



**SAHLGRENSKA AKADEMIN**  
**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA**

# **BEMANNINGSSJUKSKÖTERS KOR INOM SLUTENVÅRDEN**

Hur kvaliteten på patientens vård påverkas

**Mattias Pagoldh & Torbjörn Stenbock Elvhäger**

---

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt2019
Handledare:	Linda Åhlström
Examinator:	Marie Engwall

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

## **Förord**

Vi vill tacka nära och kära för deras tålamod och stöttning i denna process. Vi vill framförallt framföra ett stort tack till vår handledare Linda Åhlström som genom sitt tålamod och pedagogiska kunnande hjälpt oss att utforma detta arbete till något vi är stolta över.

Titel (svensk)	Bemanningsjuksköterskor inom slutenvården - hur kvaliteten på patientens vård påverkas
Titel (engelsk)	Agency nurses in hospitals - How the patient's quality of care is affected
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt2019
Författare	Mattias Pagoldh & Torbjörn Stenbock Elvhäger
Handledare:	Linda Åhlström
Examinator:	Marie Engwall

---

## Sammanfattning:

**Bakgrund:** Underbemanning är idag ett världskänt problem inom hälso- och sjukvård. I Sverige stängs vårdavdelningar ner till följd av detta. För att möta problemet är en lösning att anlita sjuksköterskor från bemanningsföretag för att fylla tomma pass. Forskning visar att underbemanning är kopplad till en försämrad vårdkvalitet och patientsäkerhet. Om bemanningsjuksköterskor (BSSK) har en påverkan på vårdkvaliteten är inte ett lika utforskat område. **Syfte:** Att beskriva hur kvaliteten på den vård som ges inom slutenvården påverkas när bemanningsjuksköterskor arbetar. **Metod:** En strukturerad litteraturoversikt genomfördes som följde vedertagen struktur för examensarbete. Databaserna Cinahl och Pubmed användes för datainsamlingen. Datainsamling och analysarbete resulterade i 12 originalartiklar, varav åtta var kvantitativa, tre kvalitativa och en mixad metod. Analysen av dessa artiklar utgör resultatet i studien. **Resultat:** Få kvalitetsutfall var jämförbara men planering- och utvärdering av omvårdnad försämrades när BSSK arbetade. Vårdenhetschefer uttrycker en risk för försämrad vårdkvalitet när BSSK arbetar då det finns brister i tillförlitlighet, dålig attityd och försämrad kontinuitet. Den fasta personalen fick högre arbetsbörda och mindre tid till patienten till följd av högre administrativ börda när BSSK arbetade. Utfallen inom särskilda riskområden var inte entydiga och flera icke signifikanta. Resurs- och personalbrist visade sig vara en stor riskfaktor för vårdkvaliteten och en bristande arbetsmiljö där BSSK arbetade förklarade flera negativa utfall på kvaliteten kopplade till BSSK. Den ofta sämre arbetsmiljön där BSSK placerades gjorde att de hade sämre förutsättningar att utföra ett gott arbete. **Slutsats:** Användandet av BSSK med korta kontrakt innebär risker för försämrad vårdkvalitet i form av försämrad kontinuitet, högre arbetsbelastning för fast personal, ett sämre säkerhetsklimat och mindre effektiva arbetssätt med negativ påverkan på möjligheten att utföra omvårdnadsprocessen optimalt. En dålig matchning mellan BSSK:s kompetens och arbetsplatsens behov innebär också risker för patientsäkerheten. BSSK har dock ofta sämre förutsättningar att göra ett gott arbete då de placeras på avdelningar med brister i arbetsmiljön vilket även har visat sig vara en förklaring för flera negativa utfall på vårdkvaliteten och patientsäkerheten. Studien bidrar till att lyfta behovet av tillräckliga resurser inom sjukvården men även vikten av längre kontrakt för BSSK samt att matcha deras kompetens mot avdelningens behov. Detta hade hjälpt BSSK att integreras i arbetsgruppen och förbättra säkerhetsklimatet med förbättringar av vårdkvaliteten som följd.

**Nyckelord:** Bemanningssjuksköterska, vårdkvalitet, utfall, säker vård

# Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund .....	1
<b>Kompetenskrav på sjuksköterskor</b> .....	1
Arbetsplatsens betydelse .....	2
<b>Hur brister i kompetens och bemanning hanteras idag</b> .....	3
<b>Varför sjuksköterskor väljer bemanningsföretag</b> .....	3
<b>Patientsäkerhet</b> .....	4
<b>Omvårdnadsteoretiska utgångspunkter</b> .....	4
Vårdkvalitet.....	4
Säker vård .....	4
Problemformulering .....	5
Syfte .....	6
Metod .....	6
<b>Design</b> .....	6
<b>Inklusion och exklusionskriterier</b> .....	6
<b>Datainsamling</b> .....	6
<b>Granskning och analys</b> .....	7
<b>Etik</b> .....	8
Resultat.....	9
<b>Kvalitetsutfall mäts olika och få kan jämföras</b> .....	10
<b>Vårdenhetschefer uttrycker en negativ påverkan på vårdkvaliteten av BSSK</b> .....	10
Problem med tillförlitligheten .....	10
Mindre tid att vårda patienter.....	11
Risk för kompetensbrist när BSSK anlitas .....	11
<b>Skilda resultat inom särskilda riskområden</b> .....	11
Administration av läkemedel.....	12
Fallrisk.....	12
Vårdrelaterade infektioner.....	12
<b>Resurs- och personalbrist inverkar negativt på utfall och personal</b> .....	12
Diskussion .....	13
<b>Metoddiskussion</b> .....	13
Sökning & datainsamling.....	13
Dataanalys.....	13

Material och studiens kvalitet .....	14
Etisk diskussion .....	15
<b>Resultatdiskussion .....</b>	<b>16</b>
<b>Kvalitetsutfall mäts olika och få kan jämföras .....</b>	<b>16</b>
<b>Vårdenhetschefer uttrycker en negativ påverkan på vårdkvaliteten av BSSK.....</b>	<b>17</b>
<b>Skilda resultat inom särskilda riskområden .....</b>	<b>18</b>
<b>Resurs- och personalbrist inverkar negativt på utfall och personal.....</b>	<b>19</b>
<b>Bemanningsjuksköterskor har sämre förutsättningar att vårda .....</b>	<b>20</b>
Skillnad mellan länder .....	21
Slutsats .....	21
Kliniska implikationer.....	22
Vidare forskning.....	22
Referenslista .....	23
Bilagor .....	29
<b>Bilaga 1: Sökningar gjorda i databasen Pubmed .....</b>	<b>29</b>
<b>Bilaga 2: Sökningar gjorda i databasen Cinahl.....</b>	<b>30</b>
<b>Bilaga 3: Artikelsammanställning.....</b>	<b>31</b>

## Inledning

I media uppmärksammas sjuksköterskebristen och de långa vårdköerna. Detta kan förklaras av att Sveriges befolkning hade sin snabbaste tillväxt mellan 2004 och 2017 (Socialstyrelsen, 2018). Samtidigt under åren 2010 och 2015 så ökade tillgången på sjuksköterskor i förhållande till befolkningen likadant som i början av 2000-talet (Socialstyrelsen, 2018). Det visar på att tillgången till sjuksköterskor inte ökat i samma takt som den ökade befolkningen i landet. I en sammansättning av Statistikmyndigheten SCB (2018) så uttrycker 72–77% arbetsgivare en svårighet i att hitta och anställa legitimerade sjuksköterskor. Även om detta har varit aktuellt under en längre period har inte fler sjuksköterskor anställts utan det har istället blivit vanligare att anlita tillfällig personal via bemanningsföretag. Vilket lett till att kostnaderna har ökat för inhyrd personal inom sjukvård (Sveriges Kommuner och Landsting, 2018).

Inhyrd personal i vården har enligt Socialstyrelsen (2018) negativa risker med avseende på patientsäkerhet. Utfallen delas in i två delar där en är vårdskador till följd av brister i vård och behandling och den andra vårdskador till följd av utebliven eller fördröjd vård och behandling. Fast anställda sjuksköterskor på avdelningar har arbetat och utbildats internt för att kunna de rutiner som avdelningen har samt leverera en god vård utifrån ett gott teamarbete.

Tillfällig bemanningspersonal kommer ofta utan erfarenhet från avdelningen och med kompetens som inte är beprövad på avdelningen. Om kompetensen sänks och negativa risker i patientsäkerhet ses försämrats även vårdkvaliteten. Denna studie syftar därför till att undersöka sambandet mellan BSSK och dess påverkan på vårdkvaliteten inom slutenvården.

## Bakgrund

Mycket forskning har gjorts på personalbrist och hur dess brister inverkar på vårdkvaliteten. En högre andel patienter per sjuksköterska har signifikant ökad risk för brister i patientsäkerheten och vårdkvaliteten. Även sjuksköterskor som jobbar övertid har visat sig ha en 88% ökning i risken för dålig patientsäkerhet och en 45% ökning för att ge sämre vårdkvalitet (Cho m.fl., 2015). Inte lika mycket forskning har gjorts på BSSK direkta eller indirekta påverkan på vårdkvaliteten, speciellt inte inom slutenvården. En översiktsartikel inom ämnet menar på att den nuvarande forskningen inom området är motsägelsefull och att det inte bör dras förhastade slutsatser utifrån de enskilda ingående studierna. (Mazurenko, Liu & Perna, 2015). Detta resultat styrks av socialstyrelsen (2012) som heller inte kunde se ett säkert samband mellan BSSK och indikatorer för risker i patientsäkerheten. Forskning från öppenvården visar på att upplevelsen av BSSK är att de medför fler nackdelar än fördelar för omvårdnaden (Castle, 2009). Däremot visar data på att BSSK kan vara fördelaktigt för vårdkvaliteten om de används på rätt sätt (Castle & Engberg, 2008).

