vid personalmötet påverkades positivt av deras närvaro genom att de visade sig engagerade och angelägna om studien samt kunde besvara eventuella frågor. Att ett muntligt samtycke, utöver det i informationsbrevet, gavs muntligt på vietnamesiska av sjukhusets chefsjuksköterska ansåg författarna påverkade det etiska ställningstagandet positivt. Dock gick det inte att fastslå om deltagarna som rekryterades efter mötet fick samma muntliga information om samtycke, men de fick garanterat det i informationsbrevet. Samma informationsbrev som beskrev deltagande via webbenkät delades även ut i Vietnam, vilket kan medfört missförstånd för de vietnamesiska deltagarna. Denna problematik hanterades genom muntlig information om hur man fyller i enkäten samt att författarna fanns på plats för eventuella frågor. Dock kunde detta inte garanteras vid rekryteringen efter personalmötet, då författarna inte närvarande.

Risken för felaktigheter vid inmatning av webbenkäten minimerades genom kopieringen via Excel, vilket ökade studien trovärdighet. När författarna manuellt matade in de vietnamesiska svaren i SPSS kan misstag förekommit. Detta försökte minimeras genom att båda författarna kontrollerade svaren från enkäten med inmatningen i SPSS. Författarna ansåg ändå att pappersenkäter var den mest lämpliga metoden vid den vietnamesiska datainsamlingen, då internet och datortillgång var bristfälligt. Datainsamlingsmetoden webbenkät anser Billhult och Gunnarsson (2014a) innehåller flera fördelar som till exempel att den är enkel att medverka i om deltagaren har tillgång till dator och internet. Eventuell begränsning kan vara att det ställs krav på att deltagaren har datorvana och svårigheter att få en uppfattning av bortfall (Billhult och Gunnarsson, 2014a). Webbenkäten möjliggjorde inget utrymme för icke verbala budskap, eftersom ingen personlig kontakt existerade (Bryman, 2011). Författarna diskuterade ett öppet kommentarsfält för respondenterna, men detta var inte genomförbart på grund av arbetets tidsram.

Studien tog hänsyn till etiska ställningstagandena, vilket Bryman (2011) anser är viktigt vid datainsamling. Informationsbrevet i studien belyste konfidentialitet samt anonymitet, och respondenterna kunde inte spåras till enkäterna. Insamlat datamaterial användes endast i denna studie, vilket uppfyller nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002) som beskrevs i informationsbrevet. Datainsamlingen bearbetades enbart av studiens två forskare, vilket stärker respondenternas informationsskydd (Bryman, 2011), samt var numrerade och gick inte att spåra till specifik deltagare. De förvarades säkert hos en av författarna för att uppfylla de etiska kraven. Trovärdigheten stärks ytterligare av att handledare kontrollerat resultatets beskrivningar (Henricson, 2014b).

8. Resultatdiskussion

8.1. Psykosocial arbetsmiljö

8.1.1. Arbetsklimatets relation till arbetssituationen

För de svenska sjuksköterskorna framkom att bra stämning mellan kollegor var den viktigaste komponenten för att uppleva god psykosocial arbetsmiljö, vilket styrks av tidigare forskning (Olofsson et al., 2003). De vietnamesiska sjuksköterskorna ansåg att de ständigt hade arbete att utföra och samtidigt behövde arbeta väldigt snabbt, vilket bekräftas av tidigare studier gjorda i landet (Huang och Yang, 2011). Att behöva hålla koll på flera saker samtidigt och arbeta väldigt snabbt påverkade hälsan i den mån att vietnamesiska sjuksköterskor övervägde att säga upp sig. Detta styrks av Bégat et al. (2005) som skriver att större press och stress ökar risken för uppsägningar.

8.1.2. Resursernas relation till arbetssituationen

Resultatet visade att vietnamesiska sjuksköterskor ansåg att tillgång på resurser i stor grad påverkade arbetssituationen positivt. Litteraturen säger att landet har begränsande resurstillgångar så som överfulla sjukhus samt ett högt patientantal (Ng'ang'a et al., 2014; Nguyen et al., 2017). Det sistnämnda visades även i denna studie då majoriteten av de vietnamesiska sjuksköterskor hade flerpatienter, jämfört med de svenska. Orsaken till att de vietnamesiska sjuksköterskorna ändå var nöjda med arbetssituationen verkade vara den goda tillgången på information och resurser. En möjlig förklaring skulle kunna vara att de vietnamesiska sjuksköterskorna såg patientens anhöriga som en resurs som avlastade dem i arbetet. Att de anhöriga avlastade sjuksköterskan inom den vietnamesiska vården (K. Cowie, personlig kommunikation, 6 oktober 2017; Nguyen et al., 2017) är en markant skillnad från Sverige. Eventuellt var det därför de svenska sjuksköterskorna inte påvisade samma resultat.

Trots att deltagarna från både Sverige och Vietnam var eniga om att det inte var adekvat täckning av personal påverkades inte arbetssituationen negativt, troligtvis då sjuksköterskorna samtidigt var nöjda med den psykosociala arbetsmiljön. En möjlig orsak skulle kunna vara att andra faktorer inom exempelvis arbetsklimatet eller arbetsorganisationen vägde upp upplevelsen av arbetssituationen. Ett intressant fynd var att de svenska sjuksköterskorna ansåg att den otillräckliga personalstyrkan resulterade i att arbetet samlades på hög, vilket kan vara ett tecken på att de har mycket att göra. Trots det påverkades inte den psykosociala arbetsmiljön negativt, vilket motsätter sig tidigare forskning som påvisar att en tung arbetsbörda avspeglas på upplevelsen av den psykosociala arbetsmiljön (Huang och Yang, 2011).

8.1.3. Arbetsorganisationens relation till arbetssituationen

Deltagarna från båda länderna var eniga om att arbetsorganisationen påverkade arbetssituationen positivt. Detta då sjuksköterskorna var nöjda med den psykosociala arbetsmiljön om det fanns tillräckligt med tid samt oberoende av beordring av övertid eller inte. Litteraturen beskriver att ökad nöjdhet hos sjuksköterskorna fås om arbetsorganisationen erbjuder bra arbetsschema, tillräcklig återhämtning eller en stöttande arbetsatmosfär (Huang

och Yang, 2011). Detta stämmer även överens med resultatet av den australiensiska studien (Dollard et al., 2012) som beskriver att motsatsen kan leda till psykisk och fysisk utmattning eller psykisk ohälsa, vilket sjuksköterskorna i denna studie inte påvisade. Vikten av en stödjande ledning belyses inte bara av Huang och Yang (2011) utan är även en av stödjepelarna i krav-kontroll-stöd modellen. Där förklaras att en stödjande atmosfär har stor påverkan på hur individen reagerar på en påfrestande psykosocial arbetsmiljö (Karasek och Theorells, 1990). Ju mer en individ är styrd och kontrollerad i desto lägre grad trivs man på arbetsplatsen (Håkansson, 2005). Utifrån datamaterialet och ovanstående diskussion kan det tolkas att båda ländernas sjukhusledning och arbetsorganisationer arbetar för personalens bästa.

Resultatet påvisade även att de vietnamesiska sjuksköterskorna måste ha koll på flera saker samtidigt och att de svenska sjuksköterskorna hade en ojämn arbetsbörda. Detta kan associeras med litteraturen som belyser att det är vanligt med en hög arbetsbelastning i Vietnam (Ng'ang'a et al., 2014) och i Sverige ska en allt större mängd arbete utföras under kortare tid (Zanderin, 2005). Att sjuksköterskorna dessutom blev övertidsbeordrade kan det resultera i ökad stress och press, vilket Bégat et al. (2005) anser kan riskera orsaka missnöje samt uppsägningar i personalgruppen. I längden hotar detta patientsäkerheten (Wang et al., 2014) och kan direkt eller indirekt orsaka vårdskada (Nitzelius och Söderlöf, 2008).

