



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

”ATT VÅRDA FÖR RESPEKT OCH INTEGRITET, DE ORDEN KLINGAR VÄLDIGT TOMT HÄR”

En intervjustudie om sjuksköterskors upplevelser av
att vårda patienter utan en disponibel vårdplats

Julia Havenäng och Matilda Lundvall

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2018
Handledare:	Sepideh Olausson
Examinator:	Ingalill Koinberg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Författarna vill rikta ett tack till personalen på de medicinska akutvårdsavdelningarna 90 och 91 på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg. Ett särskilt tack till de sjuksköterskor som tog sig tid för att bli intervjuade. Ett stort tack till Sepideh Olausson som har varit vägledande och inspirerande under arbetets gång.

Titel (svensk)	”Att vårda för respekt och integritet, de orden klingar väldigt tomt här”
Titel (engelsk)	”Tending to respect and integrity, words that do not matter here”
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2018
Författare	Julia Havenäng och Matilda Lundvall
Handledare:	Sepideh Olausson
Examinator:	Ingalill Koinberg

Sammanfattning:

Bakgrund: Behovet av hälso- och sjukvård ökar samtidigt som överbeläggningar blir allt vanligare i den svenska sjukvården. En disponibel vårdplats är utformad med det utrymme och den utrustning samt bemanning som krävs för att bedriva en god och säker vård, vilket gör det tydligt att vårdens kvalitet är beroende av den geografiska platsens utformning och egenskaper. Sjuksköterskan har ett ansvar att ge god och säker vård som bygger på ett respektfullt bemötande. Omvårdnad ska också ske med särskilt hänsynstagande till patientens integritet. **Syfte:** Syftet med studien är att undersöka sjuksköterskans upplevelser av att vårda patienter utan en disponibel vårdplats på en medicinsk akutvårdsavdelning. **Metod:** En kvalitativ forskningsmetod användes. Semistrukturerade intervjuer hölls med sex sjuksköterskor och därefter analyserades datan med en kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Resultatet presenteras utifrån tre teman; förlorad arbetsglädje, patientsäkerhet och arbetsmiljö. Totalt tolv subteman framkom. Huvudfynden var; en känsla av otillräcklighet och frustration, ändrade förutsättningar och ökade krav, värna om integritet samt tillsyn. **Slutsats:** Denna studie visar att den medicinska akutvårdsavdelningen, trots långa perioder av överbeläggningar, inte har anpassats för att underlätta sjuksköterskans arbete. Den höga arbetsbelastningen för sjuksköterskan utgör ett hot mot patientsäkerheten och patientens integritet, vilket är moraliskt stressande för sjuksköterskan. Det föreligger dock en positiv uppfattning när patienter medvetet placeras i korridoren för utökad observation.

Nyckelord: Disponibel vårdplats, överbeläggningar, sjuksköterskor, upplevelse, patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Behovet av hälso- och sjukvård.....	1
Vårdkvalitet	2
Vårdens ansvar	2
Miljöns betydelse.....	2
Sjuksköterskans ansvar.....	3
Problemformulering	4
Syfte och frågeställningar.....	4
Metod	4
Design.....	4
Urval	5
Datainsamling	5
Dataanalys	6
Etik.....	7
Förförståelse	7
Resultat.....	8
Förlorad arbetsglädje	9
En känsla av otillräcklighet.....	9
Ett ökat krav	9
Medlidande	10
Värna om integritet	10
Ändrade förutsättningar	11
Patientsäkerhet.....	11
Risker för felbedömning	11
Avsaknad av utrustning.....	12
Tillsyn	13
Arbetsmiljö	13
Psykosocial miljö.....	13
Fysisk miljö.....	13
Kollegialt stöd.....	14
Organisation och ledarskap.....	14
Diskussion	15

Metoddiskussion.....	15
Resultatdiskussion	16
En känsla av otillräcklighet och frustration	16
Ändrade förutsättningar och ökade krav	17
Värna om integritet	19
Tillsyn	19
Kliniska implikationer.....	19
Slutsats	20
Referenslista	21
Bilagor.....	25
Bilaga 1.....	25
Bilaga 2.....	28

Inledning

Överbeläggningar blir ett alltmer vanligt förekommande problem inom sjukvården. I augusti 2018 var det 5,3 stycken överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser i hela Sverige och antalet överbeläggningar har ökat stadigt från år 2014 (Väntetider i vården, 2018). Enligt Socialstyrelsen (2009) hade Sverige år 2002 den äldsta befolkningen (5,2 procent av invånarna var 80 år) och minst antal slutenvårdsplatser inom korttidsvården per 1000 invånare i Europa. De menar att bristen på vårdplatser till viss del beror på att en ökad andel patienter vårdas i hemmet. Enligt Socialstyrelsens rapport (2009) är överbeläggningar vanligare på medicinavdelningar än på kirurgavdelningar. Vidare beskrivs att överbeläggningar leder till stora risker för patienterna, exempelvis att kontinuiteten i vården försämras, att tillgången till sjukvård begränsas samt att vårdtiderna blir längre. Sveriges Kommuner och Landsting (2016) beskriver också att överbeläggningar bidrar till risker, exempelvis smittspridning och läkemedelsfel. Enligt Socialstyrelsen (2009) innebär överbeläggningar en risk för bristande omvårdnad.

Föreliggande uppsats är ett verksamhetsförankrat examensarbete. Göteborgs Universitet har ett samarbete med enhetschefer på Sahlgrenska universitetssjukhuset. Inom ramen för samarbetet baserar studenter sina examensarbeten på förslag som verksamheten har identifierat som ett problemområde eller ett område som är i behov av ytterligare forskning (Göteborgs Universitets Lärplattform, 2018).

Bakgrund

Behovet av hälso- och sjukvård

En lägesrapport från 2018 framhåller att livslängden hos den svenska befolkningen ökar (Socialstyrelsen, 2018). Enligt Socialstyrelsen (2009) beräknas antalet personer över 75 år ha fördubblats år 2050. Äldre personer har ett större vårdbehov vilket innebär att behovet av hälso- och sjukvård kommer att bli större. Risken för att bli sjuk ökar med åldern och antalet personer med multisjuklighet stiger (Socialstyrelsen, 2009). Enligt Väntetider i vården (2018) var det i augusti detta år 9,4 stycken överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser i Västra Götaland. Detta kan jämföras med augusti 2014 då antalet överbeläggningar var 4,4 stycken (Väntetider i vården, 2018). Socialstyrelsens rapport (2012) visar att antalet vårdplatser i hela riket har minskat med 12 procent mellan åren 2001 och 2011. Enligt Socialstyrelsen (2012) finns det ett tydligt samband mellan antalet vårdplatser och antalet överbeläggningar på sjukhusen. Däremot menar Sveriges Kommuner och Landsting (2016) att detta samband inte kan bevisas på landstingsnivå (Sveriges Kommuner och Landsting, 2016).

Av samtliga sjukhus i Sverige uppger 76 procent att de har överbeläggningar varje vecka eller oftare (Socialstyrelsen, 2012). Överbeläggning definieras enligt Socialstyrelsens termbank (u.å.a) som en *”händelse när en inskriven patient vårdas på vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats”*. En disponibel vårdplats innebär en *”vårdplats i slutenvård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö”* (Socialstyrelsen, u.å.b).

Vårdkvalitet

Hälso- och sjukvårdslagen har fem krav för att definiera god vård. Det första kravet är att vården ska vara av god kvalitet och hålla en hög hygienisk nivå (SFS 2017:30). Sjuksköterskan har ett ansvar att följa riktlinjer om basala hygienrutiner. Det innebär exempelvis att desinficera sina händer med ett alkoholbaserat medel innan och efter varje arbetsmoment, för att minimera risken för smittspridning (SOSFS 2015:10). En kvantitativ studie utförd i USA visar att de basala hygienrutinerna, såsom användande av handskar och handdesinficering minskar vid överbeläggning och vårdande i korridor (Carter, Wyer, Giglio, Jia, Nelson, Kauari & Larson, 2016). Hälso- och sjukvårdslagens andra krav är att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet skall tillgodoses (SFS 2017:30). Enligt Asp och Ekstedt (2014) innebär trygghet att uppleva en känsla av lugn, vila, ro och tillit, vilket kan upplevas om patienten känner förtroende till vårdpersonalen och sjukvården (Asp & Ekstedt, 2014). Det tredje kravet är att patientens självbestämmande och integritet ska respekteras och kontakt mellan patient och personal ska understödjas (SFS 2017:30). Det fjärde kravet är att goda kontakter mellan vårdpersonal och patient skall främjas (SFS 2017:30). En kvalitativ intervjustudie från Sverige beskriver att patienter inom den somatiska vården många gånger upplever en maktlöshet som begränsar möjligheterna till att utöva självbestämmande (Nordgren & Fridlund, 2001). Det femte kravet är att vården ska vara lättillgänglig (SFS 2017:30).

En kvantitativ enkätstudie från Norge visar att patienter som vårdas i korridoren i allmänhet får sämre vård än patienter som vårdas på en disponibel vårdplats. Vårdkvaliteten påverkas negativt och risken för felbehandling, olycksfall och sjukhusinfektioner ökar. Vid överbeläggningar finns även en risk att patienter skrivs ut för tidigt. Detta kan innebära att sjukdomsförloppet blir längre och att onödiga komplikationer kan uppstå (Larsen, Skretting & Farstad, 2000).

Vårdens ansvar

Vård ska bedrivas på ett respektfullt och omsorgsfullt sätt (SFS 2010:659). Den ska också ges med hänsyn till patientens värdighet och integritet (SFS 2017:30). Larson et al. (2000) beskriver att läkarundersökningar, omvårdnadsåtgärder och personliga samtal försvåras vid vård i korridor, vilket gör att integriteten inskränks. Personliga samtal i korridoren gör att sekretessen inte kan upprätthållas, när det ständigt passerar personal och besökare i korridoren (Larsen et al., 2000). En kvantitativ studie från Taiwan redovisar hur patienter upplevde integriteten på en akutvårdsavdelning. Patienterna upplevde att privata och sekretessbelagda konversationer överhördes (Lin & Lin, 2011). Även Walsh, Cortez och Bhakta (2008) genomförde en kvantitativ studie som visar att patienter värderade sin integritet högt. De önskade att bli placerade i korridoren på en vårdavdelning hellre än på en akutvårdsavdelning, då de upplevde att integriteten lättare kunde upprätthållas på vårdavdelningen (Walsh et al., 2008). Att patienter hellre vill bli placerade på en vårdavdelning styrks även av det resultat Garson, Hollander, Rhodes, Shofer, Baxt och Pines (2008) rapporterar.