## Kompetenskrav på sjuksköterskor

Det finns riktlinjer på vad en sjuksköterska bör klara av och vad hen har för ansvar, befogenheter och skyldigheter. Riktlinjerna gäller alla sjuksköterskor, fast anställda såväl som bemanningsanställda. Svensk sjuksköterskeförening (2017) beskriver att sjuksköterskeprofessionen är i ständig utveckling för att möta ökande krav på kompetens och kostnadseffektivitet, samt för att kunna möta patienters behov och utveckla omvårdnaden. Tidigare har socialstyrelsen utfärdat rekommendationer för vad en legitimerad sjuksköterska ska kunna i sitt yrke, men numera ligger ansvaret hos verksamhetschefen. Svensk

sjuksköterskeförening (2017) har som stöd arbetat fram en ny kompetensbeskrivning utifrån de nationella examensmålen (SFS 1993:100) och det europeiska yrkeskvalifikationsdirektivet (EFN, 2015). De har där delat upp sjuksköterskans kompetensområde i sex områden (Sherwood & Barnsteiner, 2013) med utgångspunkt att omvårdnad är sjuksköterskans huvudsakliga ansvarsområde. De sex kompetensområdena är att 1) vården som bedrivs skall vara personcentrerad, 2) sjuksköterskan skall samverka i team, 3) vården som utförs skall vara evidensbaserad, 4) sjuksköterskan strävar efter ständig kvalitetsutveckling samt förbättringskunskap, 5) vården som bedrivs är säker, 6) information om vården skall alltid ges.

BSSK kan uppleva att de kan lägga mer tid på patienten och därmed ge mer patientvård än de fast anställda sköterskorna kan göra (Berg Jansson & Engström, 2017). Detta beroende på att det ställs lika höga krav på patientvård och kompetens på BSSK men det ställs mindre krav på att de ska vara aktiva i administration, schemaläggningar och annat som hör till avdelningens dagliga arbete. Den fasta personalen beskriver hur även om de känner att BSSK är kompetenta så är de inte lika uppdaterade som den fasta personalen då den fasta personalen går på interna utbildningar medans BSSK tar hand om avdelningens arbete (Berg Jansson & Engström, 2017). Detta medför att BSSK kan bedriva mer personcentrerad vård men tar mindre del av den personliga utvecklingen av de andra kompetensområdena, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap och kvalitetsutveckling. Både BSSK och fast personal menar dock att avdelningen är beroende av båda kategorierna av personal då den fasta personalen har mer kunskap och lokalkännedom men hade aldrig kunnat vara lediga utan BSSK på grund av personalbristen. (Berg Jansson & Engström, 2017).

## **Arbetsplatsens betydelse**

Vården har ett ständigt krav att högt tempo ska hållas för att minska vårdköer. Det är stor arbetsmängd och splittrade arbetsuppgifter som utförs under tidspress. Samtidigt ökar kraven på en ökad kvalitet som leder till en ökad arbetsbelastning (Vårdförbundet, 2016). Tiden för att återhämta sig och reflektera över händelser i arbetet minskar, de poängterar punkter som att få tid att reflektera, hälsosamma arbetstider och samverka med medarbetare som faktorer för en god arbetsmiljö. Den arbetsmiljön sjuksköterskan arbetar i har även visat sig påverka kvaliteten på omvårdnaden (Norman & Strömseng Sjetne, 2017). Arbetsmiljölagens har som mål att förebygga arbetsrelaterad ohälsa och olyckor för personal (SFS 1977:1160). Vårdpersonal gör dock dagligen kompromisser mellan effektivitet och noggrannhet. Kompromisserna ökar i takt med att arbetstakten ökar och på arbetsplatser där tidspressen är hög kan normer utvecklas och de tar genvägar i arbetet med bristande patientsäkerhet som resultat. (Lindh & Sahlqvist, 2012)

I Berg Jansson och Engströms (2017) studie var det en BSSK som uttryckte att hen inte hade mycket kontakt med den vanliga personalen, jobbet utfördes och sedan diskuterades allmänna saker som väder och procedurer. Det skapar en distans till varandra som medarbetare, där det blir en vi och dem mentalitet. Nursing standard (2010) skriver om en enkät som utredde vi och dem mentaliteten mellan BSSK och fast anställd personal. Flertalet BSSK kände en fiendskap och saknad av stöd när de arbetat. Det beskrevs som en vi och dem kultur där vanlig personal hade svårt att släppa in BSSK i gruppen och istället gav dem andra arbetsuppgifter. Både för BSSK och fast anställda sjuksköterskor ger det en sämre arbetsmiljö när de inte kommunicerar eller hjälper varandra i arbetet.

## Hur brister i kompetens och bemanning hanteras idag

Enligt Socialstyrelsen (2018) finns det tre övergripande sätt att hantera brister i kompetens eller underbemanning av vårdpersonal. Att förändra arbetssättet är ett sätt att bemöta problemet. Det går även att ändra arbetstider, förlänga pass, ändra i schemat eller rollbeskrivningarna. Men i dagsläget har det istället blivit vanligare att de bemannar upp med bemanningspersonal eller annan tillfällig personal, alternativt att utbilda sjuksköterskor att utföra vissa av läkarens uppgifter eller undersköterskor att utföra vissa av sjuksköterskans uppgifter. Att anpassa tillgängligheten genom att stänga vårdplatser eller hänvisa patienter till ett annat sjukhus är en annan strategi. Socialstyrelsen (2018) beskriver också att riskerna med kompetensbrist är högre än bristerna i bemanning. Kompetensbrist leder i högre utsträckning till vårdskador medan bemanningsbrist leder till sämre arbetsmiljö med högre belastning på de som arbetar.

För att möta den ökade efterfrågan på sjuksköterskor har de europeiska länderna historiskt några gemensamma strategier där de vanligaste är decentralisering av hur sjukvården styrs, införandet av en konkurrensbaserad marknad, eller rekonstruering av sjukvårdssystemet där fler resurser går till att utveckla och flytta över mer patienter till primärvård (Buchan, 2000).

## Varför sjuksköterskor väljer bemanningsföretag

I en undersökning från SCB (2017) framgår det att 50% av sjuksköterskorna som lämnade yrket gjorde det på grund av arbetsbelastningen. Av de som slutar i landstingen men ändå fortsätter att jobba som sjuksköterskor går många till bemanningsföretag (Vårdfokus, 2017). Den ökande arbetsbördan för sjuksköterskor har varit aktuellt den senaste tiden till följd av brist på personal. Med en underbemanning ger det en större arbetsbörda för sjuksköterskor. Fem år efter examen uttryckte 20% av sjuksköterskor att de hade en stark önskan av att lämna professionen, 30% upplevde någon gång under femårsperioden höga nivåer av utbrändhetssymtom (Berg Jansson & Engström, 2017). I en studie som Framtidens karriär-Sjuksköterska (2016) gjort är den största drivkraften till att välja bemanningsföretag en högre lön. På andraplats kommer arbetstider och möjligheten att påverka den. Många anser även att det ger större frihetskänsla samt att det ger bättre arbetsvillkor att arbeta som konsult. En ytterligare orsak var att bredda sin kompetens genom att vara på flera arbetsplatser och ha lättare att byta arbetsplats. En bidragande faktor för att fler övergår till bemanningsföretag kan också vara att den yngre generationen har högre krav på sitt yrkesliv och högre förväntningar på sin arbetsplats och inte ställer upp på samma villkor som den äldre generationen (socialstyrelsen, 2012).

Berg Jansson och Engström (2017) intervjuade svenska sjuksköterskor som arbetade på bemanningsföretag samt fast anställda sjuksköterskor på avdelningarna. BSSK uttryckte att det vardagliga arbetet som att fylla på förråd och arbeta fram rutiner var uppgifter de inte behövde göra, de kunde istället komma och arbeta passet och sedan lämna det bakom sig. Diskussioner om scheman och interna konflikter kunde ignoreras, vilket gjorde det möjligt för mer fokus på arbetet och patienten. De fast anställda sjuksköterskorna uttryckte en liknande upplevelse av att BSSK gjorde det för att slippa arbetsuppgifter som att ha hand om akutlarm som exempel, med förankring i att de inte kunde orientera sig på andra delar av sjukhuset (Berg Jansson & Engström, 2017).



## Patientsäkerhet

Öhrn (2014) skriver att patientsäkerhet är att skydda patienten mot vårdskador, samt att en vårdskada är följden av en negativ händelse som hade gått att undvika ifall omständigheterna varit annorlunda. För att bedriva gott patientsäkerhetsarbete bör de som arbetar inom vården ha god kännedom om riskerna i organisationen och vilka brister systemet har. Sjuksköterskor arbetar för att patientsäkerheten ska vara så hög som möjligt. Med en underbemanning av sjuksköterskor på avdelningar medför detta risker i patientsäkerheten (Cho m.fl., 2015). Socialstyrelsen (2018) beskriver risker som exempelvis sämre övervakning av patient på vårdinrättning, fördröjd diagnos och/eller behandling samt fel behandling inklusive överbehandling som några av riskerna. I patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) är det beskrivet att vårdgivare ska vidta de åtgärder som behövs för att patienter inte ska drabbas av vårdskador. Lagen innefattar även att personal som arbetar inom hälso- och sjukvård är ansvariga att arbeta enligt patientsäkerhetslagen och följa regelverk och föreskrifter som styr hur vården ska ges (SFS 2010:659).