8.1.4. Resursernas relation till arbetsklimatet

Deltagarna från länderna var överens om att resurserna inte påverkade arbetsklimatet negativt i den mån att stämningen mellan kollegorna visade sig vara god, oavsett antal anställda. Enligt vietnamesiska sjuksköterskor var det optimala patientantalet per sjuksköterska under tio patienter, eftersom de då hade tillräckligt med resurser för att utföra arbetet, motsatsen påvisades vid fler patienter. Drygt hälften av de vietnamesiska sjuksköterskorna hade färre än tio patienter, vilket innebar att en stor mängd var så belastade att resurstillgången äventyrades. Det kan associeras med det K. Cowie (personlig kommunikation, 6 oktober 2017) berättade om den vietnamesiska journalföringen. Enligt henne var det vanligt att patientinformationen var ofullständig eftersom överrapportering och adekvat journalföring inte genomfördes. Ytterligare brister som eventuellt påverkade resurstillgången kan tänkas vara bristen inom medicinsk utrustning och specialistutbildad personal (Cheng, 2014). Vid för få anställda fanns en risk att de vietnamesiska sjuksköterskorna sa upp sig på grund av hälsoskäl. Att de upplevde att de var för få anställda, ansåg författarna till denna studien var rimligt, eftersom Cheng (2014) berättade att det i verkligheten var 1,5 sjuksköterskor per läkare i Vietnam, när det egentligen skulle vara fyra.

8.1.5. Arbetsorganisationens relation till arbetsklimatet

Om arbetsorganisationen inte försåg sjuksköterskorna med tillräcklig tid till sina arbetsuppgifter påverkades arbetsklimatet, genom att fler upplevde en hälsorisk och övervägde att sluta. Detta överensstämmer med Dollard et al. (2012) som också presenterade att arbetsklimatet och den psykosociala arbetsmiljön kan påverkas av ledningens stöd, emotionella krav och arbetsbelastning. En dansk studie (Kristensen et al., 2005) presenterade att sjuksköterskor tillhör den yrkesgrupp som generellt har höga emotionella krav. I Sverige framkom även att övertidsbeordring och begränsningar till att bestämma sin rast, ökade känslan

av att arbetet medförde hälsorisker. Dessa faktorer inom arbetsorganisationen kan tänkas påverka arbetsklimatet genom ökad känsla av press och stress, samt minskad möjlighet för återhämtning från stressorer. Något som påverkar den psykosociala arbetsmiljö negativ (Huang och Yang, 2011) samt kan leda till psykisk ohälsa (Wang et al., 2015; Dollard et al. 2012).

8.2. Patientsäkerhet

En stödjande och främjande ledning resulterade i ett mer patientsäkert omvårdnadsarbete, vilket bekräftas av både svenska och vietnamesiska sjuksköterskor. Framförallt resulterade det i tillräckligt med resurser och tid för att kunna arbeta patientsäkert, vilka ses som viktiga faktorer för att ge en kvalitetssäker vård (Nguyen et al., 2017). Sjuksköterskorna från de båda länderna skilde sig åt gällande utförandet av avvikande handling samt utförandet av osäkert arbetsmoment, där de svenska sjuksköterskorna ansåg sig göra detta i större grad än de vietnamesiska. Enligt litteraturen är Vietnam ett land med problematik gällande patientsäkerheten (Haaijer-Ruskamp et al., 2015) vilket inte påvisades i denna studie, då majoriteten inte upplevde sig ha arbetat patientsäkert eller utfört en avvikande handling. En förklaring kan vara att de vietnamesiska sjuksköterskorna inte hade tillräcklig kunskap i området för att veta om de arbetat patientsäkert eller inte, då de saknar tydliga riktlinjer att arbeta efter (K. Cowie, personlig kommunikation, 6 oktober 2017). Även Haaijer-Ruskamp et al. (2015) styrker detta då de förklarar att en stor del av problemet med patientsäkerheten är just den ovisshet utvecklingsländer har, samt otillräckligt utbildad vårdpersonal, något även Cheng (2014) bekräftar är ett problem i Vietnam.

8.3. Psykosociala arbetsmiljöns relation till patientsäkerheten

8.3.1. Arbetssituationens relation till patientsäkerheten

Faktorer inom arbetssituationen som en hög arbetsbörda eller arbetsbelastningen påverkade patientsäkerheten negativt enligt de svenska sjuksköterskorna, då risken för avvikande handling och icke patientsäkert arbetsutförande ökade. Detta överensstämmer med tidigare forskning där dessa faktorer ses ha en inverkan på patientsäkerheten (Ng'ang'a et al., 2014; Nguyen et al., 2017; Wang et al., 2015). I Vietnam sågs inte samma resultat framträda, trots att det framgår både i resultatet och tidigare forskning att de har en hög arbetsbelastning och arbetsbörda (Ng'ang'a et al., 2014; Nguyen et al., 2017). Som nämnts tidigare kan okunskapen kring patientsäkerhet förklara denna skillnad (Cheng, 2014; Haaijer-Ruskamp et al., 2015), alternativt att andra faktorer i arbetssituationen vägde upp och påverkade patientsäkerheten positivt. Detta då psykosocial arbetsmiljö i helhet inverkar på upplevelsen av arbetssituationen, som i sin tur har en påverkan på patientsäkerheten (Huang och Yang, 2011). Detta stärks av resultatet från denna studie då de vietnamesiska sjuksköterskorna var väldigt nöjda med den psykosociala arbetsmiljön och sitt jobb i helhet, samt i låg grad arbetat patientsäkert.

8.3.2. Arbetsorganisationens relation till patientsäkerheten

För att gynna patientsäkerheten sågs den viktigaste komponenten vara en organiserad ledning. Båda länderna upplevde sig ha en ledning som främjade ett patientsäkert klimat och agerade stöttande vid högt tryck på enheten, vilket överensstämmer med Leijonhufvud och Nilheim (2013) som påvisar att en väl fungerande verksamhet lever upp till sitt ansvar. Detta resulterade i att sjuksköterskorna upplevde sig ha tillräckligt med tid till sina arbetsuppgifter, vilket ses som en viktig faktor för patientsäkert arbete (Haaijer-Ruskamp et al., 2015). Författarna till denna studie ansåg att ledningen bar ett stort ansvar för patientsäkerheten eftersom det ses som deras ansvar att tillgodose tillräcklig resurstillgång, tidsmängd till arbetsuppgifterna, återhämtning från stressorer och tillgodogöra en god psykosocial arbetsmiljö (Huang och Yang, 2011; Håkansson, 2005; Wang et al., 2015). Om sjuksköterskan inte upplevde de ovannämnda faktorerna, kan det tänkas påverka välmåendet, känslan av hanterbarhet samt patientsäkerheten. Det sågs även som positivt av författarna till denna studien, att patientsäkerheten inte verkade påverkas negativt av övertidsbeordring eller den begränsade möjligheten att bestämma över sin rast. Dessa komponenter kan relateras till att sjuksköterskorna har en hög arbetsbörda (Huang och Yang, 2011), trots det kunde de arbeta patientsäkert.

8.3.3. Arbetsklimatets relation till patientsäkerheten

Alla sjuksköterskor ansåg att ett ökat patientantal medförde en ökad risk att inte arbeta patientsäkert. Vilket även Aiken et al. (2002) beskriver, då det för varje ny patient en sjuksköterska får under sitt ansvar, ökar risken för patientdödlighet. Det kan tänkas att ett högt patientantal medförde ökad arbetsmängd och arbetsbelastning, som skall utföras på samma tidsmängd som vid ett mindre patientantal. Eventuellt innebar det ökad press och stress för sjuksköterskan vilket enligt Olofsson et al. (2003) kan leda till utbrändhet, som i sin tur hotar patientsäkerheten (Edland och Svensson, 2013).

Enligt Olofsson et al. (2003) kan ett gott samspel mellan kollegor vara främjande för sjuksköterskornas hälsa. Att främja sin egen och patienternas hälsa och välbefinnande ses enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2014) vara ett grundläggande ansvarsområde och ses ha god effekt på omvårdnadsarbetet, samt kan tänkas ha positiv effekt på patientsäkerheten. Båda ländernas sjuksköterskor ansåg att stämningen var god i arbetslaget, men ingen signifikans framkom på dess inverkan på den upplevda hälsan. Dock framkom det att de vietnamesiska sjuksköterskorna i mindre grad arbetat patientsäkert, vilket kan associeras med den goda stämningen mellan kollegorna. Eventuellt kan arbetskollegor spela en viktig roll för främjandet av patientsäkert arbete, de kan tänkas verka som en avlastning för att minska arbetsbördan, eller fungera som ett socialt stöd. Vilket Karasek och Theorells (1990) krav-kontroll-stöd modell, belyser vara viktigt för att klara av att hantera krav och press från arbetet.