Miljöns betydelse

Begreppet miljö innehar både en fysisk och psykisk men också en social betydelse (Pfettscher, 2010). Nightingale förespråkade vårdmiljöns betydelse för tillfrisknande och välbefinnande. Hon lyfte fram att vårdandet inte kan skiljas från den plats där det äger rum och att sjukdom bland annat är en reaktion på den plats som patienten befinner sig. Pfettscher

(2010) refererar till Nightingales omvårdnadsteori och framförallt den fysiska miljöns betydelse, hur människan påverkas av ljus, ljud, lukt, ventilation och värme. Nightingale menade att mycket ljud påverkar patienten. Ljus och frisk luft bidrar till en bättre läkande miljö. Den plats där patienten vårdas skall hållas ren och väl ventilerad för att förebygga sjukdom. Sjuksköterskan skall också vara noga med handhygien. Pfetscher (2010) menar att denna teori är fortsatt relevant och betonar den spridning av multiresistenta bakterier som existerar idag.

Enligt Pfetscher (2010) kallade Nightingale sjuksköterskan för en ”moralisk agent” och menade att sjuksköterskan har ett stort ansvar att sekretessen bevaras. Nightingale diskuterade den psykosociala miljön och menade att sjuksköterskans roll är att skapa en relation till patienten. Lugn och ro är essentiellt för tillfrisknande. En trygghet skapas genom observation av patienten och dess omgivning. När Florence Nightingale arbetade som sjuksköterska ansåg hon att det var hennes roll att sitta hos patienten, vara behjälplig med brevskrivande till närstående och ge patienten böcker att läsa, då hon menade att kognitiv stimulering är läkande. Hon såg deras behov och visade omtanke för patienterna. Möjligheten till samtal var enligt Nightingale mycket viktig (Pfetscher, 2010).

Även Liaschenko (2000) belyser den psykosociala miljön. Genom relationen till patienten kan bättre förutsättningar för en bättre vård skapas. Liaschenko (1994) beskriver att personliga tillhörigheter är bra för den läkande processen, vilket kan kopplas till den kognitiva stimulans Florence Nightingale förespråkade (Pfetscher, 2010). Liaschenko (1994) skriver om moralens geografi och menar att vårdens kvalitet är belägen på en geografisk plats som är beroende av platsens utformning och egenskaper. Miljö framställs av Malone (2003) som tre olika dimensioner: fysisk, narrativ och moralisk närhet. Den fysiska närheten beskrivs som beröring och fysisk omvårdnad. Den narrativa närheten återges som en relation mellan sjuksköterska och patient, där sjuksköterskan lär känna patienten genom berättelser. Den moraliska närheten innefattar sjuksköterskans ansvar att arbeta för patientens bästa och ha kännedom om den sårbarhet patienten befinner sig i (Malone, 2003).

Sjukhuset består inte endast av en vårdmiljö utan är också en arbetsmiljö. För att sjuksköterskan och övrig personal ska kunna utföra sina arbetsuppgifter korrekt krävs en hållbar arbetsmiljö. Enligt arbetsmiljölagen (SFS 1977:1160) ska varje arbetsplats vara utformad och inredd på ett säkert sätt för att förebygga och undanröja hälsorisker. Pulliam, Liao, Geissler och Richards (2013) beskriver att sjuksköterskor påtalar en oro för brandrisken som kan förekomma vid olämplig placering av patienter (Pulliam et al., 2013). Både den fysiska och psykiska arbetsmiljön ska beaktas, för att inte orsaka ohälsa hos personalen. Det är arbetsgivarens ansvar att vidta åtgärder när ohälsa hos arbetstagaren misstänks (SFS 1977:1160).

Sjuksköterskans ansvar

Wiklund Gustin (2014) framhäver att sjuksköterskan har ett ansvar att minska eller eliminera vårdlidande, vilket kan uppstå vid bristande vård. Vårdlidande kan även närstående uppleva om de anser att vården inte går till på rätt sätt (Wiklund Gustin, 2014). En god vård bygger på följande sex kärnkompetenser: säker vård, personcentrerad vård, teamarbete, evidensbaserad vård, förbättringskunskap och informatik. Med hjälp av dessa kärnkompetenser kan sjuksköterskan stärka vårdkvaliteten och patientsäkerheten (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Socialstyrelsens definition av patientsäkerhet beskrivs som ”skydd mot vårdskada”

(Socialstyrelsen, u.å.c). Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) innebär vårdskada ” *lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.*”

På en medicinsk akutvårdsavdelning vårdas patienter med akuta besvär, exempelvis bröstsmärtor, hjärtsvikt, hjärtarytmi, infektion och förgiftning. Patienterna kommer främst från akutmottagningen och intensivvårdsavdelningar. På avdelningen jobbar bland annat sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, kuratorer, specialistläkare, dietister och undersköterskor (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2018).

Problemformulering

Det ökade vårdbehovet tillsammans med ett otillräckligt antal disponibla vårdplatser har lett till en ökad problematik med överbeläggningar. Det är rimligt att anta att detta påverkar sjuksköterskans omvårdnadsarbete på ett ogynnsamt sätt. Sjuksköterskan har trots överbeläggningar ett ansvar att följa Hälso- och sjukvårdslagens krav för en god och säker vård samt bedriva omvårdnad på ett respektfullt sätt med hänsyn till patientens integritet. Dessutom har vårdandets geografiska plats en betydelse för både patienten och sjuksköterskans omvårdnadsarbete.

Tidigare forskning behandlar problemet ur patientens perspektiv. Kvantitativa undersökningar om morbiditet samt mortalitet vid överbeläggningar återfinns, däremot råder det bristande kunskap om hur sjuksköterskan påverkas av problemet. Därför ämnar denna uppsats att med en kvalitativ metod undersöka sjuksköterskans upplevelser av att vårda patienter utan en disponibel vårdplats.

Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter utan en disponibel vårdplats på en medicinsk akutvårdsavdelning.

Följande frågor har väglett examensarbetet:

- Hur påverkas sjuksköterskans profession av att patienter vårdas utan en disponibel vårdplats?
- Hur upplever sjuksköterskan att patientsäkerheten påverkas av att patienter vårdas utan en disponibel vårdplats?
- Hur påverkas sjuksköterskans arbetsmiljö av att patienter vårdas utan en disponibel vårdplats?

Metod

Design

En kvalitativ intervjustudie har genomförts. Enligt Henricson och Billhult (2017) är syftet med kvalitativ forskning att systematiskt skapa kunskap om människors erfarenheter, eller beskriva innebörder av olika fenomen. Den syftar också till att öka förståelse och skapa kunskap (Henricson & Billhult, 2017). För att få en ny förståelse har en induktiv ansats använts. Den induktiva ansatsen innebär att så förutsättningslöst som möjligt försöka skapa kunskap om undersökningsfenomenet, med utgångspunkt i deltagarnas berättelser (Henricson

& Billhult, 2017). En kvalitativ intervjumetod ansågs mest lämplig för att frambringa ny kunskap om sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter utan en disponibel vårdplats. En intervjustudie innebär att deltagarna får uttrycka sina erfarenheter med egna ord, till skillnad från en observationsstudie (Henricson & Billhult, 2017). Individuella intervjuer valdes istället för fokusgrupper, för att ge deltagaren möjlighet att ge sin egen berättelse och inte bli påverkad av gruppen samt för ökad konfidentialitet.

Urval

Ett ändamålsenligt urval applicerades. Detta innebär att sjuksköterskorna som inbjuds till studien har erfarenhet av studiens fenomen och kan därmed ge innebördsrika beskrivningar (Henricson & Billhult, 2017). Studiens urval bestod av sex sjuksköterskor med erfarenhet av att vårda patienter utan en disponibel vårdplats. Inga andra inklusions- eller exklusionskriterier var aktuella. Däremot eftersträvades en variation i arbetslivserfarenhet och kön.

Sjuksköterskorna rekryterades genom att en skriftlig inbjudan skickades till enhetscheferna på avdelningen med en beskrivning av studien och dess syfte (se bilaga 1). Sjuksköterskorna valdes av enhetscheferna där hänsyn togs till erfarenhet, kön samt intresse. Informationsbrevet skickades till dem som visade intresse. Därefter avsatte enhetscheferna tid för intervju under sjuksköterskornas arbetspass.

Fyra allmänsjuksköterskor och två ledningssjuksköterskor intervjuades. En ledningssjuksköterska kontrollerar patientflödet med syfte att effektivt kunna leda, planera och utveckla omvårdnadsarbetet (Riksföreningen för akutsjuksköterskor, 2015). Sjuksköterskorna hade varit yrkesverksamma mellan tre månader och tolv år. Två män och fyra kvinnor intervjuades.

Datainsamling

Data samlades på en medicinsk akutvårdsavdelning genom semistrukturerade intervjuer. En semistrukturerad intervju innebär att intervjuaren formulerar öppna frågor med viss struktur. Frågorna behöver inte ställas i ordning, vilket ger möjlighet till följsamhet i intervjun och därmed en chans för deltagaren att berätta fritt om sina upplevelser och erfarenheter. Intervjuaren kan ställa följdfrågor för att få mer utvecklade svar. För att göra en bra intervju krävs ett gott samspel mellan intervjuare och deltagare, vilket betyder att intervjuaren behöver vara väl förberedd. En intervjuguide kan användas, men ska endast vara ett hjälpmedel och ska därför inte vara lång (Danielson, 2017a). Intervjuguiden (se bilaga 2) utformades med både tematiska och dynamiska frågor (Kvale & Brinkmann, 2014). Datainsamlingen pågick under två veckor i oktober 2018.