## Omvårdnadsteoretiska utgångspunkter

### Vårdkvalitet

WHO (2019) definierar vårdkvalitet i sex stycken områden: 1) vården är säker och risker minimeras, 2) behandlingen är effektiv och baseras på vetenskaplig kunskap och evidensbaserade riktlinjer, 3) vården ges i god tid för att minimera väntetid, 4) arbetssättet är effektivt och resurser utnyttjas, 5) sjukvården bör vara rättvis oavsett exempelvis härkomst eller geografisk plats, 6) vården som bedrivs är personcentrerad.

Kvalité kan beskrivas som interaktioner mellan relevanta aktörer som håller med om normer och värderingar samt möjligheterna (Mitchell, 2008). Vårdkvaliteten blir standard för vårdpersonalens arbetsuppgifter vilket har arbetats fram över en längre tid. Mitchell (2008) beskriver patientsäkerhet som en hörnsten i hög vårdkvalitet. Tidigare stycke beskriver patientsäkerheten och den är även involverad i vårdkvaliteten, utan patientsäkerhet så kan heller inte en hög vårdkvalitet uppnås. För att en hög vårdkvalitet ska kunna upprättas krävs kompetens hos hälso- och sjukvårdspersonalen. Med en underbemanning av sjuksköterskor och ökat antal patienter sänks vårdkvaliteten (Cho m.fl., 2015). Följden blir då att personal utlokaliseras till annan avdelning eller inhyrd personal rekryteras som sänker kompetensen och som följd av det är risken stor att vårdkvaliteten försämras (Berg Jansson & Engström, 2017).

### Säker vård

Ungefär var tionde patient i Sverige får en vårdskada (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). I Patientsäkerhetslagen (2010;659) definieras en vårdskada som 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. För att detta skall minska krävs flera kompetenser som vårdprofessioner har gemensamt, dessa benämns som kärnkompetenser (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Säker vård är en av kärnkompetenserna och är till för att utveckla en process som genom analys av ett inträffat fel eller skada ta lärdom för att skapa en säkrare vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

Öhrn (2014) beskriver hur vården måste gå från individsyn till systemsyn för att bedriva ett långsiktigt och effektivt säkerhetsarbete. Med individsyn menas att skuldbelägga en individ

som har gjort ett fel och straffa den personen för det. Personen kommer troligen inte göra om samma fel men risken att någon annan gör det har inte minskat. Detta är det klassiska sättet att lägga skuld och är oftast den lätta utvägen juridiskt och organisatoriskt då organisationen kan lägga all skuld på en individ men det är ur patientsäkerhetsperspektiv meningslöst då andra medarbetare kan upprepa misstaget. Vid en systemsyn fokuseras det i stället på systemet som bristande och personen som gjorde misstaget som en upphovsman till misstaget där misstaget kunde ske för att förutsättningarna var sådana att ett misstag lätt kunde uppstå. Att göra en analys av varför ett misstag kunde uppstå och hur det går att förebygga nya misstag är viktigare än att skuldbelägga individen i ett systemperspektiv (Reason, 1997). Ett misstag sker ofta på grund av att det blivit avsteg från rutiner och föreskrifter eller att rutinerna inte varit uppdaterade (Öhrn, 2014).

En del inom området säker vård är säkerhetskultur och säkerhetsklimat. Säkerhetskultur innebär att en arbetsplats har en gemensam och inlärd mening, erfarenhet och tolkning av arbete och säkerhet som ska vägleda medarbetarna med syfte att förhindra risker och olyckor. Säkerhetsklimat är arbetsgruppens gemensamma uppfattningar om hur policys, procedurer och praktik relaterar till säkerheten på arbetsplatsen. För att ha en god säkerhetskultur är det viktigt att både medarbetare och ledningen har god kännedom om alla faktorer som påverkar säkerheten i vårdarbetet. Dessa faktorer kan vara av mänsklig, teknisk eller organisatorisk karaktär. För att ha ett bra säkerhetsklimat är det viktigt att klimatet är öppet och tillåtande och att medarbetare uppmuntras att rapportera för att organisationen ska kunna utvecklas. (Lindh & Sahlqvist, 2012).

En medarbetare som har ett icke professionellt beteende exempelvis genom kunskapsbrist kan om det är illa nog benämnas som en riskindivid. I Sverige har arbetsgivaren skyldighet att veta vilka som är riskindivider och hur de ska hanteras (Lindh & Sahlqvist, 2012). Många vårdskador sker för att viktig information försvinner vid överrapporteringar. För att underlätta vid överrapporteringar kan det användas olika standardiserade verktyg. Ett sådant verktyg är SBAR som står för situation, bakgrund, aktuellt tillstånd och rekommendationer. Personalen får då en struktur för kommunikation vilket minskar risken för missuppfattningar och att information går förlorad (Lindh & Sahlqvist, 2012)

## **Problemformulering**

Problem med underbemanning och kompetensbrist leder till risker i patientsäkerheten och vårdkvaliteten. Användandet av BSSK inom vården är ett vedertaget sätt att lösa personalbrist men kan ha påverkan på en arbetsplats på olika sätt. Personalens sätt att jobba, kompetensen inom arbetsgruppen och resursfördelning är några faktorer som kan påverka utfallet för patientens vård i form av kvalité och säkerhet. Trots detta har endast en liten mängd forskning utförts inom området.

Denna strukturerade litteraturoversikt syftar till att undersöka hur kvaliteten på patientens vård påverkas när BSSK arbetar inom slutenvården samt vilka faktorer som kan ligga till grund för eventuell påverkan.

## Syfte

Att beskriva hur kvaliteten på den vård som ges inom slutenvården påverkas när bemanningssjuksköterskor arbetar.

## Metod

### Design

För att genomföra studien valdes en strukturerad litteraturoversikt för att skapa en överblick över hur BSSK påverkar kvaliteten på vården. Designen passade syftet som arbetats fram då ingen avgränsning för vilken typ av artiklar, kvantitativa eller kvalitativa behövde göras (Friberg, 2017). Detta möjliggjorde ett undersökande av ämnet ur fler perspektiv. Då båda författare är nya inom området forskning ses denna design även vara bra för att träna att sammanställa redan publicerade forskningsresultat på ett strukturerat arbetssätt (Friberg, 2017).

En strukturerad litteraturoversikt är också ett bra val när riskerna för att egna åsikter påverkat ska minimeras (Henricson, 2012). Artiklarna som användes kvalitetsgranskades och resultaten sammanställdes och bedömdes utifrån hur välgrundade de är (Rosén, 2012).

### Inklusion och exklusionskriterier

Sökningen fokuserade kring BSSK, vårdkvalitet och slutenvård. För att inte riskera att missa artiklar gjordes inga avgränsningar till land, ålder, eller kön. Inklusionskriterier som användes i Cinahl var peer review samt årtal 2002-2019. I PubMed användes endast inklusionskriterier på årtal 2002-2019. Bemanningssköterska definieras i arbetet som både intern- och extern bemanning samt temporär personal för att få tillräckligt underlag för studien. Flertal artiklar som hittades i sökningarna fick bortses då kostnadsfri fulltext inte var tillgängligt.

### Datainsamling

Först gjordes en inledande informationssökning enligt Östlundh (2017) där det syftas till att skapa förståelse för vilka källor som är relevanta samt får en överblick för ämnet. Sökningarna gjordes i PubMed som är en databas med stort material med vetenskapliga artiklar inom både medicin och omvårdnad, samt CINAHL som är en databas med omvårdnadsfokus (Karlsson, 2014). Efter den inledande sökningen hade några nyckelord framträtt. Medical subject headings (MeSH) är ett sätt att hitta flera varianter på ämnesord som artikelförfattaren och bibliotekarien indexerat för (Karlsson, 2014). Vid kontroller efter ämnesord i Svensk MesH för termen bemanningssjuksköterska gavs enbart MesH-termen travel nurse, därför gjordes en manuell sökning i artiklar och deras referenslistor för att hitta fler synonymer. De mest använda termerna var agency, temporary, hire, bank, och supplemental nurse. Dessa lades till för att få en större bredd på sökresultatet (Karlsson, 2014). Trunkering på nurse enligt Östlundh (2017) resulterade i nurs\* vilket gjordes för att finna ordets alla böjningsformer som nurse och nursing.

Ifall sökningar görs i fritext kan sökmotorn kasta om ordens ordningsföljd. För att förhindra detta går det att använda citationstecken före och efter de sammansatta orden (Willman, Behtsevani, Nilsson & Sandström, 2016). Termen quality of care lämnades öppen utan citattecken för att bredda sökningen till artiklar med både orden Quality och Care. Patient safety lades till i sökningen för att det är en del av vårdkvalitet som säker vård. Även sökordet outcomes användes då ordet ofta användes i artiklar som ett mått på vårdkvalitet. Sökordet

hospital lades även till med den booleska operatören AND för att fokusera sökningen runt slutenvård då många funna artiklar handlade om äldreboende. Booleska operatörer används för att kombinera olika sökord på ett strukturerat sätt (Östlundh, 2017). Efter den inledande informationssökningen utfördes den egentliga informationssökningen enligt Östlundh (2017) genom systematiskt arbete för att få fram det slutgiltiga urvalet till studien. Professionell rådgivning av biomedicinska biblioteket användes även för konstruktion av sökblocken. Den egentliga informationssökningen i Pubmed gjordes med sökord som var gemensamt för relevansen i alla artiklar inom ämnet som resulterade i 84 sökträffar. I slutsökningen uteslöts "hospital" för att vissa relevanta artiklar inte framkom vid sökningen. Av de 84 artiklarna hade 20 relevanta abstrakt. Efter att ha läst artiklarna mer djupgående valdes 13 ut för granskning. Den egentliga informationssökningen i Cinahl resulterade i 430 träffar varav 20 var relevanta abstrakt. Efter läsning av artiklarna valdes 13 artiklar ut för granskning. Artiklar som inte funnits under den inledande informationssökningen lästes på titelnivå och bedömdes. Sammanlagt efter den egentliga informationssökningen lästes 575 titlar varav 36 hade relevanta abstrakt. av de 36 föll sju bort för att de inte svarade på syftet. De 29 artiklar som återstod granskades, 17 artiklar föll bort under granskningen och 12 artiklar valdes ut för analys.