8.3.4. Resursernas relation till patientsäkerheten

Att ha tillräcklig tillgång till information sågs starkt relatera till bättre patientsäkerhet, ett resultat som stärks från deltagare från båda länderna samt av Hollnagel (2013). Det resulterade i att sjuksköterskor hade bättre förutsättningar för patientsäkert arbete såsom tillräckligt med tid, stöttande ledning och bra resurser. Det kan tänkas att tillräcklig och god information möjliggjorde att man kunde frilägga tid till sitt arbete, som annars hade behövts läggas på att

hitta information om patienten. Att ett moment frigörs och ger mer tid till arbetsuppgifterna kan minska arbetsbelastningen och därmed också tänkas minska stressen och öka känslan av hanterbarhet. Enligt litteraturen ses ofta tillgången på information och tid vara begränsad eller otillräcklig både i Vietnam och Sverige (Cheng, 2014; Hollnagel, 2013; K. Cowie, personlig kommunikation 6 oktober 2017). Detta påvisade även sjuksköterskor i denna studie upplevde, trots det var den tillräcklig för att möjliggöra ett patientsäkert arbete vilket anses vara positivt.

En annan viktig resurs för att möjliggöra en säker och god omvårdnad var adekvat täckning av personal (Almås, 2001; Nguyen et al., 2017). Vid otillräcklig personalstyrka ansåg de svenska sjuksköterskorna att risken för arbetsmisstag ökade samt att trycket från ledningen att öka arbetstempo blev större. De vietnamesiska sjuksköterskorna ansåg att det inte fanns tillräckligt med resurser eller tid för att arbeta patientsäkert. Något som kan tänkas utsätta personalen för ökad stress, vilket i längden kan leda till utbrändhet (Allugander, 2008) och ha negativ inverkan på möjligheten till att ge en kvalitetssäker- och patientsäkervård (Edland och Svensson, 2013; Nguyen et al., 2017). Att vara otillräckligt många anställda och samtidigt ha ett stort patientantal kan tänkas leda till tidsbrist, som enligt Ellefsen och Severinsson (2005) är en faktor till ökad upplevd stress. I Vietnam framkom det att redan vid lagom många anställda minskades risken för att utföra ett osäkert arbetsmoment. Detta kan tänkas uppnås om sjukhusen implementerade den vietnamesiska regeringens förordningar om fyra anställda sjuksköterskor per läkare (Cheng, 2014).

9. Slutsats

Sverige och Vietnam är eniga om att ett ökat patientantal kan medföra en större risk att inte arbeta patientsäkert. I Vietnam har många sjuksköterskor ett högre patientantal än vad de själva anser rimligt, de har då inte längre tillräcklig tillgång till resurser för att utföra arbetet. Båda länderna ansåg sig ha en otillräcklig personalstyrka. För att sjuksköterskor i de båda länderna skulle arbeta patientsäkert visade det sig att en stöttande och organiserad ledning var viktigt. God stämning mellan kollegor var för de svenska sjuksköterskorna en viktig faktor för nöjdhet med den psykosociala arbetsmiljön och för de vietnamesiska resulterade det i större nöjdhet med arbetet. De två mest framträdande faktorerna för att skapa nöjdhet med den psykosociala arbetsmiljön sågs från bägge länderna vara adekvat tillgång på information samt tillräckligt med tid till arbetsuppgifterna. Genom kunskap om de faktorer som har positiv inverkan på den psykosociala arbetsmiljö och patientsäkerhet kan förbättringsarbeten göras i båda länderna.

9.1. Kliniska implikationer

Studien förklarar vad svenska och vietnamesiska sjuksköterskor tyckte var viktigt för en god psykosocial arbetsmiljö och vad de ansåg var betydelsefullt för att kunna arbeta patientsäkert. För att skapa en bild av situationen på olika arbetsplatser kan förslagsvis sjuksköterskorna fylla i samma frågeformulär, för att ledningen sedan skall kunna jämföra det med denna studies resultat. På så vis kan ledningen kartlägga om förbättringsarbete gällande den psykosociala arbetsmiljön och patientsäkerheten på arbetsplatsen är aktuellt eller inte. Arbetsledningen kan dra nytta av studien då deltagarna ansåg att arbetsledningen spelade en viktig roll för att sjuksköterskorna skulle ha de förutsättningar som krävs för att arbeta patientsäkert.

9.2. Vidare forskning

Med hänsyn till tidsbegränsning rekommenderar författarna vidare forskning inom ämnet och att intervjustudie kan vara lämpligt. Det hade förmodligen resulterat i ett bredare spektrum av personliga erfarenheter, tankar samt upplevelser, och varit intressant att jämföra med en kvantitativ studie. Det vore intressant att studera mer ingående varför vietnamesiska sjuksköterskor, trots stress, övertid och många patienter under sitt ansvar, är nöjda med sitt jobb i helhet.

Referenser

Abrahamsson, L. (2011). *Den psykosociala arbetsmiljön – i dåtid, nutid och framtid*. Rapport. Luleå tekniska universitet, Institutionen för ekonomi, teknik och samhälle.

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Jama*, 288(16), 1987-1993. doi:10.1001/jama.288.16.1987.

Arbetsmiljöverket. (2015) *Ny föreskrift om organisatorisk och social arbetsmiljö*. Hämtad: 2017-04-23, från: <https://www.av.se/press/ny-foreskrift-om-organisatorisk-och-social-arbetsmiljo/>

Bégat, I., Ellefsen, B., & Severinsson, E. (2005). Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being -- a Norwegian study. *Journal Of Nursing Management*, 13(3), 221- 230. doi:10.1111/j.1365-2834.2004.00527.x

Billhult, A & Gunnarsson, R. (2014a). *Enkäter*. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori - Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 139-149). Lund: Studentlitteratur.

Billhult, A & Gunnarsson, R. (2014b). *Kvantitativ studiedesign och stickprov*. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori - Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 115-126). Lund: Studentlitteratur.

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.

Cheng, T-M. (2014). Vietnam's Health Care System Emphasizes Prevention And Pursues Universal Coverage. *Health Affairs*, 33(11), 2057-2063. doi:10.1377/hlthaff.2014.1141

Blomqvist, K. & Petersson, P. (2014) *Vårdkedjans aktörer och organisering*. I A. Ehrenberg & L. Wallin. *Omvårdnadens grunder – Ansvar och utveckling*. (s. 167-194). Lund: Studentlitteratur.

Djurfeldt, G., Larsson, R. & Stjärnhagen, O. (2003) *Statistisk verktygslåda - samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.

Dollard, M. F., Opie, T., Lenthall, S., Wakerman, J., Knight, S., Dunn, S., Rickard, G. & MacLeod, M. (2012) Psychosocial safety climate as an antecedent of work characteristics and psychological strain: A multilevel model. *Work & Stress*, 26(4), 385-404. doi:org/10.1080/02678373.2012.734154

Edland, A., & Svensson, O. (2013). *Tidspress, besluts kvalitet och säkerhet i arbetslivet*. I S. Ödegård (Red.), *Patientsäkerhet – Teori och praktik* (s. 425 – 437). Stockholm: Liber.