För en bra intervju behövs en trygg atmosfär där intervjun kan pågå ostört. Miljön är en viktig faktor till en omfattande datainsamling (Danielson, 2017a). Totalt sex intervjuer genomfördes. Den första var en pilotintervju där båda intervjuarna deltog. Pilotintervjun ansågs vara väl utformad för att besvara syftet, därför behölls intervjuguiden utan ändringar. Första frågan var *”Hur upplever du att det är att vårda patienter utan en disponibel vårdplats?”*. Denna fråga inledde samtliga intervjuer, för att öppna för sjuksköterskorna att fritt berätta om sina upplevelser. Andra frågan handlade om patientsäkerhet och tredje frågan berörde sjuksköterskans arbetsmiljö. Pilotintervjun bedömdes ha god kvalitet och

inkluderades därför i resultatet. Andra och fjärde intervjun genomfördes i ett personalrum, efter sjuksköterskornas önskemål. Övriga intervjuer genomfördes i ett avskilt rum. Med undantag från pilotintervjun genomfördes alla intervjuer av en intervjuare.

Sjuksköterskorna hade i förväg fått ett informationsbrev och ombads vid intervjutillfället att signera en samtyckesblankett. Innan intervjun började berättade intervjuaren kort om studiens syfte samt efterfrågade godkännande att intervjun spelades in. Samtliga sex sjuksköterskor godkände inspelning. Därefter gavs sjuksköterskorna möjlighet att ställa frågor innan intervjun började. Intervjuerna varade mellan 22 och 34 minuter. I slutet av intervjun tillfrågades sjuksköterskan om det var något mer som önskades tilläggas, därefter avslutades intervjun. Än en gång gavs information om möjligheten att när som helst kunna avbryta sitt deltagande. Intervjuerna förvissade sig om att sjuksköterskorna hade deras kontaktuppgifter.

Intervjuerna transkriberades ordagrant och transkriberingen skedde direkt efter varje intervju. Observationer såsom skratt, suckande och pauser skrevs ut. Enligt Danielson (2017a) anses det vara fördelaktigt att transkribera ordagrant för att kunna se alla nyanser av sammanhanget och för att få en bättre grund för förståelsen. Transkriberingen utfördes av den som genomförde intervjun, vilket beskrivs vara till fördel då intervjun i sin helhet upprepas för intervjuaren (Danielson, 2017a). När transkriberingen var färdig lyssnade den andra intervjuaren på inspelningen och granskade samtidigt texten efter felaktigheter.

Dataanalys

Med hänsyn till examensarbetets syfte har konventionell innehållsanalys använts. Enligt Elo och Kyngäs (2008) används denna analysmetod för att få en strukturerad och objektiv bild av det fenomen som undersöks, i detta fall sjuksköterskors erfarenhet av att vårda patienter utan en disponibel vårdplats. En innehållsanalys kan göras både ur ett induktivt och deduktivt perspektiv. Det induktiva perspektivet användes, vilket innebär att data analyseras för att få en ny helhet och ny kunskap. Vidare beskriver Elo et al. (2008) att innehållsanalysen omfattar tre olika faser. Den första fasen är en förberedelsefas där datamaterialet läses noggrant flertalet gånger, dels för att bli väl fördjupad i materialet samt för att få en översikt över helheten. Därefter kommer organiseringsfasen, där materialet läses igen och samtidigt markeras meningsbärande enheter. En meningsbärande enhet består av en eller flera meningar från datamaterialet som innehåller relevant information om studiens fenomen och som handlar om samma sak. Under denna del av analysen behöver forskaren bestämma om endast det textnära, det så kallade manifesta innehållet, eller även det latent innehåll skall analyseras. Det latent innehåll är det som läses mellan raderna och som tolkas av forskaren (Elo et al., 2008). Den tredje fasen är rapportering av analysprocessen och det framkomna resultatet.

För att besvara syftet har både manifest och latent innehåll analyserats. Därefter organiseras datamaterialet i koder. Enligt Elo et al. (2008) är en kod, ett ord som benämner vad den meningsbärande enheten beskriver. Sedan samlas samtliga intervjuers koder på ett kodblad. I nästa fas sorteras koderna med avseende på likheter och skillnader till subkategorier eller subteman, som beskriver vad ett flertal koder står för. Från de subkategorier eller subteman som framkommit genom förening av koder, skapas sedan kategorier eller teman. En kategori eller ett tema består av subkategorier eller subteman som ger uttryck för liknande meningsinnehåll, händelser eller upplevelser (Elo et al., 2008).

Datamaterialet lästes flertalet gånger av båda författarna, för att få en god förståelse för helheten. Därefter markerades meningsbärande enheter i samtliga intervjuer, som sedan kodades. De 254 olika koderna som skapades fördes över till ett kodblad. Sedan diskuterades kodningen och en kritisk dialog kring kodernas innehåll och innebörd fördes. När en överenskommelse nåtts delades koderna gemensamt in i subteman samt teman, vilket är i enlighet med vad Elo et al. (2008) menar ger en god validitet. Likheter och skillnader söktes och sorterades in i olika subteman.

Tabell 1: Exempel på innehållsanalys:

Meningsbärande enhet	Kod	Subtema	Tema
Att man känner liksom att man, att det inte, integritetskränkande mot dem.	Integritet	Värna om integritet	Förlorad arbetsglädje
Men samtidigt så tänker jag att... eh.. att det är ju... det är det enda möjliga sättet för att kunna... må okej på arbetsplatsen.	Sänkta krav	Ett ökat krav	Förlorad arbetsglädje

Etik

Enligt Sandman och Kjellström (2013) grundas de etiska riktlinjerna för forskning i etiska principer; respekt för personen, rättvisepincipen och göra-gott-principen. De beskriver att respekt för personen visas genom att deltagaren får möjlighet att ge ett informerat samtycke. Göra-gott-principen innebär en avvägning mellan risker och nytta, där skada ska minimeras. Denna princip gäller för att skydda konfidentialitet. Rättvisepincipen ser till att samtliga deltagare behandlas likvärdigt. En underordning i en hierarkisk grupp medför en sårbarhet för deltagarna, vilket måste beaktas (Sandman & Kjellström, 2013). Enligt Kvale och Brinkmann (2014) ska deltagarna få information om frivilligt deltagande och att deltagaren när som helst kan välja att avbryta sitt deltagande. Deltagarna ska även bli informerade om att intervjun kan komma att spelas in, vem som kommer få tillgång till materialet samt vad som händer med materialet efter avslutad studie. Att intervjuerna anonymiseras ger ett löfte om konfidentialitet. Forskaren ska vara medveten om sin egen förförståelse och inte tolka deltagarens svar, utan inneha ett objektiva perspektiv. Forskaren bör också ha maktförhållanden i åtanke, där forskaren oftast är den med mest makt (Kvale & Brinkmann, 2014). Etiskt godkännande var inte aktuellt, då uppsatsen skrevs på en högskoleutbildning på grundnivå (SFS 2003:460).

Förförståelse

Med förförståelse menas den kunskap som forskarna har innan påbörjad studie. Förförståelsen syftar inte bara till det som är inlärt via studier utan baseras också på värderingar och erfarenheter (Priebe & Landström, 2017). Förförståelsen påverkar forskarna under hela

studien. Genom att kontinuerligt reflektera över förförståelsens inflytande på resultatet stärks studiens pålitlighet (SBU, 2017). Författarna har tillsammans och enskilt reflekterat över förförståelsens påverkan. För att kontrollera förförståelsen granskade handledaren intervjufrågorna innan datainsamlingen påbörjades. Ett kritiskt förhållningssätt har varit möjligt genom diskussion dels mellan författarna men också med handledaren. Båda författarna har erfarenhet av att arbeta som undersköterskor men ingen har erfarenhet av att vårda patienter utan en disponibel vårdplats. Däremot har en av författarna varit med om att en sjuksköterska på arbetsplatsen självmant placerat en patient i korridoren med syfte att få bättre uppsikt över patientens tillstånd. Båda författarna har en inblick i sjukvårdssystemet och för att begränsa förförståelsens påverkan har detta diskuterats under studiens gång.

Resultat

Efter bearbetning av datamaterialet framträdde tre teman och tolv subteman, vilka presenteras i tabell samt löpande text nedan.

Tabell 2: Teman och subteman:

Tema	Subtema
Förlorad arbetsglädje	<ul style="list-style-type: none"> • En känsla av otillräcklighet • Ett ökat krav • Medlidande • Värna om integritet • Ändrade förutsättningar
Patientsäkerhet	<ul style="list-style-type: none"> • Risker för felbedömning • Avsaknad av utrustning • Tillsyn
Arbetsmiljö	<ul style="list-style-type: none"> • Psykosocial miljö • Fysisk miljö • Kollegialt stöd • Organisation och ledarskap

Förlorad arbetsglädje

En känsla av otillräcklighet

Många av sjuksköterskorna framhöll att det fanns få positiva aspekter av att vårda patienter i korridorerna eller dagrummet. Sjuksköterskorna framhöll att de upplevde en stor frustration i sitt arbete vid vård av patienter utan en disponibel vårdplats. Frustrationen grundade sig i att arbetsuppgifter inte kunde utföras korrekt och att integritet samt sekretess inte kunde efterföljas. Flera sjuksköterskor uttryckte negativa känslor, såsom att det var ”påfrestande”, ”jobbigt” och ”inte alls roligt” att vårda patienter som omhändertas i korridoren på grund av överbeläggningar. En återkommande känsla av otillräcklighet infann sig hos flera av sjuksköterskorna. Otillräckligheten medförde att sjuksköterskorna hade dåligt samvete för att de inte kunde ge en god vård till patienterna. De framhöll en besvikelse, dels på sig själva men också en besvikelse över hur situationen var. Det uppstod en konflikt mellan sjuksköterskornas vilja att ge en god vård och de praktiska och faktiska omständigheterna. De framhöll att de ville välja patientens bästa, men att detta inte alltid kan beaktas och att de inte hade några möjligheter att tillgodose patientens behov, vilket påverkade patientens vård på ett negativt sätt.

”För många tappar liksom arbetsmoralen eller vad man ska säga. Att man ”ah men skit samma det är ändå så jävla dåligt här” och man behandlar patienterna illa för att man är så frustrerad över att ingenting fungerar att... man inte räcker till liksom.” (IP 2)

Majoriteten av sjuksköterskorna ansåg att det blev en ökad arbetsbelastning av att vårda patienter i korridoren. Ett flertal upplevde att hela vårdarbetet försvårades och blev mer tidskrävande.