De slutliga sökorden i Pubmed

((agency nurs\* OR supplemental nurs\* OR temporary nurs\* OR hire nurs\* OR bank nurs\* )  
AND (quality of care OR "patient safety" OR outcomes))

De slutliga sökorden i cinahl

(agency nurs\* OR supplemental nurs\* OR temporary nurs\* OR hire nurs\* OR bank nurs\* )  
AND (quality of care OR "patient safety" OR outcomes ) NOT nursing homes

I Cinahl lades den booleska operatören NOT följt av nursing home till för att utesluta artiklar om äldreboende.

Sökningarna redovisas tabell i bilaga 1 & 2

## **Granskning och analys**

I genomförandet av denna strukturerade litteraturoversikt användes ett tillvägagångssätt med vägledning av Fribergs (2017) modell. Först skapades överblick över ämnet genom inledande sökning för att identifiera att material fanns. En avgränsning av området arbetades fram och genom strukturerat arbetssätt valdes publicerade artiklar ut efter inklusion- och exklusionskriterier. Det skapade ett underlag för kritisk granskning av det avgränsade området.

Enligt Karlsson (2014) görs bedömningar ifall materialet svarar på problemformulering, om mer information behövs samt ifall den information som framkommit är trovärdig. Artiklarna delades upp på hälften och granskades av vardera författare. Resultat relevant för syftet ströks under med fokus på hur BSSK påverkar patientens vårdkvalitet och säkerhet. Efter individuell granskning diskuterades artiklarna med utgångspunkt för skillnader och likheter och de relevanta resultaten skrevs ner i en sammanfattning (Friberg, 2017). Hela artiklarna lästes igenom och granskades efter SBUs granskningsmallar för kvalitativa studier (SBU, 2014a). De kvantitativa studierna granskades med hjälp av SBUs (2014b) mall för observationsstudier. De kvantitativa studierna granskades även i enlighet med Friberg (2017) när frågor från SBU (2014b) som inte kunde besvaras var så många att resultatet av granskningen blev osäkert.

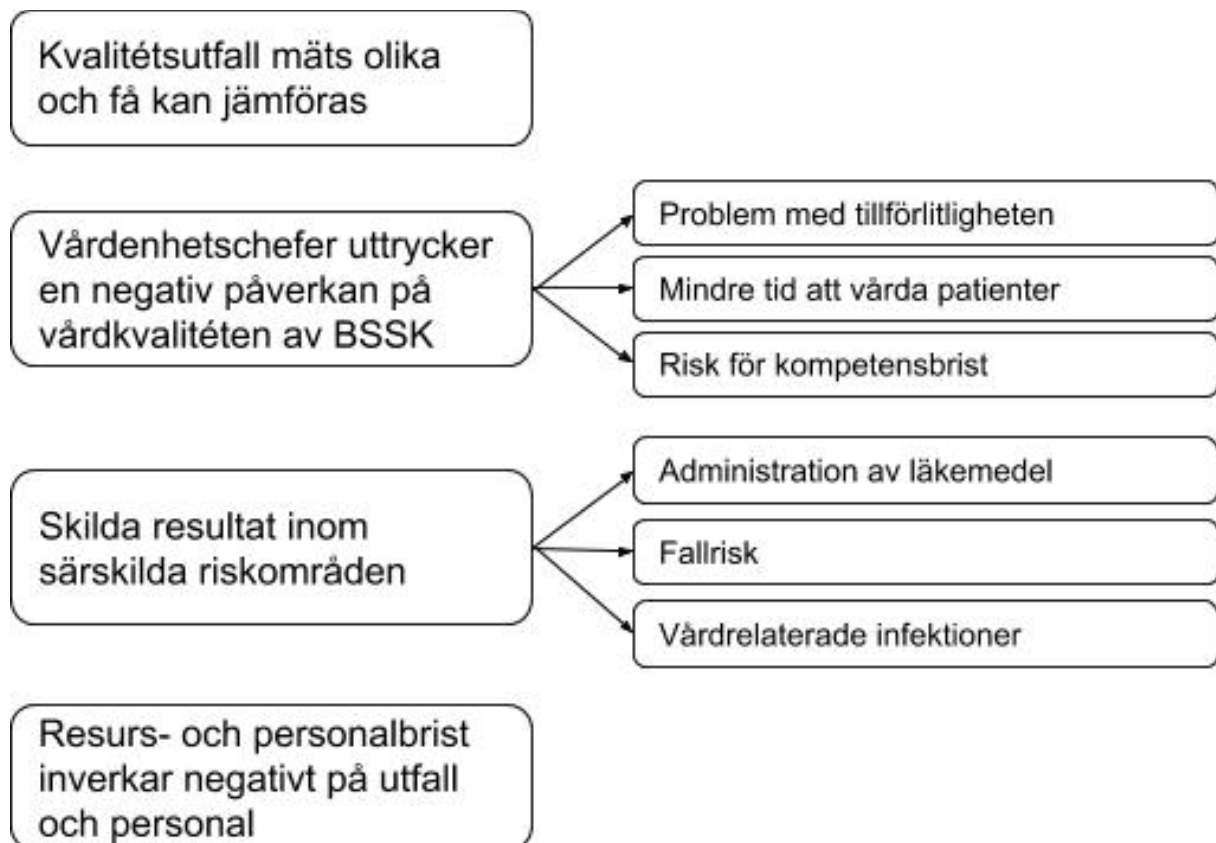
Huvudfokus var på om syftet var klart beskrivet och om frågorna som ställdes var relevanta för det. I studier där det var fåtal deltagare granskades även vad deltagarna hade för titel och från vilken organisation de kom ifrån för att kunna se om spridningen blev tillräcklig, för att ha ett trovärdigt resultat. De flesta av studierna var retrospektiva där de analyserade data som de samlat in från tidigare år detta gav en lägre tillförlitlighet än om det skulle varit en prospektiv studie (Willman m.fl., 2016). Mertalet av valda artiklar var kvantitativa och hade ett stort antal medicinska patientjournaler från olika patienter med i sin analys. Ett stort underlag ger en högre tillförlitlighet enligt Willman m.fl. (2016). Artiklarna sammanfattades i en artikelsammanställning (bilaga 3) (Friberg, 2017). Resultaten sammanställdes sedan i ett dokument där fyra olika tillfälliga teman framkom med olikheter och likheter i studierna. Efter konsultation med handledare valdes det att bryta ner de tidigare temana till fyra huvudteman med åtta subteman. Artiklarna lästes än en gång då likheter och skillnader började framträda som inte hade uppmärksamats tidigare. En röd tråd mellan resultaten utarbetades. Resultaten färgkodades och grupperades sedan i fyra slutgiltiga huvudteman. Till varje huvudtema arbetades subteman fram för att ge bättre följsamhet i texten. I resultatets teman presenterades sedan likheter och skillnaderna där hänsyn till kvalitativa och kvantitativa resultat tagits (Friberg, 2017).

## **Etik**

De flesta studier uppgav att de hade etisk godkännande. De som inte gjorde det uppgav att det inte behövdes pga att de bedrivit sekundäranalys av originaldata. Detta styrks av Tripathy (2013) som beskriver att etiskt godkännande för sekundäranalys inte är nödvändigt om datan inte innehåller identifierande information och att informationen är kodad så att forskarna inte kan tillgå informationen. En studie med originaldata av Wu och Lee (2006) innehåller ingen etisk reflektion eller godkännande men valdes för att den svarar precist på syftet och för att komplettera andra metoder som användes i artiklarna.

## Resultat

Resultatet visar att det är flera aspekter som spelar in i hur BSSK påverkar vårdkvaliteten inom slutenvården. Resultatet baseras på åtta kvantitativa studier, tre kvalitativa och en mixad metod. Resultatet presenteras i fyra teman: *Kvalitetsutfall mäts olika och få kan jämföras*, *Vårdenhetschefer uttrycker en negativ påverkan på vårdkvaliteten av BSSK*, *Skilda resultat inom särskilda riskområden* och *Resurs- och personalbrist inverkar negativt på utfall och personal* (Figur 1). Vårdenhetschefer uttrycker en negativ påverkan på vårdkvaliteten av BSSK delas in i tre subteman: *Problem med tillförlitligheten*, *Mindre tid att vårda patienter* och *Risk för kompetensbrist*. Även skilda resultat inom särskilda riskområden delas in i tre subteman: *Administration av läkemedel*, *Fallrisk* och *Vårdrelaterade infektioner*.



**Figur 1.** Teman och subteman för hur kvaliteten på den vård som ges inom slutenvården påverkas när bemanningssjuksköterskor arbetar.