Edman, S., & Erichsen Andersson, A. (2014). *Hållbarutveckling i kliniskt omvårdnadsarbete*. I A. Edberg, & H. Wijk, *Omvårdnadens grunder - hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Ejlertsson, G. (2014). *Enkäten i praktiken - En handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

- Ejlertsson, G. (2012). *Statistik - för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Ejvegård, R. (2009). *Vetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Folger, J., Poole, M., & Stutman, R. (1997). *Working through conflict: Strategies for relationships, groups, and organizations*. New York: Longman.
- Haaijer-Ruskamp, F. M., Nguyen, H. T., Nguyen, T. D., Taxis, K., & Van den Heuvel, E. R. (2015). Medication Errors in Vietnamese Hospitals: Prevalence, Potential Outcome and Associated Factors. *PLOS One, Open Access Journal*, 10(9), 1-12. doi: 10.1371/journal.pone.0138284
- Hartmann, C. W., Rosen, A. K., Meterko, M., Shokeen, P., Zhao, S., Singer, S., Falwell, A. & Gaba, D. M (2008) An Overview of Patient Safety Climate in the VA. *Health Service Research*, 43(4), 1263–1284. doi: 10.1111/j.1475-6773.2008.00839.x
- Henricson, M. (2014b). *Diskussion*. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 471–479). Lund: Studentlitteratur.
- Hollnagel, E. (2013). *Att känna sig säker eller att vara säker: övergången från säkerhet-I till säkerhet-II*. I S. Ödegård (Red.), *Patientsäkerhet – Teori och praktik* (s. 388–398). Stockholm: Liber.
- Huang, F. F., & Yang, H. H. (2011). The effects of nationality differences and work stressors on work adjustment for foreign nurse aides. *BioMed Central Health Services Research*, 11(192), 1-8. doi:10.1186/1472-6963-11-192
- Håkansson, K. (2005). *Psykosocial arbetsmiljö*. I L. Zanderin (Red.), *Arbetsmiljö* (s. 137-177). Lund: Studentlitteratur.
- International Council of Nurses. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2017-04-18, från http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf
- Jeding, K., Hägg, G. M., Marklund, S., Nygren, Å., Theorell, T. & Vingård, E. (1999). *Ett friskt arbetsliv - Fysiska och psykosociala orsakssamband samt möjligheter till prevention och tidig rehabilitering*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet & författarna.
- Jönsson, S. (2011). Psychosocial work environment and prediction of job satisfaction among Swedish registered nurses and physicians – a follow-up study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26 (2), 236–244. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00924.x
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24 (2) 285-308. doi:10.2307/2392498
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of the working life*. New York: Basic Books.

Kjellström, S. (2014). *Forskningsetik*. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69-90). Lund: Studentlitteratur.

Kristensen, T. S., Hannerz, H., Høgh, A., & Borg, V. B. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire A tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, (31,) 438-449. doi:10.5271/sjweh.948

Landguiden. (2015). *Vietnam*. Hämtad: 2017-04-23, från: <https://www.landguiden.se/Lander/Asien/Vietnam?p=1>

Landguiden. (2016). *Sverige*. Hämtad: 2017-04-25, från: <https://www.ui.se/landguiden/lander-och-omraden/europa/sverige/befolkning-och-sprak/>

Leijonhufvud, M., & Nilheim, L. (2013). *Ansvar* när patienter skadas. I S. Ödegård (Red.), *Patientsäkerhet – Teori och praktik* (s. 234–264). Stockholm: Liber.

Lennér Axelson, B., & Thylefors, I. (2005). *Arbetsgruppens psykologi*. Stockholm: Författarna och bokförlaget natur och kultur.

Nationalencyklopedin. (2017a) *Vietnam*. Hämtad: 2017-04-24, från: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/vietnam>

Nationalencyklopedin. (2017b). *Hälsa*. Hämtad: 2017-09-25, från: <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/h%C3%A5ng/h%C3%A4lsa>

Nationalencyklopedin. (2017c). *Välbefinnande*. Hämtad: 2017-09-25, från: <http://www.ne.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/v%C3%A4lbefinnande>

Ng'ang'a, N., Woods Byrne, M. & Anh Ngo, T. (2014) In their own words: The experience of professional nurses in a Northern Vietnamese women's hospital. *Contemporary Nurse*, 47 (1-2), 168-179. doi:10.1080/10376178.2014.11081918

Nitzelius, T., & Söderlöf, G. (2008). *Sjukvårdens arbetsmiljö - Praktiska typfall i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Norstedts juridik.

Nguyen, L. T., Annoussamy, L. C. & LeBaron, V. T. (2017). Challenges encountered by Vietnamese nurses when caring for patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 44 (2), 147–151. doi:10.1188/17.ONF.147-151

Olofsson, B., Bengtsson, C., & Brink, E. (2003). Absence of response: a study of nurses' experience of stress in the workplace. *Journal Of Nursing Management*, 11(5), 351- 358. doi:10.1046/j.1365-2834.2003.00384.x

Patel, R. & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Regeringskansliet. (2015). *Så styrs Sverige*. Hämtad 2017-11-08, från: <http://www.regeringen.se/sa-styrs-sverige/>

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

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

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

Skärsäter, I. & Ali, L. (2014) *Att använda internet vid datainsamling*. I M. Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från ide till examination inom omvårdnad* (s. 251-265). Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2017). *Definitionen av patientsäkerhet och vårdskada*. Hämtad 2017-10-25, från: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/definitionen-av-patientsakerhet-och-vardskada>

Statistiska centralbyrån & Arbetsmiljöverket (2001). *Negativ stress och ohälsa: inverkan av höga krav, låg egenkontroll och bristande socialt stöd i arbetet*. Stockholm: Arbetsmiljöverket

Studera.nu. (2016). *Studera till sjuksköterska*. Hämtad 2017-12-16, från <https://www.studera.nu/jamfor-utbildning/sjukskoterska/>

Sveriges kommuner och landssting. (2017). *Patientsäkerhet*. Hämtad 2017-12-16, från <https://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet.214.html>

Sveriges Riksdag. (2017). *Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80)*. Hämtad 2017-12-16, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardsforordning-201780_sfs-2017-80

Tidström, A. & Nyberg, R. (2012). *Beskriv material och metoder*. I A. Tidström & R. Nyberg, (Red.), *Skriv vetenskapliga uppsatser, examensarbeten och avhandlingar* (s. 118-138). Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska regler för humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Tillgänglig: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>.

Wang, S., Liu, Y., & Wang, L. (2015). Nurse burnout - Personal and environmental factors as predictors. *International Journal Of Nursing Practice*, 21(1), 78-86. doi:10.1111/ijn.12216

Weman-Josefsson, K. & Berggren, T. (2013) *Psykosocial arbetsmiljö och hälsa*. Lund: Studentlitteratur.

WHO (2009). *Global Priorities for Patient Safety Research - Better knowledge for safer care*. Hämtad 2017-04-25, från: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44205/1/9789241598620_eng.pdf

WHO. (2015a). *First global safety challenge: Clean care is safer care*. Hämtad 2017-04-24, från http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf

WHO. (2015b). *Vietnam: WHO statistical profile*. Hämtad 2017-04-24, från: <http://www.who.int/gho/countries/vnm.pdf?ua=1>

WHO. (2015c). *Sweden: WHO statistical profile*. Hämtad 2017-12-16, från: <http://www.who.int/gho/countries/swe.pdf>

WHO. (2017). *Process of translation and adaptation of instruments*. Hämtad: 2017-09-06, från http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/

World Bank Group. (2017). *Life expectancy at birth, total (years)*. Hämtad 2017-12-16, från: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=SE-VN>

Zanderin, L. (2005). *Arbetsmiljö*. Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1

Informationsbrev - Engelsk version

Information letter

Hey!

This web questionnaire has been created by two nursing students at the Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg. Through this survey, the purpose is to "review and compare the factors that Swedish and Vietnamese nurses may experience affect the psychosocial work environment and patient safety".

People generally spend most of their adult life in the workplace. Consequently, the working conditions have a major impact on individuals health. Psychosocial aspects affect the experience of satisfaction and well-being in working life. Patient safety is a fundamental part of health care. Each part of the care process contains some degree of uncertainty that may affect the patient. Reducing the incidence of care-related patient injuries is a task for everyone in health care. There is a lot to learn and knowledge to share between countries.

The survey is a part of our bachelor thesis at the Nursing Program. The survey takes 5-10 minutes to complete, is managed anonymously and the answers are treated confidentially and only in this study. Participation is optional, you can choose to cancel at any time, which will not give you any consequences. Fill in the survey directly on the web and do not forget to click send. When you click on to the questionnaire below, you agree to participate. Thank you for your participation!

Sincerely,

Lina Johansson & Linda Olsson

If you have any questions, please contact us!

Lina Johansson: linajohansson1991@live.com, +46 706-761991

Linda Olsson: olsson.linda@hotmail.se, +46 730-438038

Supervisor: Patricia Olaya - Contreras, patricia.olaya-contreras@gu.se

Bilaga 2

Informationsbrev - Svensk version

Hej!