Ett ökat krav

Sjuksköterskorna kände ett stort ansvar för sina patienter, att de skulle få en god vård och att de inte skulle skadas ytterligare. Omvårdnaden i korridor beskrevs medföra ett ökat ansvar för sjuksköterskan, bland annat genom att ökad hänsyn måste tas till integritet och sekretess. Dessutom behövde omvårdnadsmomenten förberedas, tänkas igenom och planeras på ett särskilt sätt då platsen för vården inte längre var ett patientrum utan en korridor avsedd för passage. Sjuksköterskorna beskrev sig ha höga krav på sig själva, att hinna och att orka med sina arbetsuppgifter. De upplevde att det var mödosamt att behöva sänka sina krav när omvårdnaden inte kan bedrivas som den ska. En känsla av att inte vara nöjd med sitt arbete framkom, vilket resulterade i att sjuksköterskan till slut tenderade att distansera sig från situationen och ansträngde sig för att inte känna skuld över de arbetsuppgifter som missats. En sjuksköterska berättade: *Och då gör man ju så gott man kan utifrån de förutsättningarna man har. Men man är oftast inte nöjd med det själv, men man försöker trösta sig med det liksom.* (IP 5)

En av de intervjuade sjuksköterskorna beskrev att hen inte kände sig förberedd på situationen, att sjuksköterskeutbildningen inte undervisade om hur patienter ska vårdas i korridoren. Självförtroende i sin roll som sjuksköterska hade en betydande roll, för att inte ta det personligt när patienter eller arbetsgivare klagar på sjuksköterskans prestation. Det fanns en gemensam önskan om en mer personcentrerad vård samt att vara fler personal för att ha möjlighet att möta de ökade kraven.

”Och när man då inte riktigt lyckas upprätthålla de kraven på grund av hur vården ser ut idag med överbeläggningar och att det är stressigt och det är mycket att göra, det påverkar en negativt det gör det ju absolut.” (IP 5)

Medlidande

Det fanns ett stort medlidande hos sjuksköterskorna, då de reflekterade över patientens situation och menade att det var mödosamt och krävande för patienterna att vårdas i korridorer och dagrum. Detta kunde innebära att patienters känsla av trygghet påverkades och att de kände sig blottade. Sjuksköterskorna betonade att de själva inte ville bli vårdade i korridoren eller att en närstående skulle bli det. En patientgrupp som de särskilt oroade sig för var patienter med sänkt medvetandegrad, som inte förstår att de ligger öppet och blir beskådade av både personal, patienter och närstående. Övriga patienter kunde istället bli irriterade över att de måste ligga mitt i den kaotiska miljön. Vidare uttrycks att den medicinska akutvårdsavdelningen är en plats för vård av instabila patienter, vilket medför mycket rörelse på avdelningen.

”Jag tror att patienten kan tycka det är jobbigt nog på flersal att berätta hur ofta den sköter magen och hur mycket alkohol den dricker och om den har några psykiska besvär sedan tidigare. I korridoren, det går folk, det är ju inte bara vårdpersonal, det är ju vaktmästare, det är anhöriga, det är... nej men alla rör ju sig i korridoren.” (IP 6)

Sjuksköterskorna mötte frustrerade och ledsna patienter som påtalade att det inte fanns utrymme för dem, vilket gav upphov till skuld och uppgivenhet hos sjuksköterskan. Majoriteten av sjuksköterskorna berättade att patienter som vårdas i korridoren upplevs vara oroligare, att de inte får lugn och ro när det ständigt passerar folk i korridoren. En sjuksköterska beskrev det som: *Jag tror att jag avskärmar mig lite från patienterna i korridoren för att jag tycker att det är så jobbigt. Så jag vill inte se dem liksom, att jag, det gör ont när jag ser dem.* (IP 1)

Värna om integritet

Integritet upplevdes vara svårt att upprätthålla när det rörde överbeläggningar. Sjuksköterskorna ansåg att det inte var optimalt att vårda patienter i korridoren ur ett etiskt perspektiv. Oavsett om en patient vårdas i korridoren eller på en disponibel vårdplats var sjuksköterskorna överens om att alla patienter ska behandlas lika, men att detta inte alltid gick att tillgodose. I korridoren fanns inte samma möjligheter för patienten att göra sig hörd, exempelvis saknades larmklockor. Patienterna som vårdades i korridoren fick inte samma privata sfär som patienter med en disponibel vårdplats. Sjuksköterskorna upplevde att detta var en viktig aspekt för patienterna. Patienterna upplevdes vara oerhört exponerade i korridoren och sjuksköterskorna uttryckte att det var hemskt att se dem utsatta och blottade. Ett flertal berättade att patienter med demens och patienter med förgiftning omedvetet tog av sig sina kläder i korridoren vilket resulterade i att de låg nakna för allmän beskådning. Sjuksköterskorna beskrev att de försökte tillgodose integriteten utifrån de förutsättningar som gavs men att det var svårt. En sjuksköterska beskrev det som: *Men det här att man ska vårda för respekt av integritet och den autonoma, alltså, de orden är ju tomma, eller klingar väldigt tomt här, när man vårdar i korridoren. Det funkar ju inte.* (IP 2). Möjligheten att skärma av var begränsad. Mobila väggar fanns att tillgå men ansågs inte vara tillräckliga. De täcker

endast till huvudhöjd vilket resulterar i att anhöriga, vårdpersonal och patienter kan titta rakt in på patienten som vårdas i korridoren.

Sjuksköterskorna beskrev att de valde att inte utföra vissa arbetsuppgifter för att inte bryta mot integriteten och sekretessen. Exempelvis togs inte känsliga frågor upp, om bland annat elimination eller psykiska besvär, som vanligtvis är viktiga i vårdarbetet. I dessa situationer ansåg sjuksköterskorna att det var svårt att gå in på djupet och valde att hålla ett kortare samtal. Byte av blöja och katetervård ansågs vara besvärliga moment att utföra i korridoren eftersom de är väldigt utelämnande för patienten. En sjuksköterska beskrev det som: *Det är svårt att känna att man kan ställa de frågor som behövs, det är svårt att känna att man kan undersöka patienten på det sätt som det behövs.* (IP 6)

Ändrade förutsättningar

En övervägande del av sjuksköterskorna framhöll att rollen som sjuksköterska förändrades när patienter vårdas i korridoren, medan en sjuksköterska upplevde sig trygg i sin roll och menade att den inte påverkades. Argument för att sjuksköterskans roll förändrades var kopplade till att det var svårt att upprätthålla en god patientsäkerhet. Sjuksköterskans legitimation och det ansvar den innebär nämndes också. De upplevde sig begränsade i sitt arbete, när de inte kunde utföra sina arbetsuppgifter på det sätt de önskade.

”För som sagt var, ger du mig en hammare, så kommer jag göra det bästa för att få ner skruven men det kommer ju inte bli bra, men, jag gör det ju med de förutsättningar jag får. De verktyg jag får.” (IP 6)

Planering och prioritering blev en viktigare del av arbetet vid vårdande av patienter i korridoren. Planeringen innebar att exempelvis tänka igenom vilka typer av kontroller som behövde göras på en patient i korridoren, då viss utrustning inte fanns hos patienten och sjuksköterskan kunde då behöva ta med sig handskar, febertermometer eller pulsoximeter. Mer tid till förberedelse och problemlösning gick åt, vilket minskade tiden till andra arbetsuppgifter. Alla sjuksköterskor berättade om förmågan att prioritera och att arbetet bestod till stor del av att fördela vårdplatserna på rätt sätt. Exempel som gavs var att försöka tänka förebyggande och placera de minst dåliga patienterna i korridoren och de sjukaste patienterna på patientrum. När patienternas status förändrades behövde sjuksköterskan omplacera patienterna och berätta för en patient på ett patientrum att den behövde flyttas ut i korridoren, vilket upplevdes besvärligt. Prioriteringarna handlade också om att dela upp sina arbetsuppgifter och se vad som var viktigast att göra. Sjuksköterskorna framhöll att erfarenhet gjorde mycket för att veta hur arbetet skulle struktureras upp. Erfarenhet bidrog till förebyggande av instabila patienter i korridoren, då en klinisk blick hade övats upp.

”Man gör ju en sån här, försöker ju prioritera utifrån behov. Och då blir det lätt det här att någon som är väldigt gammal och multisjuk och kanske ändå ska dö snart... kommer efter någon som är yngre och som kanske har chanser att överleva. Och det är ju... det är ju inte så det ska vara egentligen.” (IP 2)

Patientsäkerhet

Risker för felbedömning

Patientsäkerheten framhölls av sjuksköterskorna som bristande vid vård i korridoren och dagrum. De ansåg att risken för misstag och fel ökar när patienter vårdas i korridoren på

grund av överbeläggningar. Det var endast en sjuksköterska som ansåg att patientsäkerheten inte påverkades vid vårdande i korridoren. Patientsäkerheten påverkades av att det blev stressigare och lättare att göra fel när för många patienter vårdades på avdelningen. En patient som snabbt blev instabil i korridoren kunde bli sämre i onödan, då det tog längre tid att få fram den utrustning som kunde behövas, eftersom den inte fanns i korridoren i normala fall. Sjuksköterskorna uttryckte även risker i samband med läkemedelshantering och läkemedelsadministrering. Det upplevdes osäkert att lämna läkemedel till en patient i korridoren då oro fanns att någon annan enkelt skulle kunna ta medicinerna om de stod synligt. Enligt en sjuksköterska hade det hänt att en patient inte fått sina läkemedel, då det glömdes bort, eftersom patienten var placerad i korridoren. När flera patienter placerades i korridoren samtidigt, på grund av brist på disponibla vårdplatser, kunde de enkelt förväxlas eller glömmas bort.

”Och då var det lite såhär överbeläggning ett, två och tre men bara det att den som var överbeläggning två låg högst upp och den som var i mitten nummer tre och den som var längst ner var nummer två eller liksom... Att det blir att man, men gud vad det är lätt att man blandar ihop.” (IP 5)

Sjuksköterskorna beskrev att överbeläggningar leder till avbrott i arbetet. De upplevde att de blev avbrutna av både patienter och kollegor. Att utföra uppgifter eller föra samtal i korridoren med mycket ljud och rörelse i bakgrunden upplevdes som störande. Enligt Sjuksköterskorna minskade patientsäkerheten när de blev avbrutna i sina arbetsuppgifter. De framhöll en oro över att bidra till sänkt patientsäkerhet på grund av de försämrade förutsättningarna samt en oro att något skulle hända patienten i korridoren. Det framgick dock att goda rutiner för kontroll av personuppgifter bidrog till att förebygga försämrad patientsäkerhet.