## Kvalitetsutfall mäts olika och få kan jämföras

Kvalitet som mått var något fyra av studierna använde, de mätte olika utfall som de sedan presenterade som kvalitet på vården. Wu och Lee (2006) använde sig av "total nursing quality" som mått. Detta mått innefattar utvärdering av omvårdnadsbehov, planering av omvårdnad, omvårdnadsverksamhet, instruering av omvårdnad, utvärdering av omvårdnad samt hur nöjd patienten var av instruering av omvårdnaden. De kom fram till att om fast personal arbetade istället för BSSK så ökade vårdkvaliteten med 17,8%. Samtidigt presenteras i studien av Hurst och Smith (2011) att patientbedömning, vårdplanering, utvärdering av omvårdnad samt avdelningens system visade på en förbättring i kvaliteten när fast personal arbetade. Dessa var fyra av sex kvalitetsresultat som presenterades men det totala kvalitetsresultatet blev icke signifikant. Alvarez, Kerr Jr, Burtner, Ledlow och Fulton (2011) visade att de inte fann ett samband mellan BSSK och medicinerings avvikelser, patientfall, kvarliggande kateter associerade urinvägsinfektioner och övergripande patienttillfredsställelse som var utfallen de hade med i deras kvalitetsberäkning.

Kvalitetsindikatorerna *planering av omvårdnad* och *Utvärdering av omvårdnad* är de enda jämförbara indikatorerna mellan studierna med ett signifikant resultat som visar på en kvalitetsförbättring ifall fast anställda sjuksköterskor arbetar i stället för BSSK.

## Vårdenhetschefer uttrycker en negativ påverkan på vårdkvaliteten av BSSK

Enhetscheferns upplevelser av hur BSSK påverkar vården var till stora delar negativa och handlar om hur det fanns problem med tillförlitligheten hos BSSK, mindre tid att vårda patienter, risk för kompetensbrist när BSSK anlitas, kvaliteten på vården påverkas av negativa attityder och kontinuiteten blir sämre.

### Problem med tillförlitligheten

Anledningen till att ta in BSSK var att de kan fylla annars tomma arbetspass (Rispel & Moorman, 2015). Som vårdenhetschef upplevdes det som en desperation över att inte ha tillräckligt med fast personal och att de därför tvingades ta in BSSK från externa bemanningsföretag (Matlakala & Botha, 2016). Men det fanns också komplikationer när luckor i schemat skulle fyllas med BSSK. Ett problem med tillförlitlighet som beskrivs är att BSSK lägger sig tillgängliga på flera olika sjukhus för att säkra att de har pass, vilket ledde till att de var upptagna när de skulle bokas fastän det såg ut som att de kunde jobba, vilket i sin tur ledde till att avdelningen som trodde att de hade säkrat upp i vakanta pass blev utan personal med underbemanning som resultat (Manias, Aitken, Peerson, Parker & Wong, 2003). Det uppgavs även att BSSK inte dök upp eller kom för sent till de pass som de var bokade på (Rispel & Moorman, 2015). Ett arbetsmiljöproblem som några enhetschefer menade påverkade vårdkvaliteten på IVA var att BSSK ofta var missnöjda med arbetssituationen eller kände sig kränkta och kunde gå hem mitt i ett pass och lämna patienterna till den personal som var kvar. (Matlakala & Botha, 2016).

En av de upplevda nackdelarna med BSSK var att enhetscheferna uttrycker risker mot vårdkvaliteten med att använda BSSK genom att de hade dålig attityd mot patienterna, de hade ett dåligt temperament och blev lätt arga på patienter (Rispel & Moorman, 2015). De tog heller inte ansvar och behövde mer övervakning. BSSK uppgavs också vara ovilliga att ta på sig extra uppgifter och lämnade dem till den fasta personalen som fick mindre tid till att utföra vårdarbete

(Rispel & Moorman, 2015). Vårdenhetschefer uttryckte en oro för att kontinuiteten av vården och vårdkvaliteten var påverkad av att BSSK ofta var inne på korta kontrakt eller enstaka pass och därmed gav sämre kontinuitet i vården (Manias m.fl., 2003). Kontinuiteten påverkade patienter men även BSSK i deras sätt att arbeta genom att de inte vill hantera känsliga arbetsuppgifter med grund i att de inte varit där tidigare (Manias m.fl., 2003).

### **Mindre tid att vårda patienter**

Tillsvidareanställd eller ordinarie personal får en större arbetsbörda då de måste lägga mer tid på administration och ta större ansvar för vården och inte har tid till den personcentrerade vård som en god vårdkvalitet förutsätter (Hurst & Smith, 2011; Rispel & Moorman, 2015). Den fast anställda sjuksköterskans uppgifter ändrades när BSSK arbetade på avdelningen. Patientkontakten minskade och arbetsuppgifter som att övervaka personal och ringa in personal ersatte tiden. Ineffektiv tid ökade även för fast anställda sjuksköterskor som arbetar på avdelningar med BSSK jämfört med de avdelningarna utan BSSK (Hurst & Smith, 2011). I en intervju i Manias m.fl. (2003) uttrycktes det att BSSK inte ville utföra alla arbetsuppgifter som fast anställda sjuksköterskor gjorde. Exempelvis att hantera känsliga arbetsuppgifter som att tala med familjen om patientens vårdförlopp. Fast anställda sjuksköterskor ansågs av BSSK vara bättre lämpade för det då de varit med under vårdtiden. Detta innebar en större belastning på omvårdnad för den fasta anställda personalen. Det uppgavs även problem med att BSSK behövde mer övervakning och inte tilläts administrera läkemedel, skriva rapporter och göra såromläggningar utan uppsyn av fast personal. Detta gjorde att fast personal fick mindre tid till att själva bedriva vårdarbete (Rispel & Moorman, 2015).

### **Risk för kompetensbrist när BSSK anlitas**

Studien av Rispel & Moorman (2015) var utförd i Sydafrika där det beskrivs att ett krav fanns på bemanningsföretagen att de måste leverera personal när sjukhusen ber om det. Detta medförde på intensivvårdsavdelning (IVA) att när det inte fanns sjuksköterskor med rätt kompetens fick en BSSK som inte hade IVA-utbildning ta passet (Matlakala & Botha, 2016). Vårdenhetschefer uppgav också att BSSK inte har rätt kompetens för att bedriva god omvårdnad. Detta upplevdes som ett problem då meningen med bemanning delvis var att kunna komplettera kompetensluckor som fanns på avdelningen (Rispel & Moorman, 2015). De hade även åsikten att flera av BSSK som jobbat på avdelningen saknade klinisk bedömningsförmåga då de inte kunde urskilja och rapportera viktiga kliniska problem när de uppstod (Matlakala & Botha, 2016). Denna åsikt återkommer i Manias m.fl. (2003) där vårdenhetschefer uppgav att många BSSK är oförmögna att tillämpa evidensbaserad vård. Åsikterna gick dock isär där vissa enhetschefer ansåg att majoriteten av BSSK hade en bra standard för omvårdnad medan andra ansåg att det stora hotet mot vårdkvaliteten med BSSK var att de inte är ajour med interna protokoll och policys. De var även av åsikten att den generella standarden på BSSK var högre idag än tidigare (Manias m.fl., 2003). Fast anställda sjuksköterskor kunde även uttrycka en lättnad vid skiftbyte från en BSSK ifall inga komplikationer hade uppstått under passet och patienten hade fått den omvårdnad som sig bör (Matlakala & Botha, 2016). Trots de till stora delar negativa erfarenheterna med BSSK uppgav enhetscheferna att BSSK ofta ger god vård (Manias m.fl., 2003).

### **Skilda resultat inom särskilda riskområden**

De kvantitativa studiernas resultat angående hur BSSK påverkar vårdkvalitet skiljer sig åt i studierna och flera har använt säker vård som ett mått på vårdkvalitet. I flera av de kvantitativa



studierna har vårdkvalitet mätts som säker vård i form av utfall på medicineringsfel och vårdskador. Resultaten är varierande och flertalet icke signifikanta.

### **Administration av läkemedel**

Det är stora skillnader inom studierna när medicineringsfel har mätts. Prot m.fl. (2005) följde i sin studie ett flertal BSSK samt fast anställda sjuksköterskor över 11 månader. En 67% ökning i felmedicinering sågs hos bemanningspersonal. Det är däremot i ren kontrast till en annan studie av Bae, Mark och Fried (2010) som mätte felmedicineringar genom att vårdenhetschefer rapporterade medicineringsfel. De presenterade i sitt resultat att vid användandet av 5-15% BSSK på avdelningen gav det en 43,6% minskning av medicineringsfel. Aiken, Xue, Clark och Sloane (2007) kunde i sin studie urskilja att medicineringsfel minskade när BSSK arbetade men först efter att ha korrigerat för arbetsmiljöfaktorer. Ett annat resultat kunde ses i Alvarez m.fl. (2011) där inga signifikanta skillnader kunde mätas för medicineringsfel.

### **Fallrisk**

I likhet med medicineringsfel så skiljer sig resultaten i utfall på fallskador. Vid 15% eller mer arbetande BSSK per avdelning sågs fallrisken öka med 18,8% (Bae m.fl., 2010). Men samtidigt motsägs detta av icke signifikanta resultat på fallrisken i flertal studier där de jämförde avdelningar med BSSK som arbetade och avdelningar utan BSSK (Shuldham, Parkin, Firouzi, Roughton & Lau-Walker, 2009; Aiken m.fl., 2007; Alvarez m.fl., 2011).