Denna webbenkät har skapats av två sjuksköterskestudenter vid Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet. Genom denna enkätundersökning är syftet "Att granska samt jämföra vilka faktorer svenska och vietnamesiska sjuksköterskor eventuellt upplever påverkar den psykosociala arbetsmiljön och patientsäkerheten".

Människor spenderar generellt sett större delen av det vuxna livet på arbetsplatsen. De rådande arbetsförhållandena har följaktligen en stor inverkan på individernas hälsa. Psykosociala aspekter påverkar upplevelse av tillfredsställelse och välbefinnande i arbetslivet. Patientsäkerhet är en fundamental del av hälso- och sjukvård. Varje del av vårdprocessen innehåller en viss grad av osäkerhet som kan påverka patienten. Att minska förekomsten av vårdrelaterade patientskador är en uppgift för alla inom vården. Det finns mycket att lära och kunskap att dela mellan länder.

Enkätundersökningen är en del av vårt examensarbete på Sjuksköterskeprogrammet. Enkäten tar 5 - 10 minuter att genomföra, hanteras helt anonymt och svaren behandlas konfidentiellt samt enbart i denna studie. Deltagandet är frivilligt, du kan när som helst välja att avbryta vilket inte ger dig några konsekvenser. Fyll i enkäten direkt på webben och glöm ej att klicka på skicka. I samband med att du klickar dig vidare till enkäten nedan ger du ditt samtycke till att delta. Tack för din medverkan!

Med vänliga hälsningar,
Lina Johansson & Linda Olsson

Vid frågor eller synpunkter, kontakta oss!

Lina Johansson: linajohansson1991@live.com, +46 706-761991

Linda Olsson: olsson.linda@hotmail.se, +46 730-438038

Handledare: Patricia Olaya - Contreras, patricia.olaya-contreras@gu.se

Bilaga 3

Informationsbrev - Vietnamesisk version - Framåt översättning från engelska

THÔNG TIN THƯ: THƯ GIỚI THIỆU

Dưới đây là bộ câu hỏi online được lập nên bởi hai sinh viên điều dưỡng tại Học viện Sahlgrenska, Đại học Gothenburg. Mục đích của cuộc khảo sát này là để “Đánh giá và so sánh các yếu tố ảnh hưởng tới tâm lý xã hội tại môi trường làm việc và tới sự an toàn bệnh nhân mà điều dưỡng tại Thụy Điển và Việt Nam có thể gặp phải”.

Khi đã trưởng thành, chúng ta thường dành phần lớn thời gian tại nơi làm việc. Hậu quả là điều kiện môi trường làm việc có ảnh hưởng chính tới sức khỏe cá nhân. Khía cạnh tâm lý xã hội ảnh hưởng tới trải nghiệm hạnh phúc và hài lòng trong cuộc sống công việc. An toàn cho bệnh nhân là một phần cơ bản của chăm sóc sức khỏe. Mỗi phần của quá trình chăm sóc sức khỏe đều ẩn chứa những mức độ rủi ro nhất định đối với bệnh nhân. Việc giảm tỷ lệ chấn thương của bệnh nhân do việc chăm sóc sức khỏe là nhiệm vụ của tất cả các nhân viên y tế. Có rất nhiều kiến thức cần được chia sẻ giữa các quốc gia.

Khảo sát này nằm trong luận án tốt nghiệp cử nhân điều dưỡng của chúng tôi. Bạn sẽ chỉ mất 5-10 phút để hoàn thành khảo sát và dưới dạng ẩn danh. Câu trả lời sẽ được giữ bí mật và chỉ được sử dụng trong nghiên cứu này. Sự tham gia là không bắt buộc, bạn có thể chọn hủy bất cứ lúc nào, và không gây ra cho bạn bất cứ hậu quả gì. Điền câu trả lời trực tiếp trên website và đừng quên nhấn gửi. Khi bạn ấn vào bộ câu hỏi bên dưới, bạn đã đồng ý tham gia khảo sát. Cảm ơn sự tham gia của bạn!

Trân trọng,

Lina Johansson & Linda Olsson

Nếu bạn có bất cứ câu hỏi nào, hãy liên hệ với chúng tôi!

Lina Johansson: linajohansson1991@live.com, +46 706-761991

Linda Olsson: olsson.linda@hotmail.se, +46 730-438038

Giám sát viên: Patricia Olaya - Contreras, patricia.olaya-contreras@gu.se

Bilaga 4

Informationsbrev - Tillbaka översättning från vietnamesiska

LETTER INFORMATION: LETTER OF INTRODUCTION

Here is an online questionnaire prepared by two nursing students at the Sahlgrenska Institute, University of Gothenburg. The purpose of this survey is to "evaluate and compare the factors that affect psychosocial working environment and the patient safety that nurses in Sweden and Vietnam may face. "

As adults, we spend most of our time at work. Consequently, working environment conditions have a major influence on a person's health. Psychosocial aspects affect the experience of happiness and satisfaction in the work life. Patient safety is a fundamental part of health care. Each part of the health care process contains certain levels of risk to the patient. Reducing the rate of injuries of patients due to health care, is the responsibility of all health workers. There is a lot of knowledge to be shared among nations.

This survey is a part of our graduate nursing thesis. It will only take 5-10 minutes to complete the survey and anonymously. The answer will be kept confidential and only used in this study. Participation is optional, you may choose to cancel at any time, and will not cause you any consequences. Enter the answer directly on the website and do not forget to click send. When you click on the questionnaire below, you have agreed to participate in the survey. Thank you for your participation!

Sincerely,

Lina Johansson och Linda Olsson

If you have any questions, please contact us!

Lina Johansson: linajohansson1991@live.com, +46 706-761991

Linda Olsson: olsson.linda@hotmail.se, +46 730-438038

Supervisor: Patricia Olaya - Contreras, patricia.olaya-contreras@gu.se

Bilaga 5

Meddelande - Facebook

Hej framtida kollegor!

Vi skriver vårt examensarbete om psykosocial arbetsmiljö och patientsäkerhet och behöver er hjälp. Vi söker dig som är legitimerad och yrkesverksam sjuksköterska på Sahlgrenska Universitetssjukhus (inkl. Mölndal och Östra). Deltagandet tar max tio minuter, tryck på länken nedan för att svara på webbenkäten. Tusen tack för din hjälp!

Med vänliga hälsningar Linda Olsson och Lina Johansson.

Påminnelse - Facebook

Hej framtida kollegor!

Linda och Lina här igen som skriver examensarbete om psykosocial arbetsmiljö och patientsäkerhet, vi tackar alla som hittills deltagit i studien genom att svarat på vår enkät. Vi söker nu dig som ännu inte deltagit och jobbar som yrkesverksam sjuksköterska på Sahlgrenska Universitetssjukhus (inkl. Mölndal och Östra). Har du kollegor som inte är medlem i gruppen men som kan ge ett värdefullt bidrag genom att svara på enkäten, dela då gärna nedanstående länk.

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScpv4tNkG0Ny7sys6xwnmLQS5sO4PNBAEoSvIIInHFVg3IAg/viewform?usp=sf_link

Tack för din hjälp!

MVH Linda Olsson och Lina Johansson

Bilaga 6

Original enkät

- **Gender** – Women, Man, Other
- **Age** - ≤ 30 , 31-40, 41-50, 51-60, ≥ 61
- **Type of department** – Medicine, Operation, Surgery, Orthopedics, Acute, Children and adolescents, Psychiatry, Infection, Other
- **Years in profession** - ≤ 2 , 3-5, 6-10, 11-20, ≥ 21
- **How many patients are under your responsibility during a workday** – ≤ 2 , 3-5, 6-10, 11-20, ≥ 21

Psychosocial Work Environment

The following questions ask about psychosocial work environment. Some questions may be right for you and your work better than other questions, but please still try to answer all the questions. Select the response that best fits you and your work.