Avsaknad av utrustning

Samtliga sjuksköterskor ansåg att det inte fanns samma resurser i korridoren som på en disponibel vårdplats. Flera upplevde att det blev en ökad arbetsbelastning att vårda patienter i korridoren med anledning till att det krävdes mer planering kring utrustning. Patienter med ett större vårdbehov i form av sug eller syrgas ansågs inte lämpliga att vårdas i korridoren, eftersom sjuksköterskorna upplevde att patientsäkerheten äventyrades. En sjuksköterska beskrev det som:

”Det blir problematiskt för då får man gå och kontrollera de här syrgastuberna hela tiden och det är lätt att det missas. Och helt plötsligt så ser man att där är en tom syrgastub... Hur länge har den patienten legat utan syrgas? Det är ju svårt att veta.” (IP 5)

Vikten av att ha tillgång till syrgas och sug i akuta situationer påtalades. För att kunna placera en patient i korridoren, behövde den vara förmögen att förmedla sig verbalt, eftersom det saknades larmklockor på ett flertal platser i korridoren. Kommunikationssvårigheterna gjorde att sjuksköterskorna blev frustrerade och osäkra.

”Det har hänt ett par gånger. Och det är lika jobbigt varje gång.... Får man in en KOL-exacerbation som behöver inhalera men man kan inte koppla inhalationen på syrgas relaterat till KOL-diagnosen. Då blir det jättestruligt, så att säga. Då får man

rulla iväg patienten och knö sig in mellan två andra sängplatser för att ge inhalationer. Det håller inte liksom. Det funkar ju inte.” (IP 4)

Enligt sjuksköterskorna fanns mobil utrustning att tillgå, den var dock tidskrävande och osäker att använda. De uttryckte en oenighet angående patienter som får hjärtstopp i korridoren. En del tyckte att det var bra att ha akutvagnen nära till hands medan andra ansåg att det saknades viktig utrustning, såsom sug och syrgas. Sjuksköterskorna bedömde att hygienrutinerna påverkades negativt. Tillgång till handskar, förkläde, tvättfat och desinficerande medel fanns inte i korridoren. I stressiga situationer var det lätt att basala hygienrutiner föll bort.

Tillsyn

Många av sjuksköterskorna uttryckte att den enda positiva anledningen till att vårda patienter i korridoren var att de kan ha bättre uppsikt över patientens tillstånd. De berättade att de själva väljer att placera en patient i korridoren för att ha bättre uppsikt över exempelvis andning och luftvägar. En annan anledning som nämndes var patienter med psykiska diagnoser eller patienter som vill avvika från avdelningen. Patienter som hade sänkt medvetandegrad eller förgiftning upplevdes också positivt att vårda i korridoren. En annan patientgrupp var oroliga eller dementa personer som tenderar att klättra över sängkanten. Det upplevdes betryggande att ha en disponibel vårdplats att tillgå när patienten blev stabil. Detta medförde minskad oro för sjuksköterskan.

”...och är det någon som kommer in som vi behöver ha koll på som antingen är medvetandesänkt eller som är väldigt orolig och inte vill vara inne på ett rum, då är det ju för patientens skull och inte för att sjukhuset har fullt upp liksom.” (IP 3)

Arbetsmiljö

Psykosocial miljö

En stressad och ohållbar arbetsmiljö beskrevs av sjuksköterskorna. Det beskrevs vara stressande att inte ha de resurser som krävdes för att hantera olika vårdssituationer. Många beskrev det som en tuff arbetssituation där vårdtyngden inte tycktes avta. Stressen gjorde att många sjuksköterskor upplevde en känsla av oro som gjorde det svårt att fokusera på arbetet. Att komma till arbetet och möta patienter i korridoren framhölls bidra till ökad stress. Flera sjuksköterskor upplevde att vårdtyngden var pressad. Under sommaren låg vid flera tillfällen tre till fem patienter uppradade i korridoren. Stressen ansågs påverka dem både psykiskt och fysiskt, då de hade svårt att varva ner när de kom hem från arbetet. Ett flertal sjuksköterskor beskrev att de distanserade sig för att klara av den tunga arbetssituationen och för att skydda sig själva. Den tunga arbetsbelastningen beskrivs vara en faktor till sjukskrivningar, personalbrist och tankar på att byta yrke.

”Jag tror många av ens kollegor har velat jobba kvar här och vill jobba på sjukhus, men de orkar inte. När jag började, jobbade nästan alla heltid, innan de får barn i varje fall, men det är jättemånga som inte jobbar heltid längre. Jag gör det inte, jag orkar inte.” (IP 1)

Fysisk miljö

Den fysiska miljön upplevdes vara stökig vilket påverkade vårdarbetet. Sjuksköterskorna påpekade att framkomligheten i korridoren begränsades när sängar stod placerade längs med

väggen. De upplevde då en försämrad brandsäkerhet. Den miljö som uppstod vid vård i korridorer och dagrum utgjorde en ökad fallrisk för både personal och patienter. En sjuksköterska berättade: *Och det kommer ju nya patienter som kommer in i sängar och vi kör ju patienter till röntgen och ah hej och hå. Så det är ju skönt att slippa köra slalom mellan massa andra sängar och sådär.* (IP 4)

När patienter vårdas i korridoren beskrevs även ljudnivån öka, vilket medverkade till en negativ arbetsmiljö. Möjligheten att lasta av redskap bredvid sängen går förlorad i korridoren, då det inte finns några sängbord att tillgå. Dock beskrevs att ergonomin kunde utföras korrekt. Den fysiska hälsan hos sjuksköterskan påverkades. De beskrev att det var fysiskt slitsamt. Huvudvärk och dålig sömn var några exempel på hur situationen påverkade dem.

Kollegialt stöd

En genomgående känsla av oro för de nyexaminerade sjuksköterskorna framkom. De mer erfarna kollegorna upplevde att det var för hög press på de nya sjuksköterskorna och att tillgången till en mer erfaren kollega att fråga var bristfällig. De uppfattade att situationen var värre för de nya sjuksköterskorna. De berättade att det ibland kan uppstå en otrevlig ton mot varandra, på grund av den stressade situationen med överbeläggningar. Samtal mellan kollegor om hur situationen upplevs beskrevs inte hinnas med. En stödjande miljö där kollegor försöker hjälpas åt och att gemensamt arbeta för en bättre och mer hållbar situation beskrevs.

”Och gör man någonting fel eller inte hunnit göra det i tid så kan de bli lite såhär, ”Men va, har du inte gjort det än?” För att man själv är så uppe i sitt stressande och inte hinner hjälpa till. Många vill hjälpa till och kunna svara på frågor och hjälpa, ja, men hjälpa sina kollegor liksom.” (IP 3)

Organisation och ledarskap

Stor besvikelse på sjukhusledningen framkom under intervjuerna. En besvikelse över att sjuksköterskorna inte upplevde att de blev hörda när de försökte lyfta problemet till högre chefer än de närmaste. De upplevde att ingen kommer att tacka dem för det extra arbete de gör på grund av överbeläggningar. De beskrev en uppgivenhet över att inte längre få dåligt samvete över ett sämre arbete, då de ansåg att det var sjukhusledningen som gav dem de sämre förutsättningarna.

”Nej, det är inte så kul att känna det, för att det är ju ingen som kommer tacka mig för det. Det är också något vi har sagt mycket nu när det har varit mycket överbeläggningar att, när det går bra så går det bra och det rullar på, men det är ju ingen som stannar upp och säger gud vad bra.” (IP 6)

Andra upplevde att de närmaste cheferna lyssnade och försökte lösa problemet, vilket medförde att sjuksköterskorna upplevde förbättringar. Sjuksköterskorna nämnde dock att de trodde att personalen sökt sig till avdelningen då det är en del av arbetsplatsen när det är stressigt och mycket att göra. De beskrev att arbetet krävde flexibilitet, planering och problemlösning och att dessa var uppgifter som ansågs givande och roliga enligt flera sjuksköterskor.

Diskussion

Metoddiskussion

En kvalitativ intervjustudie med en induktiv design genomfördes för att besvara uppsatsens syfte. Denna metod ansågs relevant, eftersom personers levda erfarenheter av att vårda patienter utan en disponibel vårdplats skulle studeras (Henricson & Billhult, 2017). Kvalitativa metoder beskrivs som ett sätt att systematiskt studera människors erfarenheter, vilket ansågs väsentligt för att kunna besvara syftet (Henricson & Billhult, 2017). Ett induktivt förhållningssätt ansågs mest lämpligt med hänsyn till att frambringa en ny kunskap utan att applicera någon explicit teori. Vid en deduktiv ansats utgår forskarna från en teori eller modell, då studiens syfte är lite beforskat sågs inte denna ansats som relevant (Henricson & Billhult, 2017).

Sjuksköterskorna valdes ut av enhetscheferna på avdelningen, vilket sågs som en fördel för att finna dem som upplevt det fenomen som skulle studeras. Det underlättade också genomförandet av studien eftersom den skulle genomföras under en kort tidsperiod. En svaghet med detta är att sjuksköterskorna kunde känna sig tvingade att delta i studien utan att egentligen ha ett eget intresse av att delta. Ytterligare en svaghet är att författarna inte vet om det är någon som har tackat nej till att delta i studien. Viss omedveten partiskhet i enhetschefens urval kan inte uteslutas. Inga andra inklusionskriterier än att ha erfarenhet av att vårda patienter utan en disponibel vårdplats var relevanta till studiens syfte. Att det togs hänsyn till sjuksköterskornas kön och erfarenhet ger, enligt Henricson (2017), variationsrika berättelser och ökar studiens överförbarhet samt trovärdighet (Henricson, 2017). Att samtliga sjuksköterskor arbetar på samma avdelning kan ha påverkat studiens resultat, då en kollegial kultur om hur fenomenet uppfattas kan finnas på arbetsplatsen.