### **Vårdrelaterade infektioner**

Shuldham m.fl. (2009) visade i sin studie på en minskning av sepsis med 1,7% där fast personal arbetade i stället för BSSK. Detta motsades i studien av Bae, Brewer, Kelly och Spencer (2015) där inget samband mellan Central Line Associated Bloodstream Infection (CLABSI) och användandet av BSSK kunde identifieras.

### **Resurs- och personalbrist inverkar negativt på utfall och personal**

Några studier har korrigerat för resurs- och personalbrist och kunde då presentera ett resultat som visade på att resurs- och personalbrist hade en inverkan på olika kvalitetsutfall relaterat till BSSK. I Aiken, Shang, Xue och Sloane (2013) sågs först en ökning av mortalitet med 6% och en ökning av "failure to rescue" som kan översättas som "oförmåga att förhindra klinisk försämring som är resultat av underliggande tillstånd eller komplikation av medicinsk omvårdnad" med 5% kopplat till att en högre andel BSSK arbetade, men efter korrigeringar för resurs- och personalbrist blev resultaten av utfallen icke signifikanta. Liknande resultat presenterades i Aiken m.fl. (2007), där resurs och personalbrist förklarade sambandet mellan sjukhus som använde sig av ett högre antal BSSK och kvalitetsbrister i den vård som gavs till patienten. Enligt Bae m.fl. (2015) var sjuksköterskors upplevelse av resurs- och personalbrist är en riskfaktor i sig. De kom fram till att det var ett samband mellan sjuksköterskors upplevelse av resurs- och personalbrist som var associerad med en ökning av sjukhusförvärvade infektioner och inte användandet av BSSK i sig.

BSSK placerades ofta på vårdavdelningar med hög sjukfrånvaro, samt på de avdelningar med en högre vårdtyngd och där förhållandet sjuksköterska/patient var lägre vilket gav dem en sämre förutsättning för att göra ett bra arbete (Hurst & Smith, 2011). Underbemanningen sågs dock ha en koppling till att BSSK arbetade på avdelningen då de fast anställda sjuksköterskornas planer att lämna jobbet hade en ökning på de avdelningarna med en högre andel BSSK (Aiken m.fl., 2007). Sjukfrånvaron hos sjuksköterskor korrelerar också med användandet av BSSK då risk för ryggsador ökade hos de fast anställda sjuksköterskorna ifall >15% av

sjuksköterskorna var BSSK vid tillfället (Bae m.fl., 2010). Vårdenhetschefer uppgav även att de fast anställda sjuksköterskorna kände sig stressade på avdelningar där BSSK arbetade och noterade en högre grad av utbrändhet (Manias m.fl. 2013). De hade dock inte tagit med resurs- och personalbrist i beräkningen och studien av Aiken m.fl. (2017) visade sig istället en minskning i den fasta personalens utbrändhet när BSSK arbetade efter korrigeringar för sämre arbetsmiljö.

## Diskussion

### Metoddiskussion

Syftet med studien var att beskriva hur kvaliteten på vården påverkas inom slutenvården när BSSK arbetar. För att göra detta valdes metoden strukturerad litteraturoversikt som syftar till att skapa en bild av det aktuella forskningsläget och underlag för evidensbaserad vård (Rosén, 2012). Denna metod har upplevts relevant för syftet och bidragit med en djupare förståelse för vetenskapligt skrivande.

### Sökning & datainsamling

Syftet som valdes från början var ett brett syfte där både öppen och slutenvård inkluderades. Då den mesta forskningen verkar ha bedrivits inom öppenvård samt att endast en reviewartikel kunde hittas, gjordes ett aktivt val att fokusera på slutenvård för att bredda förståelsen inom området även inom slutenvård.

Vid examensarbete bör en strukturerad litteraturoversikt avgränsas till kvalitativa eller kvantitativa artiklar (Rosén, 2012). Men då denna studie undersökte påverkan på vårdkvalitet som kan mätas på olika sätt valdes både kvalitativa uppfattningar samt kvantitativ data. Vid datainsamling gjordes därför ingen begränsning till vilken typ av artikel som inkluderades. Under den inledande sökningen kunde flera synonymer till de relevanta sökorden ringas in och en styrka i studien är att det använts flera olika benämningar på BSSK med den booleska operatören OR vilket gav en förhållandevis bred sökning med hög sensitivitet (Karlsson, 2014). Ett hinder var att det inte verkar finnas ett tydligt sökord eller MeSH term som beskriver BSSK. Detta kan påverka studiens trovärdighet och validitet då olika benämningar på sökord har använts och därmed kan relevanta artiklar ha förbisetts trots användandet av olika sökord. Även sökorden som användes för att hitta vilka motsvarigheter till vårdkvalitet som används var svåra att lokalisera då vårdkvalitet är ett brett begrepp. Därför valdes sökorden *Quality of care*, *“patient safety”* och *outcomes* då dessa var de mest frekvent förekommande. Quality of care söktes utan citationstecken, så även *quality*. Sökningar med *Care* gjordes som eget ord. Detta innebar ett större manuellt urval men också att fler eventuella studier som fyller syftet inkluderades. Det finns risk att studier kan ha lämnats ute pga uteblivna sökord då det finns många olika sätt att mäta vårdkvalitet. Vårdkvalitet kan exempelvis mätas i form av säker vård, effektiv vård, vård i god tid, rättvis och personcentrerad vård (WHO, 2019).

### Dataanalys

Åtta av de vetenskapliga artiklarna i studien är kvantitativa, tre är kvalitativa och en av artiklarna är utförd med mixad metod. Detta innebar att artiklarna granskades utifrån olika granskningsmallar. Även om både kvantitativa samt kvalitativa artiklar granskades med SBU (2014) granskningsmall för respektive område så granskades de kvantitativa även med en granskningsmall ur Friberg (2017). Detta gjordes för att många av de kvantitativa artiklarna var

sekundäranalyser av originaldata och många frågor i SBU (2014) mall föll då bort. Därför togs beslut att använda ytterligare en mall för kvantitativa kvalitetsfrågor från Friberg (2016) för att säkerställa att granskningen var tillförlitlig.

En svaghet i studien är att artiklarna delades upp på hälften och granskats av vardera författare och inte gemensamt. Detta sänker reliabiliteten (Henricsson, 2014). Däremot stärks trovärdigheten i studien av att båda författarna genomfört analys av samtliga studier dels individuellt men även gemensamt vid flertalet tillfällen. Något som ytterligare stärker trovärdigheten är att resultatet granskats av både handledare samt utomstående med insyn i vetenskapligt skrivande (Henricsson, 2014). Detta har även bidragit till att resultatet analyserats och bearbetats i flera steg vilket skapat en större förståelse för materialet.

Att dela upp resultatet i teman och subteman var en lång process som krävde att handledaren konsulterades vid flera tillfällen. En svårighet låg i att artiklarna var av dels kvalitativ och dels av kvantitativ karaktär. En annan svårighet låg i att det inte kunde dras tydliga slutsatser av resultaten då de pekade åt olika håll. Flera studier med icke signifikanta resultat sågs då sambandet mellan BSSK och olika utfall undersöktes. Dessa artiklar har ändå valts att ta med i resultatet då de visat på en avsaknad av signifikanta samband, och där signifikanta samband har funnits har samtliga resultat redovisats för att undvika ett vinklat resultat och risken för systematiska fel och partiskhet (Billhult & Gunnarsson, 2012).

### **Material och studiens kvalitet**

Vid granskning av de vetenskapliga artiklarna uppfyller majoriteten hög kvalitet. Två av de valda artiklarna bedömdes hålla medelkvalité men inkluderades ändå av olika anledningar för att resultatet inte skulle bygga på för få artiklar och därmed få sämre underlag. Studier av lägre kvalitet kan användas då inte studier av hög kvalitet finns att tillgå (Rosén, 2012). Studien av Wu & Lee (2006) uppgav inget etiskt godkännande men valdes att ha med då den i övrigt var av god kvalitet. Studien av Alvarez m.fl (2011) var en enkätstudie med lågt procentantal besvarade enkäter som ansågs vara fullständiga och kunde användas i studien. Dock var det 88 fullständiga enkäter som inkluderades i studien och analysen i artikeln var av god kvalitet.

Vårdkvalitet innefattar flera aspekter men fokus i denna studie är säker vård och vårdkvaliteten totalt då flera studier har utfall som ett mått på vårdkvalitet samt några använt vårdkvalitet som mått. Då vårdkvalitet är ett brett begrepp så är en svaghet i studien att studierna som resultatet bygger på har mätt vårdkvalitet olika och därför gör det svårt att jämföra resultaten. Även hur studierna har valt att benämna BSSK skiljer sig åt där varianterna varit intern, extern, eller i ett fall slagits samman med praktikanter. Dessa variationer har tagits i beaktande vid slutsats av resultatet och slutsatsen är därför försiktig. Något som talar för studiens validitet är att flera av de undersökta studierna har använt samma design (Henricsson, 2012).

Det låga antalet artiklar som vara relevanta för syftet gjorde att det kändes motiverat att inkludera studier från ett större åldersspann. Perioden utökades därför till att innefatta åren 2003-2019. Bland de artiklar som var över tio år gamla var tre kvantitativa och dessa var precis för syftet, de var skrivna och utförda på ett sätt som bidrog med väsentlig fakta för resultatet. En svaghet uppstår i resultatet då äldre studier inkluderats. Då vården är i ständig utveckling finns en risk för att studiernas resultat inte helt är representativa för den aktuella vården. Den

äldsta artikeln var från Manias m.fl. (2003). Den var kvalitativ och fyllde en lucka i frågeställningar angående om upplevelsen av BSSK var annorlunda mot vad statistisk data visade. Artikeln var från Australien och speglade denna kulturs syn på uppsatsens syfte. Den var även den enda kvalitativa studie som inte var från Sydafrika och kompletterade därmed resultatet.