1. Regarding your work in general: How pleased are you with the physical working conditions?
(Very satisfied, Satisfied, Unsatisfied, Highly unsatisfied, Not relevant)
2. Regarding your work in general: How pleased are you with your job as a whole, everything taken into consideration?
(Very satisfied, Satisfied, Unsatisfied, Highly unsatisfied, Not relevant)
3. Do you have to keep your eyes on lots of things while you work?
(Always, Often, Sometimes, Seldom, Never/hardly ever)
4. Do you receive all the information you need in order to do your work well?
(To a very large extent, To a large extent, Somewhat, To a small extent, To a very small extent)
5. Do you have the facilities, methods, and "tools" you need in your daily work?
(To a very large extent, To a large extent, Somewhat, To a small extent, To a very small extent)
6. Is there a good atmosphere between you and your colleagues?
(Always, Often, Sometimes, Seldom, Never/hardly ever)
7. Are there enough employees at your place at work to get the job done?
(Much too many employees, Slightly too many employees, Just right, Slightly too few employees, Much too few employees)
8. Can you influence the amount of work assigned to you?
(Always, Often, Sometimes, Seldom, Never/hardly ever)
9. Is your workload unevenly distributed so it piles up?
(Always, Often, Sometimes, Seldom, Never/hardly ever)

10. Do you have to work very fast?
(Always, Often, Sometimes, Seldom, Never/hardly ever)
11. Do you have enough time for your work tasks?
(Always, Often, Sometimes, Seldom, Never/hardly ever)
12. Can you decide when to take a break?
(Always, Often, Sometimes, Seldom, Never/hardly ever)
13. Do you have to do overtime?
(Always, Often, Sometimes, Seldom, Never/hardly ever)
14. Do you have too little to do at work?
(Always, Often, Sometimes, Seldom, Never/hardly ever)
15. Are you worried about having to give up your job for health reasons?
(Yes, No)

Patient Safety

The following questions ask about patient safety. Some questions may be right for you and your work better than other questions, but please still try to answer all the questions. Select the response that best fits you and your work.

16. Could it injure other people if you make mistakes in your work?
(Always, Often, Sometimes, Seldom, Never/hardly ever)
17. Senior management supports a climate that promotes patient safety?
(Always, Often, Sometimes, Seldom, Never/hardly ever)
18. I am provided with adequate resources (personnel, budget, and equipment) to provide safe patient care?
(Always, Often, Sometimes, Seldom, Never/hardly ever)
19. Whenever pressure builds up, management in my unit wants us to work faster, even if it means taking shortcuts that might negatively affect patient safety?
(Always, Often, Sometimes, Seldom, Never/hardly ever)
20. I have enough time to complete patient care tasks safely?
(Always, Often, Sometimes, Seldom, Never/hardly ever)
21. Do you sometimes have to do things, which ought to have been done in a different way?
(To a very large extent, To a large extent, Somewhat, To a small extent, To a very small extent)
22. In the last year, I have done something that was not safe for the patient?
(Yes, No)

Bilaga 7

Enkät - Svensk version - Framåt översättning från engelska

- **Kön** – Kvinna, Man, Annat
- **Ålder** - ≤30, 31-40, 41-50, 51-60, ≥61
- **Arbetsområde** – Medicin, Operation, Kirurgi, Ortopedi, Akut, Barn och ungdom, Psykiatri, Infektion, Annat
- **Yrkesverksamma år** - ≤2, 3-5, 6-10, 11-20, ≥21
- **Patienter under ditt ansvar en vanlig arbetsdag** - ≤2, 3-5, 6-10, 11-20, ≥21

Psykosocial arbetsmiljö

Följande frågor handlar om psykosocial arbetsmiljö. Vissa frågor kanske passar dig och ditt arbete bättre än andra frågor men vänligen försök att besvara alla frågorna ändå. Markera det svar som passar bäst in på dig och ditt arbete.

1. Gällande ditt arbete i allmänhet: hur nöjd är du med den psykosociala arbetsmiljön?
(Väldigt nöjd, Nöjd, Missnöjd, Väldigt missnöjd, Inte relevant)
2. Gällande ditt arbete i allmänhet: hur nöjd är du med ditt jobb som helhet, med allt tagit i beaktande?
(Väldigt nöjd, Nöjd, Missnöjd, Väldigt missnöjd, Inte relevant)
3. Behöver du hålla koll på flera saker samtidigt under ditt arbetspass?
(Alltid, Ofta, Ibland, Sällan, Aldrig/nästan aldrig)
4. Får du den information du behöver för att genomföra ditt arbete väl?
(I väldigt stor utsträckning, I stor utsträckning, Någorlunda, I liten utsträckning, I väldigt liten utsträckning)
5. Har du tillgång till de faciliteter, metoder och verktyg du behöver för att utföra ditt arbete?
(I väldigt stor utsträckning, I stor utsträckning, Någorlunda, I liten utsträckning, I väldigt liten utsträckning)
6. Är stämningen bra mellan dig och dina arbetskamrater?
(Alltid, Ofta, Ibland, Sällan, Aldrig/nästan aldrig)
7. Är det nog många anställda på din arbetsplats för att genomföra verksamhetens arbete?
(För många anställda, Lite för många anställda, Lagom, Lite för få anställda, För få anställda)
8. Kan du påverka den arbetsmängd som du är tilldelad?
(Alltid, Ofta, Ibland, Sällan, Aldrig/nästan aldrig)
9. Är din arbetsbörda ojämnt fördelad så att arbete samlas på hög?
(Alltid, Ofta, Ibland, Sällan, Aldrig/nästan aldrig)
10. Måste du arbeta väldigt snabbt?

(Alltid, Ofta, Ibland, Sällan, Aldrig/nästan aldrig)

11. Har du tillräckligt med tid för att utföra dina arbetsuppgifter??

(Alltid, Ofta, Ibland, Sällan, Aldrig/nästan aldrig)

12. Kan du själv bestämma när du går på rast?

(Alltid, Ofta, Ibland, Sällan, Aldrig/nästan aldrig)

13. Måste du jobba övertid?

(Alltid, Ofta, Ibland, Sällan, Aldrig/nästan aldrig)

14. Har du för lite att göra på ditt arbete?

(Alltid, Ofta, Ibland, Sällan, Aldrig/nästan aldrig)

15. Är du orolig över att behöva ge upp ditt jobb på grund av hälsoskäl?

(Ja, Nej)

Patientsäkerhet

Följande frågor handlar om patientsäkerhet. Vissa frågor kanske passar dig och ditt arbete bättre än andra frågor men vänligen försök att besvara alla frågorna ändå. Markera det svar som passar bäst in på dig och ditt arbete.

16. Kan det skada andra personer om du gör misstag på ditt arbete?

(Alltid, Ofta, Ibland, Sällan, Aldrig/nästan aldrig)

17. Ledningen stödjer ett klimat som främjar patientsäkerhet?

(Alltid, Ofta, Ibland, Sällan, Aldrig/nästan aldrig)

18. Jag är försedd med adekvata resurser (personal/kollegor, budget, utrustning) för att utföra en patientsäker vård?

(Alltid, Ofta, Ibland, Sällan, Aldrig/nästan aldrig)

19. När trycket byggs upp vill ledningen i min enhet att vi ska arbeta snabbare, även om det innebär att ta genvägar som kan påverka patientens säkerhet negativt?

(Alltid, Ofta, Ibland, Sällan, Aldrig/nästan aldrig)

20. Jag har tillräckligt med tid till att slutföra vården patientsäkert?

(Alltid, Ofta, Ibland, Sällan, Aldrig/nästan aldrig)

21. Måste du ibland göra något som egentligen borde ha gjorts annorlunda?

(I mycket hög grad, I hög grad, delvis, I låg grad, I mycket låg grad)

22. Under det senaste året, har du gjort något som inte var säkert för patienten?

(Ja, Nej)

Bilaga 8

Enkät - Engelsk version - Tillbaka översättning från svenska

- **Gender** – Women, Man, Other
- **Age** - ≤ 30 , 31-40, 41-50, 51-60, ≥ 61
- **Type of department** – Medicine, Operation, Surgery, Orthopedics, Acute, Children and adolescents, Psychiatry, Infection, Other
- **Years in profession** - ≤ 2 , 3-5, 6-10, 11-20, ≥ 21
- **How many patients are under your responsibility during a workday** – ≤ 2 , 3-5, 6-10, 11-20, ≥ 21

Psychosocial work environment

The following questions ask about psychosocial work environment and job satisfaction. Some questions may be right for you and your work better than other questions, but please still try to answer all the questions. Select the response that best fits you and your work.