En noga redovisning och dokumentation av processen är en viktig aspekt för att bedöma uppsatsens tillförlighet och trovärdighet (Henricson & Mårtensson, 2014). Här har författarna återgett samtliga steg noggrant. Detta ses som en styrka då det gör det möjligt att upprepa studien och få liknande resultat. Henricson och Mårtensson (2014) menar att trots att en kvalitativ studie har en tydlig metodbeskrivning kan det vara svårt att göra om studien och få samma resultat, eftersom den enskilda individen uttrycker sina erfarenheter och upplevelser olika (Henricson & Mårtensson, 2014). En semistrukturerad intervjumetod ansågs lämplig då sjuksköterskans upplevelse skulle undersökas. Enligt Danielsson (2014) skulle en strukturerad intervjumetod med ja och nej frågor begränsa kvalitativa data och istället frambringa kvantitativa data. Intervjuerna utgjordes av tre huvudfrågor som ställdes till varje enskild sjuksköterska, de fick sedan möjlighet till att fördjupa sina svar genom följdfrågor såsom; *"Hur tänker du om det?"*, *"Vad betyder det för dig?"* och *"Kan du ge något konkret exempel?"*. Den intervjuguide som användes upplevdes emellanåt som ett störande moment. En del av sjuksköterskorna avrundade sitt svar när intervjuerna tittade ner i intervjuguiden.

Datinsamlingen genomfördes på avdelningen. En svaghet med detta var att två av intervjuerna hölls i personalrummet, vilket ledde till en del avbrott. Sjuksköterskorna upplevdes bli distraherade och störda vid avbrotten. Den konfidentialitet och anonymitet som intervjuerna hade utlovat bröts vid dessa tillfällen (Kjellström, 2017). Kvale och Brinkmann (2014) menar att ett maktövertag kan skapas i forskningsintervjuer. En forskningsintervju innebär att intervjuaren inleder, ställer frågor och avgör vilka frågor som ska följas upp. Detta

kan medföra att sjuksköterskorna upplever att de hamnar i ett underläge (Kvale & Brinkmann, 2014). Underläget kan bli tydligare när två personer intervjuar, vilket kan ha påverkat första intervjun då båda författarna satt med. En medvetenhet om maktbalansen fanns och därför valde en av författarna att inneha en observerande roll.

I den induktiva metoden spelar forskarens tolkande förmåga en stor roll för att frambringa större förståelse och mer kunskap om fenomenet. För att öka trovärdigheten och pålitligheten gjordes dataanalysen först separat och därefter tillsammans för att kritiskt granska materialet (Elo et al., 2008). För att underlätta förståelsen av texten har intervjuцитaten presenterats i en läsbar form. Utskrifter som till exempel ”*ehm*” och ”*kort paus*” har därför tagits bort. Enligt Kvale och Brinkmann (2014) tas talspråket bort vid rapportering av resultat.

Förförståelse kan både ses som ett hinder men också som en möjlighet att skapa ny förståelse (Priebe & Landström, 2017). Författarna har kontinuerligt reflekterat över betydelsen av förförståelsen, vilket Priebe och Landström (2017) beskriver stärker studiens pålitlighet. Trots detta finns det risk att förförståelsen på ett omedvetet sätt kan ha påverkat studiens resultat.

Studiens kvalitet styrks genom att de angivna riktlinjerna som finns för ett examensarbete vid Göteborgs universitet noggrant har följts (Wallengren & Henricson, 2014). Studiens kvalitet stärks genom att den har granskats av utomstående (Porter, 2007). Datainsamling, granskning och analys kan ha påverkats av att det var första gången författarna utförde en kvalitativ intervjustudie (Henricson, 2014). Resultatet från studien anses vara överförbart till liknande kontexter exempelvis sjuksköterskor på andra avdelningar som också har överbeläggningar. Dock är resultatet inte generaliserbart, eftersom det är utfört med en kvalitativ metod och dess ringa antal sjuksköterskor (Danielson, 2017b).

Etiskt godkännande var inte aktuellt (SFS 2003:460). Trots det har författarna ändå beaktat de forskningsetiska principerna, exempelvis genom utskick av informationsbrev och att sjuksköterskorna undertecknade ett informerat samtycke. Examensarbetet följer de etiska riktlinjerna för ett examensarbete på kandidatnivå. Detta anser författarna ökar studiens trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet.

Resultatdiskussion

Få studier beskriver problemet med överbeläggningar ur sjuksköterskans perspektiv. Pulliam et al. (2013) bekräftar att sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter i korridoren behöver undersökas vidare. Studiens resultat visade att sjuksköterskorna upplevde en känsla av otillräcklighet. De kände sig maktlösa då patienternas integritet inskränktes. Sjuksköterskorna berättade att förutsättningarna för att ge god och säker vård förändrades vid överbeläggningar. Att ha ett större patientklientel än bestämt innebar ett ökat krav på sjuksköterskan att planera och prioritera sitt arbete. Att integriteten bröts medförde att viktiga arbetsuppgifter medvetet prioriterades bort för att med de förutsättningar som gavs, ge den bästa vård med hänsyn till patientens integritet. Något som tydligt framkom i resultatet var att det ibland ansågs vara bra att placera patienterna i korridoren. Dessa huvudfynd kommer diskuteras närmare nedan.

En känsla av otillräcklighet och frustration

Kilcoyne och Dowling (2007) visar i en kvalitativ intervjustudie med sjuksköterskor på en akutmottagning, att en känsla av hjälplöshet uppstod, vilket är i likhet med det resultat denna

studie visar. Känslan av hjälplöshet bidrog till en inre stress. Kilcoyne et al. (2007) beskriver också att sjuksköterskorna upplevde att överbeläggningar hade accepterats och blivit en norm. Sjuksköterskorna i denna studie hade liknande påståenden, men de försökte samtidigt förändra situationen. Detta gjordes genom att problemet diskuterades med närmsta chef, vilket upplevdes som givande. Dock upplevde sjuksköterskorna att sjukhusledningen inte gav gehör för deras frustration och oro. Detta resulterade i en känsla av uppgivenhet. Resultatet visar att den psykiska arbetsmiljön påverkas av överbeläggningar, vilket ger svar på en av de forskningsfrågor som utformats angående sjuksköterskans arbetsmiljö. Långvarig stress har en negativ inverkan på hälsan om kroppen inte får tid till återhämtning. Vid långvarig stress ökar risken för bland annat hjärt-kärlsjukdomar, högt blodtryck, diabetes typ två, depression, utmattningsdepression samt koncentrationssvårigheter. Ett sjukskrivningsmönster visar att personer som är anställda inom kommun och landsting har fler sjukskrivningsdagar än personer inom den privata sektorn (Ringsberg, 2014).

Känslan av otillräcklighet har en inverkan även på samhällsnivå. Sjuksköterskor behövs för att kunna bedriva en god och säker vård, vilket Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) uttrycker är hälsosektorns skyldighet. Socialstyrelsen (2009) har rapporterat att behovet av hälso- och sjukvård kommer att öka. Att sjuksköterskor känner sig otillräckliga och ständigt frustrerade på sin arbetsplats kan, som Kilcoyne et al. (2007) bevisar, leda till att personal säger upp sig. Ett ökat behov av sjuksköterskor och ett minskat antal sjuksköterskor som vill arbeta inom sjukvården kan leda till fortsatta och ökande problem med överbeläggningar. Att Kilcoyne et al. (2007) har utfört sin studie på en annan typ av avdelning är sannolikt inte av betydelse, eftersom den medicinska akutvårdsavdelningen är en akutvårdsavdelning samt att båda studierna behandlar överbeläggningar. Studien genomfördes på Irland, vilket kan påverka jämförbarheten något, då sjukvårdssystemet eventuellt ser annorlunda ut och att problemet med överbeläggningar kan vara olika stort i respektive land. Det är dock tydligt att studierna har gemensamt att överbeläggningar leder till problem för samhället. Den känsla av otillräcklighet och frustration som finns hos sjuksköterskorna är ett viktigt fynd i resultatet, eftersom det beskriver sjuksköterskornas perspektiv på situationen.

En optimal fysisk vårdmiljö, enligt Florence Nightingale, är när patienten har tillgång till frisk luft, värme, dagsljus och rena utrymmen (Pffetscher, 2010). Möjligheten att vädra och få in friskluft begränsas i korridoren, eftersom det ofta saknas fönster. Därmed får patienten inte se dagsljus, vilket påverkar patientens läkningsprocess. Nightingale beskrev också att ljudnivån skulle kontrolleras och att patienten skulle skyddas mot höga ljudnivåer. I korridoren går personal, vaktmästare, andra patienter och närstående omkring på ett annat sätt än på ett patientrum, där patienten kan få lugn och ro. På patientrummet finns möjlighet att stänga dörren, för att minimera ljudnivån utifrån. Denna möjlighet saknas för patienter i korridoren. Rena utrymmen är även kopplat till dålig lukt, som i sin tur är förknippat med möjligheten att kunna vädra. Den fysiska miljön, såsom Nightingale förespråkade den, försämras avsevärt när patienter vårdas i korridoren. Även sjuksköterskans möjlighet till korrekta hygienrutiner enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2015:10) begränsas, vilket även Carter et al. (2016) påvisar i sin studie.

Ändrade förutsättningar och ökade krav

Det är tydligt att patientsäkerheten försämras när sjuksköterskans arbetsuppgifter försvåras på grund av de ändrade förutsättningarna. Det framkommer tydligt att patientsäkerheten äventyras, eftersom utrustning och utrymme saknas i korridoren, vilket enligt Socialstyrelsen

(u.å.b) är ett krav för en disponibel vårdplats. Likande fynd, dvs. att risken för felbehandling ökar presenteras av andra studier (Larsen et al., 2000; Kulstad, Sikka, Sweis, Kelley & Rzechula, 2010), vilket är i likhet med resultatet presenterat i denna uppsats. Det är inte i enlighet med god och säker vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) att patienter ska behöva lida och att eventuella vårdskador uppstår på grund av överbeläggningar. Sjuksköterskan bör inte utsättas för de försämrade förutsättningarna som skapar ökade patientrisker. Skulle patienten drabbas av vårdrelaterade komplikationer är det en tung börda för en sjuksköterska att bära och särskilt om vårdskadan uppstår till följd av de försämrade förutsättningarna, som sjuksköterskan inte kan påverka. Den begränsade forskning som finns sedan tidigare är entydig i att överbeläggningar bidrar till försämrade förutsättningar för vårdpersonal.