Inga artiklar var från Sverige och endast en artikel från ett europeiskt land, Frankrike. Detta gör att överförbarheten blir svårare att bedöma i en svensk kontext. För att resultatet ska kunna jämföras med Sverige krävs det att studier är från länder där likheter finns i vård och vårdproblematik. Artiklarna från Sydafrika blir till viss del svåra att jämföra då samma problematik som beskrivet i dem inte finns i Sverige. Kravet på bemanningsföretagen att de ska leverera när sjukhus ber om det genererar en kompetensbrist när rätt personal inte finns tillgänglig. Det problemet upplever inte sjukvården i Sverige där krav finns om att kompetens ska finnas för att arbeta på exempelvis intensivvårdsavdelning. Men då International council of nurses, ICN (2012) har etiska riktlinjer för sjuksköterskor globalt så anses ändå att resultaten som presenteras vara överförbara till svensk sjukvård i någon mening och en djupare analys av överförbarheten kan inte redogöras för.

Då ämnet har lite forskning återkommer författare i vissa artiklar. Det kan vara en örbättra resultatets trovärdighet då de är pålästa om ämnet, men skulle också kunna påverka studiens trovärdighet då det finns risk för fördomar och partiskhet. Artiklarna med samma författare har dock kvalitetsbedömts som hög kvalitet och vid artikelanalys har ingen anledning till partiskhet kunnat detekteras.

Studiens reliabilitet följer de kriterier som krävs för en kandidatuppsats, och håller kvalitet för den nivå som den skrivs på trots tidigare beskrivna brister, då tillvägagångssättet är tydligt beskrivet i metodavsnittet och reproducerbarheten därför är hög (Henricsson, 2012). Resultatet kan implementeras på klinisk verksamhet. Det låga antalet studier som kunnat hittas inom området, att det bara har hittats en översiktsartikel samt att de flesta kvalitativa studier är från Sydafrika tyder på att mer forskning behövs inom ämnet för att få en ökad förståelse för hur bemanningspersonal påverkar vårdkvaliteten för patienterna. Det hade även varit till fördel om det fanns med en tydligare gemensam benämning för BSSK i forskningssammanhang samt ett standardiserat sätt att mäta vårdkvalitet så jämförelser kan göras.

### **Etisk diskussion**

Enligt Tripathy (2013) behövs inte etiskt godkännande vid sekundäranalys av originaldata ifall känslig information inte går att spåra eller är kodad så att forskarna inte kan koda av den. Dock diskuteras det att det inte finns några tydliga riktlinjer för förlängning av godkännandet för framtida bruk samt att det finns ett behov av dessa riktlinjer vid återanvändande av data. Flera av studierna som använts i resultatet har inte diskuterat etiskt godkännande men då dessa är sekundära analyser eller godkända av andra kommittéer och inte har använt sig av data som går att identifiera så anses de uppfylla kraven för etiskt godkännande enligt Tripathy (2013) den enda studie som inte uppgett etiskt godkännande och som även använt egen originaldata är Wu och Lee (2006) detta är därför en svaghet i den studien.

Ur en etisk synpunkt kan det diskuteras angående användandet av BSSK. Även om den kvantitativa datan är tvetydig och pekar mer åt att arbetsmiljön är ett större problem än BSSK, så är de dyrare än fast personal och kontinuiteten ses bli påverkad på ett negativt sätt. De upplevs även försämma arbetsmoralen och den fasta personalens arbetsuppgifter. Däremot såsom den ekonomiska situationen är med lägre löner på sjukhus så kan de inte hindra personal från att gå över till bemanningsföretag. Om sjuksköterskor känner att det ger dem mer personlig utveckling och de kan få bättre arbetstider. Alternativet hade kanske varit att de slutade som sjuksköterskor och då bristen på sjuksköterskor redan är stor globalt så kan det argumenteras föteman jag skrivit r att det är bättre att ha BSSK än att stänga vårdplatser ur ett konsekvensetiskt perspektiv (Öresland & Lützén, 2014).

Då det var vårdenhetschefer som intervjuades om deras upplevelser av BSSK kan det vara ett fåtal dåliga intryck som har bidragit till resultaten. Ett dåligt rykte är enkelt att få men svårare att vända till ett bra, det kan då varit ett fåtal individer som har uppfört sig illa och bidragit till att ge hela yrkeskategorin BSSK ett dåligt rykte.

## Resultatdiskussion

Resultatet kunde delas in i fyra teman. Resultatdiskussionen utgår från resultatets teman och tar upp huvudfynden vilka presenteras under rubrikerna *Kvalitetsutfall mäts olika och få kan jämföras*, *Vårdenhetschefer uttrycker en negativ påverkan på vårdkvaliteten av BSSK*, *Skilda resultat inom särskilda riskområden*, *Resurs- och personalbrist inverkar negativt på utfall och personal* och *Bemanningsjuksköterskor har sämre förutsättningar att vårda*.

Resultatet visar på att när BSSK används i stället för fast anställd personal så påverkar det kvaliteten på patientens vård på olika sätt. BSSK ger ett sämre kvalitetsutfall på kvalitetsindikatorerna planering- och utvärdering av omvårdnad. Vårdenhetschefer uttrycker risker mot kvaliteten såsom låg tillförlitlighet, sämre kontinuitet, attitydproblem och bristande kompetens. De kvantitativa studiernas sammanlagda resultat är dock inte entydiga och flera resultat förklaras av en bristande arbetsmiljö där BSSK är placerade. Resultatet visar även på en indirekt påverkan på kvaliteten där den fast anställda personalen får en högre arbetsbörda och mer stress på grund av BSSKs korta kontrakt och dåliga orientering samt ovilja att ta ansvar och utföra vissa uppgifter. Resultatet visar också på att BSSK har sämre förutsättningar då de ofta placeras på avdelningar med dålig arbetsmiljö.

## Kvalitetsutfall mäts olika och få kan jämföras

Resultatet under rubriken *Kvalitetsutfall mäts olika och få kan jämföras* visar att det inte finns ett standardiserat sätt att mäta vårdkvalitet och att därför endast ett fåtal kvalitetsindikatorer för omvårdnad kan jämföras mellan studierna.

Resultatet för utfallen på vårdkvaliteten var beroende på vilka faktorer som vägdes in och vilka olika benämningar för BSSK som forskarna hade använt sig utav. Endast två kvalitetsindikatorer för omvårdnad kunde jämföras mellan två av studierna och dessa var *planering av omvårdnad* och *utvärdering av omvårdnad*. Dessa indikatorer visar på en förbättring av kvaliteten ifall fast anställd personal arbetade istället för BSSK. Att de övriga indikatorerna inte gick att jämföra innebär ett problem för utvärdering av studiernas resultat. Idvall och Andersson (2014) menar att det är viktigt att kvalitetsindikatorer har hög validitet och reliabilitet samt att datainsamling sker med utvärderade metoder så att det går att jämföra

indikatorerna. Även Mazurenko m.fl. (2015) uttrycker en svårighet i att jämföra resultaten relaterat till olika mätmetoder. I Sverige finns nationella kvalitetsregister som har utvecklats för att kunna ha gemensamma sätt att följa upp och jämföra kvalitet inom vård och forskning (Idvall & Andersson, 2014). Dessa register gör det lättare att se vilka indikatorer som kan vara relevanta och jämförbara när ny forskning ska bedrivas. Rubin, Pronovost & Diette (2001) menar att det behövs ett konsensus i vilka kvalitetsindikatorer som mäts samt att dessa är relevanta för utfallen på patientens vård för att bedriva förbättringsarbete.

De två faktorerna *planering* och *utvärdering* som var jämförbara och visade på förbättringar när fast anställd personal arbetade handlar båda om omvårdnadsprocessen och kan kopplas till att BSSK är inne på korta kontrakt. För att göra en omvårdnadsplan behöver patientens behov, problem och egna resurser analyseras (Florin, 2014). Detta kan bli problematiskt om BSSK kanske är inne på ett enstaka pass och inte känner patienten sedan tidigare och inte har etablerat en förtroendefull relation med patienten vilket är en förutsättning för en bra omvårdnadsplan. Även en utvärdering av omvårdnaden kan bli problematiskt vid korta kontrakt. En systematisk utvärdering är omfattande och innefattar att dra slutsatser av ifall det ursprungliga omvårdnadsproblemet kvarstår (Florin, 2014). Ifall BSSK inte träffat patienten tidigare har hen endast tidigare dokumentation att utgå ifrån och det kan vara svårt att dra slutsatser utifrån enbart dokumentation om omvårdnad.

## **Vårdenhetschefer uttrycker en negativ påverkan på vårdkvaliteten av BSSK**

I de kvalitativa studierna kunde åsikter hur vårdkvaliteten påverkas av att BSSK arbetar på avdelningen skönjas. De allra flesta åsikterna är från vårdenhetschefer på avdelningarna där BSSK togs in för att fylla schema- och kompetensluckor. Det som framkom av de kvalitativa studiernas resultat är att uppfattningarna av BSSK är till större delen negativa när enhetschefer på olika avdelningar på sjukhus intervjuades (Rispel & Moorman, 2015; Matlakala & Botha, 2016; Manias m.fl., 2003). De kvalitativa studierna var utförda i Sydafrika och Australien.