1. Regarding your work in general: how satisfied are you with the psychosocial work environment?
(Very satisfied, Satisfied, Dissatisfied, Very dissatisfied, Not relevant)
2. Regarding your work in general: how satisfied are you with your job as a whole, with everything taken into account?
(Very satisfied, Satisfied, Dissatisfied, Very dissatisfied, Not relevant)
3. Do you need to keep an eye on several things at the same time during your working period?
(Always, Often, Sometimes, Seldom, Never/almost never)
4. Do you get the information you need to perform your job well?
(In a very large extent, To a large extent, More or less, To a small extent, In very small extent)
5. Do you have access to the facilities, methods, and tools you need to perform your work?
(In a very large extent, To a large extent, More or less, To a small extent, In very small extent)
6. Is the atmosphere good between you and your colleagues?
(Always, Often, Sometimes, Seldom, Never/almost never)
7. Are there enough employees at your place of work to carry out the work?
(Too many employees, A bit too many employees, Just enough, A little too few employees, Too few employees)
8. Can you affect your workload?
(Always, Often, Sometimes, Seldom, Never/almost never)
9. Is your workload unevenly distributed so that the work pile up?
(Always, Often, Sometimes, Seldom, Never/almost never)

10. Are you forced to work very quickly?
(Always, Often, Sometimes, Seldom, Never/almost never)
11. Do you have enough time to perform your duties?
(Always, Often, Sometimes, Seldom, Never/almost never)
12. Can you decide when you go on break?
(Always, Often, Sometimes, Seldom, Never/almost never)
13. Do you need to work overtime?
(Always, Often, Sometimes, Seldom, Never/almost never)
14. Do you have too little to do at your work?
(Always, Often, Sometimes, Seldom, Never/almost never)
15. Are you worried about having to give up your job due to health reasons?
(Yes, No)

Patient Safety

The following questions ask about patient safety. Some questions may be right for you and your work better than other questions, but please still try to answer all the questions. Select the response that best fits you and your work.

16. Can it hurt other people if you make mistakes in your work?
(Always, Often, Sometimes, Seldom, Never/almost never)
17. Does management support a climate that promotes patient safety?
(Always, Often, Sometimes, Seldom, Never/almost never)
18. I am provided with adequate resources (employees/colleagues, budget, equipment) to perform a patient safe care?
(Always, Often, Sometimes, Seldom, Never/almost never)
19. When the pressure builds up the supervisors want us to work faster, even if it means taking short cuts which may affect patient safety?
(Always, Often, Sometimes, Seldom, Never/almost never)
20. I have enough time to complete patient care safely?
(Always, Often, Sometimes, Seldom, Never/almost never)
21. You must sometimes do something that really should have been done differently?
(A lots of times, Quite a bit, In part, In low level, In very low level)
22. In the past year, have you done something that was not safe for the patient?
(Yes, No)

Bilaga 9

Enkät - Vietnamesisk version - Framåt översättning från engelska

BỘ CÂU HỎI:

- **Giới tính của bạn là?** - Nữ, Nam, Khác
- **Bạn đang ở trong độ tuổi nào?** - ≤ 30 , 31-40, 41-50, 51-60, ≥ 61
- **Chuyên ngành mà bạn đang làm việc?** - Nội khoa, Phẫu thuật, Ngoại khoa, Chấn thương chỉnh hình, Cấp cứu, Nhi khoa, Tâm thần, Truyền nhiễm, Khác
- **Bạn đã công tác trong nghề được bao nhiêu năm?** - ≤ 2 , 3-5, 6-10, 11-20, ≥ 21
- **Bạn phải phụ trách bao nhiêu bệnh nhân trong một ngày?** - ≤ 2 , 3-5, 6-10, 11-20, ≥ 21

Tâm lý xã hội môi trường làm việc

Sau đây là những câu hỏi về tâm lý xã hội tại môi trường làm việc. Một số câu hỏi có thể phù hợp với bạn và công việc của bạn hơn các câu hỏi khác, nhưng hãy cố gắng trả lời tất cả các câu hỏi. Chọn câu trả lời phù hợp nhất với bạn và công việc của bạn.

1. Về công việc nói chung, bạn hài lòng với điều kiện cơ sở vật chất ở mức độ nào?
(Rất hài lòng, Hài lòng, Không hài lòng, Rất không hài lòng, Không liên quan)
2. Về công việc nói chung, bạn hài lòng với công việc như thế nào, với tất cả mọi thứ được xem xét?
(Rất hài lòng, Hài lòng, Không hài lòng, Rất không hài lòng, Không liên quan)
3. Bạn phải kiểm soát nhiều thứ xung quanh khi bạn làm việc?
(Luôn luôn, Thường xuyên, Đôi khi, Hiếm khi, Không bao giờ)
4. Bạn có nhận được tất cả thông tin bạn cần để làm tốt công việc của bạn không?
(Mức độ rất lớn, Mức độ lớn, Một phần nào đó, Mức độ nhỏ, Mức độ rất nhỏ)
5. Bạn có các phương tiện, công cụ hay phương pháp mà bạn cần trong công việc hằng ngày không?
(Mức độ rất lớn, Mức độ lớn, Một phần nào đó, Mức độ nhỏ, Mức độ rất nhỏ)
6. Bạn có giữ được mối quan hệ tốt với đồng nghiệp không?
(Luôn luôn, Thường xuyên, Đôi khi, Hiếm khi, Không bao giờ)
7. Có đủ nhân viên tại nơi bạn làm việc để hoàn thành công việc không?
(Quá nhiều nhân viên, Hơi quá nhiều nhân viên, Chỉ vừa đủ, Hơi quá ít nhân viên, Quá ít nhân viên)
8. Bạn có thể tự điều chỉnh lượng công việc bạn được giao?
(Luôn luôn, Thường xuyên, Đôi khi, Hiếm khi, Không bao giờ)
9. Có bao giờ lượng công việc của bạn bị phân phối không đều nên nó tồn đọng lại ngày càng nhiều?
(Luôn luôn, Thường xuyên, Đôi khi, Hiếm khi, Không bao giờ)

10. Bạn phải làm việc tốc độ nhanh?
(Luôn luôn, Thường xuyên, Đôi khi, Hiếm khi, Không bao giờ)

11. Bạn có đủ thời gian cho yêu cầu công việc của bạn?
(Luôn luôn, Thường xuyên, Đôi khi, Hiếm khi, Không bao giờ)

12. Bạn có thể quyết định khi nào bạn được nghỉ ngơi?
(Luôn luôn, Thường xuyên, Đôi khi, Hiếm khi, Không bao giờ)

13. Bạn có phải làm thêm giờ không?
(Luôn luôn, Thường xuyên, Đôi khi, Hiếm khi, Không bao giờ)

14. Bạn có ít việc phải làm tại nơi làm việc?
(Luôn luôn, Thường xuyên, Đôi khi, Hiếm khi, Không bao giờ)

15. Bạn có lo lắng về việc phải từ bỏ công việc vì lí do sức khỏe?
(Có, Không)

An toàn bệnh nhân

Dưới đây là những câu hỏi về sự an toàn của bệnh nhân. Một số câu hỏi có thể phù hợp với bạn và công việc của bạn hơn các câu hỏi khác, nhưng hãy cố gắng trả lời tất cả các câu hỏi. Chọn câu trả lời phù hợp nhất với bạn và công việc của bạn.