Att inte ha tid att samtala och att behöva skriva ut patienter för tidigt är en likhet som även Kilcoyne et al. (2007) och Larsen et al. (2000) skriver om. Tidsbristen ingav en känsla av att inte vara nöjd med sitt arbete och en känsla av att inte ha gjort tillräckligt. En skillnad som uppmärksammats är viljan att stanna kvar på sin arbetsplats trots de förändrade förutsättningarna. Kilcoyne et al. (2007) beskriver att sjuksköterskorna slutar, medan en sjuksköterska i denna studie resonerade att det är bättre för patienterna att hen stannar kvar på arbetsplatsen. Sjuksköterskans roll beskrivs som förändrad både i denna studies resultat samt det Kilcoyne et al. (2007) presenterar. Således upplevde sjuksköterskorna att professionen påverkas av överbeläggningar på ett avgörande sätt. De beskrev en försämrad självbild i sin roll som sjuksköterska och att ha dåligt samvete över att inte ha utfört ett bra arbete. Rollen påverkades även praktiskt, då sjuksköterskan fick hantera mer logistik och problemlösning och därmed fick mindre tid till de uppgifter som tillhör professionen.

Sjuksköterskebristen tas upp av Derlet och Richards (2000), som beskriver att erfarna sjuksköterskor slutar på sin arbetsplats. Detta gör att nyexaminerade och oerfarna sjuksköterskor blir kvar med för många patienter per sjuksköterska. Detta stämmer överens med det resultat som framkommit i denna studie, då flertalet sjuksköterskor var bekymrade för nyexaminerade sjuksköterskor och berättade att de själva velat byta yrke eller att kollegor slutat. Derlet et al. (2000) menar att för många patienter gör att vårdpersonalen blir mindre produktiv och att vårdkvaliteten försämras. Likheter ses i denna studie, där sjuksköterskorna berättar att arbetet blir mer tidskrävande när de måste springa fram och tillbaka när de glömt något eller för att hämta handskar eller desinficerande medel.

Liaschenko (1994) beskriver moralens geografi, vilket ses som platsens betydelse för vårdande. Sjuksköterskans omvårdnad i praktiken blir annorlunda beroende på dess fysiska plats. Detta exemplifieras då sjuksköterskorna i denna undersökning avstår från somliga arbetsuppgifter beroende på om vården ges i korridor eller på en disponibel vårdplats. Den psykosociala relationen mellan sjuksköterska och patient påverkas också av den plats där den utformas. Det upplevs svårare att bygga en tillitsfull relation i korridoren. Peter och Liaschenko (2004) beskriver den sociala närhet sjuksköterskan har till patienten och att sjuksköterskan kan erfara en moralisk ångest när viljan att göra gott för patienten förhindras på grund av förutsättningar som inte kan påverkas. Sjuksköterskorna som arbetar på avdelningen är i nära kontakt till patienterna, vilket gör att de ser konsekvenserna av de förändrade förutsättningarna, till skillnad från de chefer som tar beslut och inte behöver vara i mötet med de patienter som är missnöjda över att vara placerade i korridoren.

Värna om integritet

Att patienter saknar en privat sfär och att integriteten inskränks är något som beskrivits tidigare. Kilcoyne et al. (2007) menar att integriteten inskränks inte bara för patienter men även för närstående. Denna studie visar att sjuksköterskorna kände empati för patientens integritet. Enligt Wiklund Gustin (2014) har sjuksköterskan ett ansvar att minska vårdlidande även för närstående, vilka tycks glömmas bort i problematiken kring överbeläggningar. Detta är ett organisatoriskt problem och inget sjuksköterskan kan kontrollera, det blir därför ett problem för sjuksköterskan att eliminera vårdlidandet. I den kvantitativa studien gjord av Pulliam et al. (2013) beskrivs bristande integritet, näst efter brist på utrustning, vara den största anledningen till att sjuksköterskor inte vill vårda patienter i korridoren. Larsen et al. (2000) beskriver att daglig hygien i korridoren bryter mot patientens integritet, ett exempel som ges är att patienterna får använda bäcken eller urinflaska för att göra sina behov. Att patienten behöver utföra sina mest intima behov i kombination med mobila väggar som går till huvudhöjd påverkar sjuksköterskans upplevelse av sitt arbete. Larsen et al. (2000) beskriver att andra patienter eller deras närstående kan känna igen en patient som ligger i korridoren. Samtal i korridoren kan också överhöras av obehöriga, vilket bryter mot sekretessen. Dessa samtal ställer högre krav på sjuksköterskan att trots bristande förutsättningar, ändå ge god vård som gynnar patientens psykologiska hälsa.

Sjuksköterskorna uttryckte flertalet gånger att patienterna inte fick lugn och ro, vilket kan ha påverkat deras möjlighet till läkning negativt och går emot grundläggande aspekter av vårdandet; att skapa en vårdmiljö som främjar patientens läkning och återhämtning (Pfettscher, 2010). Den narrativa närheten som Malone (2003) beskriver, att genom berättelser från både patienten och dess närstående skapa en relation, begränsas när samtalen i korridoren förkortas eller helt avstås. Denna närhet och information är viktig för sjuksköterskans arbetsuppgifter.

Tillsyn

När patienterna hade sänkt medvetandegrad, var förgiftade eller oroliga upplevde sjuksköterskorna att de ville ha bättre uppsikt över patienterna, vilket de fick i korridoren där de passerar ofta. Tidigare forskning som har behandlats är entydig om och har tydliga likheter med övriga huvudfynd. En skillnad är att ingen av de tidigare studier som påträffats tar upp aspekten att det ibland kan vara till både patientens och sjuksköterskans fördel att patienter placeras i korridoren. Trots att sjuksköterskan väljer att placera patienter i korridoren uppstår ändå den etiska konflikten om inskränkt integritet. Sjuksköterskan måste då välja vad som är bäst och vad som skadar patienten minst. Nightingales regel om observation av patienter stödjer att det kan vara till patientens fördel att placeras i korridoren under en viss tid för att sjuksköterskan ska få bättre uppsikt. Även Hälso- och sjukvårdslagens (SFS 2017:30) andra krav för god och säker vård, att tillgodose trygghet, kontinuitet och säkerhet, styrker att sjuksköterskan ser till patientens bästa när avsikten för placeringen är en bättre möjlighet till observation.

Kliniska implikationer

Resultatet kan främst nyttjas på en organisatorisk nivå, av enhetschefer samt sjuksköterskor. För att det ska ske en förändring krävs en medvetenhet om hur realiteten ser ut. Med en ökad förståelse och medvetenhet kan sjuksköterskans perspektiv av problemet belysas.

Det är tydligt att överbeläggningar är ett stort problem och detta bör diskuteras på en organisatorisk nivå. För att förhindra en hög omsättning av personal bör sjukhusledningen skapa en kommunikation och visa ett större engagemang för sina anställda. De anställda behöver visas uppskattning för att minimera deras känsla av uppgivenhet och maktlöshet.

Enhetscheferna bör reflektera över strukturen på avdelningen för att hitta lösningar på problemet. Förebyggande åtgärder kan vara att arbetsgivaren säkerställer att avdelningen är tillräckligt bemannad. Därmed ansvarar inte sjuksköterskan för fler patienter än vad som anses vara patientsäkert. En tydlig kommunikation med vårdpersonalen om situationen är viktig för att tillsammans kunna hitta lösningar. Anställda ställs inför situationer som kan behöva bearbetas och därför bör vårdpersonalen erbjudas handledning. För att minimera smittspridning kan varje patientsäng förses med desinficerande medel. Åtgärder i form av högre och fler mobila väggar samt fler larmklockor är en liten insats som kan göra stor skillnad för patientens integritet.

Sjuksköterskan bör reflektera över hur utrustning kan bli mer lättåtkomlig för att öka patientsäkerheten. För att skapa en god relation till patienten är det av stor vikt att sjuksköterskan planerar in tid för samtal.

Slutsats

Denna studie visar att den medicinska akutvårdsavdelningen, trots långa perioder av överbeläggningar, inte har anpassat arbetsmiljön för att underlätta sjuksköterskans arbete. Sjuksköterskans profession påverkas negativt, vilket visar sig genom känslor av otillräcklighet och maktlöshet. Den höga arbetsbelastningen för sjuksköterskan utgör ett hot mot patientsäkerheten och patientens integritet, vilket är moraliskt stressande för sjuksköterskan. Det föreligger dock en positiv uppfattning när patienter medvetet placeras i korridoren för utökad observation. För att sjuksköterskan ska få tillbaka sin arbetsglädje och vilja att stanna kvar på arbetsplatsen krävs en förändring.

Studien är utförd på en medicinsk akutvårdsavdelning vilket begränsar dess överförbarhet. Ytterligare forskning om sjuksköterskans upplevelse av att vårda patienter utan en disponibel vårdplats är av stor relevans för att kunna påbörja ett förbättringsarbete. Genom fortsatt forskning skapas en tydligare bild av hur problemet ser ut på andra avdelningar och sjukhus i Sverige. Fler storskaliga kvalitativa studier bör genomföras för att kunna tillämpa resultatet i andra kontexter.

Referenslista

- Asp, M., & Ekstedt, M. (2014). Trötthet, vila och sömn. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa* (s. 363–419). Lund: Studentlitteratur.
- Carter, E. J., Wyer, P., Giglio, J., Jia, H., Nelson, G., Kauari, V. E., & Larson, E. L. (2016). Environmental factors and their association with emergency department hand hygiene compliance: an observational study. *BMJ Qual Saf*, 25(5), 372-378. doi:10.1136/bmjqs-2015-00408
- Danielson, E. (2014). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 165–190). Lund: Studentlitteratur.
- Danielson, E. (2017a). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 143–154). Lund: Studentlitteratur.
- Danielson, E. (2017b). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 285–299). Lund: Studentlitteratur.
- Derlet, R. W., & Richards, J. R. (2000). Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Annals of emergency medicine*, 35(1), 63-68. doi:10.1016/S0196-0644(00)70105-3
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 107-115. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Garson, C., Hollander, J. E., Rhodes, K. V., Shofer, F. S., Baxt, W. G., & Pines, J. M. (2008). Emergency department patient preferences for boarding locations when hospitals are at full capacity. *Annals of Emergency Medicine*, 51(1), 9-12. doi:10.1016/j.annemergmed.2007.03.016
- Göteborgs Universitet Lärplattform. (2018). *Ditt examensarbete kan utveckla vården*. Hämtad 2018-10-22 från <https://gul.gu.se/public/courseId/38176/langsv/publicPage.do?item=38140769>
- Henricson, M. (2014). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 471–479). Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 411–420). Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 112–119). Lund: Studentlitteratur.