16. Nếu bạn mắc phải sai lầm trong công việc của bạn, điều này có thể gây thương tích cho người khác không?
(Luôn luôn, Thường xuyên, Đôi khi, Hiếm khi, Không bao giờ)

17. Người Quản lý cấp cao có ủng hộ một môi trường an toàn với bệnh nhân không?
(Luôn luôn, Thường xuyên, Đôi khi, Hiếm khi, Không bao giờ)

18. Tôi được cung cấp đầy đủ các nguồn lực (nhân sự, ngân sách, và trang thiết bị) để cung cấp chăm sóc bệnh nhân một cách an toàn?
(Luôn luôn, Thường xuyên, Đôi khi, Hiếm khi, Không bao giờ)

19. Bất cứ khi nào áp lực dồn đến, quản lý của đơn vị muốn chúng tôi làm việc nhanh hơn, ngay cả khi phải đi đường tắt, gây ảnh hưởng tiêu cực đến sự an toàn của bệnh nhân?
(Luôn luôn, Thường xuyên, Đôi khi, Hiếm khi, Không bao giờ)

20. Tôi có đủ thời gian để hoàn thành công việc chăm sóc bệnh nhân một cách an toàn?
(Luôn luôn, Thường xuyên, Đôi khi, Hiếm khi, Không bao giờ)

21. Bạn có thường xuyên phải làm những việc mà vốn dĩ nó nên được thực hiện bằng cách khác không?
(Mức độ rất lớn, Mức độ lớn, Một phần nào đó, Mức độ nhỏ, Mức độ rất nhỏ)

22. Trong một năm vừa qua, tôi đã làm điều gì đó mà không an toàn cho bệnh nhân?
(Có, Không)

Bilaga 10

Enkät - Engelsk version - Tillbaka översättning från vietnamesiska

QUESTIONS:

- **What is your gender?** - Female, Male, Other
- **What age are you in?** - ≤ 30 , 31-40, 41-50, 51-60, ≥ 61
- **Department you are working in?** - Internal Medicine. Operation. Surgery, Orthopedic injuries, Emergency, Pediatrics, Mental, Infectious, Other
- **How many years have you worked in the profession?** - ≤ 2 , 3-5, 6-10, 11-20, ≥ 21
- **How many patients do you have to cover during a day?** - ≤ 2 , 3-5, 6-10, 11-20, ≥ 21

Psychosocial work environment

The following are questions about psychosocial work environment. Some questions may be more relevant to you and your work than others, but try to answer all questions. Choose the answer that best suits you and your job.

1. About the job in general, how satisfied are you with the facilities?
(Very satisfied, Satisfied, Not satisfied, Very dissatisfied, Not relevant)
2. On the job in general, how satisfied are you with the job, with everything considered?
(Very satisfied, Satisfied, Not satisfied, Very dissatisfied, Not relevant)
3. Do you have to control a lot of things when you work?
(Always, Frequently, Sometimes, Rarely, Never)
4. Do you get all the information you need to do your job well?
(Very large extent, Large extent, Somewhat, Small extent, Very small extent)
5. Do you have the facilities, tools or methods you need in your day-to-day work?
(Very large extent, Large extent, Somewhat, Small extent, Very small extent)
6. Do you keep a good relationship with your co-workers?
(Always, Frequently, Sometimes, Rarely, Never)
7. Are there enough staff at your place of work to complete the work?
(Too many employees, Slightly too many employees, Just enough, Slightly too few employees, Too few employees)
8. Can you adjust the amount of work you are assigned?
(Always, Frequently, Sometimes, Rarely, Never)
9. Have your workload been unevenly distributed so it piles up?
(Always, Frequently, Sometimes, Rarely, Never)
10. Do you have to work very fast?
(Always, Frequently, Sometimes, Rarely, Never)

11. Do you have enough time for your job tasks?
(Always, Frequently, Sometimes, Rarely, Never)

12. Can you decide when you have a break?
(Always, Frequently, Sometimes, Rarely, Never)

13. Do you have to work overtime?
(Always, Frequently, Sometimes, Rarely, Never)

14. Do you have to do a lot of work at work?
(Always, Frequently, Sometimes, Rarely, Never)

15. Are you worried about having to give up your job for health reasons?
(Yes, No)

Patient safety

These are questions about the safety of the patient. Some questions may be more relevant to you and your work than others, but try to answer all questions. Choose the answer that best suits you and your job.

16. If you make a mistake in your job, could this hurt others?
(Always, Frequently, Sometimes, Rarely, Never)

17. Do senior management support a climate that promotes patient safety?
(Always, Frequently, Sometimes, Rarely, Never)

18. Do I have adequate resources (personnel, budget, and equipment) to provide patient care safely?
(Always, Frequently, Sometimes, Rarely, Never)

19. Whenever pressure builds up, the unit manager wants us to work faster, even if we have to take shortcuts, that negatively could affect the patient's safety?
(Always, Frequently, Sometimes, Rarely, Never)

20. Do I have enough time to complete my patient care work safely?
(Always, Frequently, Sometimes, Rarely, Never)

21. Do you sometimes have to do things that are supposed to be done differently?
(Very large extent, Large extent, Somehow, Small extent, Very small extent)

22. In the past year, have I done something that is not safe for the patient?
(Yes, No)

Bilaga 11

Kondensering av frågornas innebörd

Arbetsituationen

Fråga 1: Nöjdhet med psykosocial arbetsmiljö.

Fråga 2: Nöjdhet med jobb.

Fråga 3: Multitasking.

Fråga 8: Möjlighet att påverka arbetsmängd.

Fråga 9: Arbetsbörda.

Fråga 10: Högt arbetstempo.

Fråga 14: Arbetsbelastning.

Arbetsklimat

Fråga 6: Stämning mellan kollegor.

Fråga 15: Upplevd hälsorisk.

Bakgrundsfråga: Patientansvar under en arbetsdag.

Arbetsorganisationen

Fråga 11: Tidsmängd relaterat till arbetsuppgifter.

Fråga 12: Tillgång till rast.

Fråga 13: Övertidsbeordning.

Resurser

Fråga 4: Tillgång på information.

Fråga 5: Resurstillgång.

Fråga 7: Adekvat täckning av personal.

Kvalitetssäker vård

Fråga 17: Ledningens främjande av patientsäkerhet.

Fråga 18: Resurstillgång för patientsäker vård.

Fråga 20: Tidsmängd relaterat till patientsäker vård.

Fråga 21: Avvikande handling.

Vårdskador

Fråga 16: Personskada relaterat till arbetsmisstag.

Fråga 19: Högt tempo relaterat till patientsäker vård.

Fråga 22: Osäkert arbetsmoment.

Bilaga 12

Översättnings tillvägagångssätt

Metoden fram- och tillbakaöversättning minskar risken för språkfel vid översättning av texter och användes vid översättning av informationsbrevet och enkäten. Förfaringssättet innebär att en neutral person översätter texten, denna person är expert på språket som texten översätts till. Vid nästa steg i processen tillbakaöversätter en annan neutral person, som är expert på språket, tillbaka texten till originalspråket. De två versionerna av originalspråket jämförs och tolkas därefter av experter. Slutligen görs eventuella förbättringar av den framåtöversatta versionen (Ejlertsson, 2014; WHO, 2017).

Fram- och tillbakaöversättning från engelska till svenska

Framåtöversättningen från enkätens originalspråk engelska till svenska utfördes av författarna (se bilaga 7). Därefter bakåtöversattes enkäten tillbaka till engelska av en svensktalande person som är expert på engelska (se bilaga 8). Denna person hade endast tillgång till den svenska versionen av enkäten och inte till den engelska original enkäten. Den engelska tillbakaöversatta versionen jämfördes med originalet av författarna. Därefter kontrollerades eventuella språkskillnader och enkäten korrigerades. Fråga åtta samt tio förtydligades. Den tillbakaöversatta versionen av fråga 19 saknade ordet negativ. Författarna valde dock att inte göra någon förändring på den svenska versionen då både den svenska och originalversionen innehöll ordet negativ. Vid översättning av informationsbrevet gjordes endast framåtöversättning från svenska till engelska av författarna själva (se bilaga 1 och 2).

Fram- och tillbakaöversättning från engelska till vietnamesiska

Eftersom författarna inte behärskar vietnamesiska fick de hjälp med framåtöversättningen gällande informationsbrevet samt enkäten. Framåtöversättningen av informationsbrevet samt enkätens originalspråk engelska till vietnamesiska utfördes av medicinstudenter som behärskade både vietnamesiska och engelska väl (se bilaga 3 och 9). Tillbakaöversättningen utfördes av en annan neutral vietnamesisk person som var expert på engelska (se bilaga 4 och 10). Denna person hade endast tillgång till den vietnamesiska versionen och ingen tillgång till originalenkäten och informationsbrevet. Författarna jämförde den engelska versionen av enkäten och informationsbrevet med originalet. Inga avgörande olikheter mellan de två texterna påträffades, förutom fråga ett som diskuteras under metoddiskussion. Inga ändringar gjordes då tillbakaöversättningen tillhandahölls författarna för sent, när enkäterna redan var utskrivna och utdelade.