- Henricson, M., & Mårtensson, J. (2014). Publicering av examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 569–584). Lund: Studentlitteratur.
- Kilcoyne, M., & Dowling, M. (2007). Working in an overcrowded accident and emergency department: nurses' narratives. *Australian Journal of Advanced Nursing, The*, 25(2), 21-27.
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 57–80). Lund: Studentlitteratur.
- Kulstad, E. B., Sikka, R., Sweis, R. T., Kelley, K. M., & Rzechula, K. H. (2010). ED overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors. *The American journal of emergency medicine*, 28(3), 304-309. doi: 10.1016/j.ajem.2008.12.014
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Larsen, B. I., Skretting, P., & Farstad, T. (2000). Korridorpasienter - konsekvenser for behandlingkvalitet og pasientintegritet. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 120(22), 2636-2638.
- Liaschenko, J. (1994). The moral geography of home care. *ANS. Advances in nursing science*, 17(2), 16-26. doi:10.1097/00012272-199412000-00005
- Liaschenko, J. (2000). The moral geography of care work. *Home Care Provider*, 5(4), 126-128. doi:10.1067/mhc.2000.109234
- Lin, Y. K., & Lin, C. J. (2011). Factors predicting patients' perception of privacy and satisfaction for emergency care. *Emergency Medicine Journal*, 28(7), 604-608. doi:10.1136/emj.2010.093807
- Malone, R. E. (2003). Distal nursing. *Social Science & Medicine*, 56(11), 2317-2326. doi:10.1016/S0277-9536(02)00230-7
- Nordgren, S., & Fridlund, B. (2001). *Patients' perceptions of self-determination as expressed in the context of care*. *Journal of Advanced Nursing*, 35(1), 117-125. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01828.x
- Peter, E., & Liaschenko, J. (2004). Perils of proximity: a spatiotemporal analysis of moral distress and moral ambiguity. *Nursing inquiry*, 11(4), 218-225. doi:10.1111/j.1440-1800.2004.00236.x
- Pfetscher, S. A. (2010). Florence Nightingale: Modern Nursing. In M. R. Alligood & A. M. Tomey (Eds.), *Nursing Theorists and Their Work* (s. 71-90). Missouri: Mosby Elsevier.

- Porter, S. (2007). Validity, trustworthiness and rigour: reasserting realism in qualitative research. *Journal of advanced nursing*, 60(1), 79-86. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04360.x
- Priebe, G., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 25–42). Lund: Studentlitteratur.
- Pulliam, B. C., Liao, M. Y., Geissler, T. M., & Richards, J. R. (2013). Comparison between emergency department and inpatient nurses' perceptions of boarding of admitted patients. *Western Journal of Emergency Medicine*, 14(2). doi:90.10.5811/westjem.2012.12.12830
- Riksföreningen för akutsjuksköterskor. (2015). *Ledningssjuksköterska*. Hämtad 2018-10-24 från <https://www.swenurse.se/Sektioner-och-Natverk/Riksforeningen-for-Akutsjukskoterskor/Utbildning/Enstaka-kurser-i-Akutsjukvard/sophiahemmet-hogskola/ledningssjukskoterska/>
- Ringsberg, K. C. (2014). Livsstil och hälsa. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt* (s. 387–416). Lund: Studentlitteratur.
- Sahlgrenska Universitetssjukhuset. (2018). *Avdelning 90 och 91*. Hämtad 2018-10-18 från <https://www.sahlgrenska.se/omraden/omrade-6/medicin/enheter/avdelning-90-och-91/>
- Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etikboken. Etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.
- SBU. (2017). *Värdering och syntes av studier utförda med kvalitativ analysmetodik*. Hämtad 2018-11-21 från https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok_kapitel08.pdf
- SFS 1977:1160. *Arbetsmiljölagen*. Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet ARM.
- SFS 2003:460. *Lagen om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen. (2009). *Hälso- och sjukvårdsrapport - 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2018). *Vård och omsorg om äldre: lägesrapport 2018*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen. (u.å.a). *Socialstyrelsens termbank: Överbeläggningar*. Hämtad 2018-10-18 från <http://termbank.socialstyrelsen.se/#results>
- Socialstyrelsen. (u.å.b). *Socialstyrelsens termbank: Disponibel vårdplats*. Hämtad 2018-10-18 från <http://termbank.socialstyrelsen.se/#results>
- Socialstyrelsen. (u.å.c). *Socialstyrelsens termbank: Patientsäkerhet*. Hämtad 2018-11-29 från <http://termbank.socialstyrelsen.se/#results>
- SOSFS 2015:10. *Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Säker vård – en kärnkompetens för vårdens samtliga professioner*. Stockholm: Svensksjuksköterskeförening.
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2016). *Ingen på sjukhus i onödan*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Väntetider i vården. (2018). *Överbeläggningar*. Hämtad 2018-10 -11 från <http://www.vantetider.se/Kontaktkort/Vastra-Gotalands/Overbelaggnig>
- Wallengren, C., & Henricson, M. (2014). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 481–496). Lund: Studentlitteratur.
- Walsh, P., Cortez, V., & Bhakta, H. (2008). Patients would prefer ward to emergency department boarding while awaiting an inpatient bed. *The Journal of emergency medicine*, 34(2), 221-226. doi:10.1016/j.jemermed.2007.05.012
- Wiklund Gustin, L. (2014). Lidande - en del av människans liv. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt* (s. 269–295). Lund: Studentlitteratur.

Bilagor

Bilaga 1



UNIVERSITY OF GOTHENBURG

Forskningspersonsinformation

Vi heter Matilda och Julia och vi studerar till sjuksköterskor vid Göteborgs universitet. Vi kommer att göra ett verksamhetsförankrat examensarbete på er avdelning. Uppsatsen handlar om sjuksköterskans upplevelser av vårdplatsbrister och överbeläggningar.

Bakgrund och syfte

I Västra Götaland är det 9,4 överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser. Överbeläggningar leder till att patienter vårdas i korridoren. Hälso- och sjukvårdslagen beskriver att vård ska ges med hänsyn till patientens värdighet och integritet vilket kan vara svårt att tillgodose när patienten vårdas i korridoren. Forskning som gjorts tidigare belyser främst patientens upplevelse av att vårdas i korridoren. Däremot finns det mindre forskning kring sjuksköterskans upplevelse av situationen. För att belysa sjuksköterskans upplevelse av sin försämrade arbetsmiljö samt möjlighet att utföra ett patientsäkert arbete i enlighet med sin profession, krävs mer forskning inom området. Syftet med studien är att undersöka sjuksköterskans upplevelser av att vårda patienter utan disponibel vårdplats på en medicinsk akutvårdsavdelning.

Förfrågan om deltagande

Vi vänder oss till er sjuksköterskor eftersom ni har efterrenhet av att vårda patienter utan vårdplats. Genom ett samarbete med era vårdenhetschefer har vi tillsammans kommit fram till ett ämne som berör er avdelning.

Hur går studien till?

Vi önskar att göra sex intervjuer med er sjuksköterskor. Intervjuerna tar cirka 30–40 minuter.

Finns det några risker?

Vi bedömer inte att det finns några risker för deltagande.

Finns det några fördelar?

Ni får möjlighet att delta i ett projekt där sjuksköterskans röst blir hörd. Ur sjuksköterskans perspektiv får du möjlighet att dela med dig av erfarenheter och konsekvenser för det patientnära vårdarbetet vid överbeläggningar.

Hantering av data och sekretess

Vi kommer att spela in intervjuerna. Varje enskild intervju kommer att aidentifieras utan möjlighet till att härleda datan till personal. Den insamlade datan kommer att transkriberas och analyseras med hjälp av en vanligt förekommande analysmetod inom vårdforskning. Efter slutfört och godkänt examensarbete kommer all datainsamling raderas.

Det är frivilligt att delta

Det är helt frivilligt att medverka i studien och önskar man att avsluta sin medverkan under tiden är detta möjligt utan att behöva ange några skäl. Inför varje intervju kommer vi fråga efter ett muntligt samtycke innan vi startar intervjun. Ingen ersättning kommer utgå.

Hur får jag information om studiens resultat?

Examensarbetet kommer att publiceras via Göteborgs universitets hemsida och kommer även bifogas i mejl till avdelningens enhetschefer. Om intresset finns kommer vi att presentera resultatet av studien på ett av era APT.

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

Jag har fått information om vad det betyder att vara med i studien ”Sjuksköterskans upplevelser av vårdplatsbrist och överbeläggningar”. Jag har kunnat ställa frågor till forskarna och jag har fått svar på frågorna. Jag vet att det är frivilligt att vara med i studien och att jag när som helst kan välja att avsluta mitt deltagande. Jag behöver då inte tala om varför jag inte vill vara med längre.

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

Ort och datum:

Namn:

Namnförtydligande:

För mer informationen, var vänlig kontakta;

Matilda Lundvall

Student på Göteborgs universitet

E-post: guslunmaem@gu.student.se

Julia Havenäng

Student på Göteborgs universitet

E-post: gushaveju@student.gu.se

Sepideh Olausson

Universitetslektor inom institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Handledare

E-post: sepideh.olausson@gu.se

Bilaga 2



UNIVERSITY OF GOTHENBURG

Intervjuguide

- Hur upplever du att det är att vårda patienter utan en disponibel vårdplats?
 - Hur påverkas din roll som sjuksköterska?
 - Kan du ge exempel?
 - Hur tänkte du?
 - Hur kändes det?
 - Vad gjorde du?
 - Kan du utveckla/berätta mer?
 - Vad betyder det för dig?
 - Kan du ge något konkret exempel?

- Hur påverkas patientsäkerheten av detta?
 - Hur påverkas din roll som sjuksköterska?
 - Kan du ge exempel?
 - Hur tänkte du?
 - Hur kändes det?
 - Vad gjorde du?
 - Kan du utveckla/berätta mer?
 - Vad betyder det för dig?
 - Kan du ge något konkret exempel?

- Hur påverkas arbetsmiljön?
 - Hur påverkas din roll som sjuksköterska?
 - Kan du ge exempel?
 - Hur tänkte du?
 - Hur kändes det?
 - Vad gjorde du?
 - Kan du utveckla/berätta mer?
 - Vad betyder det för dig?
 - Kan du ge något konkret exempel?