Utifrån studiens resultat som bla visar på att BSSK saknade klinisk bedömningsförmåga uppstår en undran över ifall BSSK uppfyller de kompetenskrav som ställs på sjuksköterskor. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2017) bör sjuksköterskan ha kompetens att bedriva personcentrerad och evidensbaserad vård samt kunna ge säker vård. Dessa kompetenskrav är från svensk sjuksköterskeförening men stärks av ICN (2012) där den etiska koden säger att sjuksköterskan ska arbeta aktivt med att utveckla sin professionella kunskap och därmed bidra till att förbättra den evidensbaserade verksamheten.

Inom säker vård ingår begreppet säkerhetskultur (Lindh & Sahlqvist, 2012). En faktor som kan ha spelat in i situationen för att de negativa upplevelsorna av BSSK kunde uppstå i dessa studier kan vara att dessa länder inte har kommit lika långt i sitt arbete för en bra säkerhetskultur. I Rispel och Moorman (2015) uppgavs att bemanningsföretagen var tvungna att leverera sjuksköterskor ifall sjukhusen bad om det, vare sig de hade rätt specialistutbildning eller inte. Det som brister i säkerhetskulturen är i detta fall en ökad risk för oprofessionellt beteende där en av de allvarligaste formerna av oprofessionellt beteende är otillräcklig förmåga och kunnande inom yrket (Lindh & Sahlqvist, 2012). Ifall dessa brister är stora så benämns individen i fråga som en riskindivid och då har vårdgivaren skyldighet att hantera dessa

individer (Lindh & Sahlqvist, 2012). Andra uttryck för oprofessionellt beteende av BSSK kunde också observeras i resultatet där BSSK kunde ha en dålig attityd mot patienter och lätt bli arga på dem. Även om en stor del av ansvaret för en god säkerhetskultur ligger på ledningsnivå kan inte detta ursäkta en dålig attityd mot patienter från den enskilda medarbetaren då varje sjuksköterska har ett ansvar att följa ICN (2012), etiska kod som säger att sjuksköterskan alltid ska uppträda på ett sådant sätt att yrkets anseende stärks och allmänhetens förtroende ökar.

I Manias m.fl. (2003) sågs en oro bland vårdenhetschefer att kontinuiteten i vården blev sämre av att BSSK ofta var inne på korta kontrakt och att detta kunde påverka patientens vårdkvalitet negativt. Att vården ska vara säker är ett av områdena inom vårdkvalitet (WHO, 2019). Korta kontrakt motverkar arbetet med ett gott säkerhetsklimat då säkerhetsklimat innebär en grupps gemensamma uppfattningar av hur policys, procedurer och praktik relaterar till säkerheten på arbetsplatsen (Lindh & Sahlqvist, 2012). Patientsäkerhetsklimat och personalsäkerhetsklimat har visat sig gå hand i hand och visar på vikten av att ha ett bra övergripande säkerhetsklimat för att främja patientsäkerheten (Törner, Eklöf, Larsman & Pousette, 2014) Ett gott säkerhetsklimat tar tid att bygga upp och för att uppnå det krävs en god gruppsammanhållning (Törner m.fl., 2014). De korta kontrakten eller enstaka passen som BSSK var inne och arbetade kan därför ses som en patientsäkerhetsrisk då ett gott säkerhetsklimat inte kan byggas upp på kort tid. Det framgår inte i studierna vad de hade för strategier för att hantera den kommunikationsbrist som kan uppstå då personalen är inne på korta kontrakt och inte känner varandra eller patienten, men ett verktyg de skulle kunna använda för att minska risken för att viktig information försvinner är SBAR. SBAR är ett standardiserat kommunikationsverktyg som minskar risken för missuppfattningar och informationsförlust (Lindh & Sahlqvist, 2012).

I en jämförelse med en studie från öppenvården där data samlats in från 3946 äldreboenden kunde liknande resultat beaktas där enhetschefer uppgav att problemen med BSSK var att de saknade kunskaper inom omvårdnad för att kunna bedriva vård med hög kvalitet samt att kontinuiteten i vården blev påverkad på flera plan där BSSK ofta inte hade kunskap nog om patienten, rutiner, eller personal. De positiva aspekterna var även liknande de i studiens resultat där BSSK kan fylla tomma arbetspass, fylla sjukluckor och komplettera kompetens som saknas (Castle, 2009). Resultat tillsammans med forskning från öppenvården tyder på att BSSK är nödvändiga för att vissa avdelningar ska kunna behålla antalet vårdplatser och ibland upprätthålla kompetens som saknas men att det i bästa fall hade varit mer fast personal som arbeta så arbetsgivare inte behövde använda sig av BSSK och kunde upprätthålla alla aspekter av vårdkvalitet. Detta går också i linje med Socialstyrelsens rapport som säger att landstingen jobbar för att minska beroendet till hyrpersonal för att öka säkerheten och kontinuiteten i vården och öka patientens trygghet (Socialstyrelsen, 2018)

## **Skilda resultat inom särskilda riskområden**

Den negativa effekten på den upplevda vårdkvaliteten har inte gått att entydigt signifikant säkerställa genom de kvantitativa resultaten som visade på flera olikheter. Det som framförallt framkom i de kvantitativa resultaten var att resultaten pekar åt olika håll. T.ex. i Prot m.fl. (2005) så syntes en ökning av medicinska fel med 67% ifall BSSK arbetade medans i Bae m.fl. (2010) sågs en minskning på 43.6% ifall det var 5-15 % BSSK i personalstyrkan. Dessa resultat är intressanta och vid undersökning av studiernas metoder kan det ses vad som eventuellt skapat

de skilda resultaten. Prot m.fl. (2005) har valt dels valt att klumpa ihop BSSK med sjuksköterskestudenter och inlånad personal och de har även låtit en farmaceutstudent följa varje enskild SSK och registrera varje fränsteg från administrerings rutin. Medans i Bae m.fl. (2010) har de mätt utfallet på hela personalstyrkan när 5-15% BSSK arbetar och samlat in data genom inrapporterade medicineringsfel ifrån vårdenhetschefer. Detta är bara ett exempel på svårigheten i att dra slutsatser utifrån de kvantitativa resultaten som även diskuteras i Mazurenko m.fl. (2015). Liknande resultat kan ses på utfallen i fallrisk och vårdrelaterade infektioner där vissa studier visade på ökad risk med BSSK medans andra hade icke signifikanta resultat. Att resultatet inte är enhetligt är i sig ett intressant resultat som visar på vikten av att ha gemensamma sätt att mäta inte bara utfall utan hur de mäter den grupp som undersöks för att kunna få kvantifierbara resultat som dem kan dra slutsatser av och utifrån det kan sedan riktlinjer för beslutsfattning om bemanning utarbetas. För att uppnå en säker vård med god patientsäkerhet bör det finnas god kännedom om riskfaktorer i en organisation (Öhrn, 2014). Ifall det inte finns data som går att kvantifiera och dra slutsatser ifrån är det heller inte möjligt att utarbeta en metaanalys som kan ligga till grund för vårdens utvecklingsarbete med att höja patientsäkerheten (Rosén & Anttila, 2014). Det kan även bli problematiskt att uppfylla patientsäkerhetslagen krav på ett systematiskt patientsäkerhetsarbete med att utreda händelser som lett eller kunnat leda till vårdskador (SFS 2010:659), ifall de inte vet hur BSSK påverkar vårdkvalitet och säkerhet. Delvis kan de skiftande resultaten förklaras med att bara några studier tagit med faktorer för arbetsmiljön i sina resultat, vilket även kan ses i Mazurenko m.fl. (2015).

## **Resurs- och personalbrist inverkar negativt på utfall och personal**

En faktor som några artiklar har tagit med i beräkningen för sitt resultat är hur arbetsmiljön är där BSSK arbetar. De har då kunnat visa att de skillnader som kan ses i vårdkvaliteten mellan fast personal och BSSK görs icke signifikanta eller i vissa fall bättre med BSSK (Aiken m.fl., 2013; Aiken m.fl., 2007). I en avhandling av Smeds Alenius (2019) mättes patientsäkerhet relaterad till arbetsmiljö. Sjukhusets strukturella egenskaper som storlek och geografisk placering hade en mindre påverkan på patientsäkerheten. Istället sågs det att uppfattningen av tillräcklig personal och resurstillgänglighet var den faktor som hade störst inverkan på patientsäkerheten (Smeds Alenius, 2019). Detta stämmer bra överens med att de studier som hade arbetsmiljö i sin beräkning hade de två faktorerna tillräcklig bemanning och resurstillgänglighet med som benämning av arbetsmiljö (Aiken m.fl., 2007; Aiken m.fl., 2013; Bae m.fl., 2015). Detta kan även styrkas av Kim, Yoo och Seo (2018) där ett tydligt samband kunde ses mellan brister i arbetsmiljön och låg patientsäkerhet. Det kan även vara så att studier som inte tagit med arbetsmiljö i faktorerna för BSSK påverkan på vårdkvaliteten har fått resultat som hade kunnat se annorlunda ut om resultaten hade korrigerats efter arbetsmiljön (Mazurenko m.fl., 2015).

Resultaten visar på att den fasta personalen får en högre arbetsbelastning när BSSK arbetar på avdelningen. Anledningen uppgavs som att den fasta personalen behövde lägga mer tid på administration och kringarbete som inte är direkt vårdande då BSSK ofta inte hade full orientering på avdelningen. Det handlar också om att BSSK ofta var inne på korta kontrakt eller enstaka pass och inte kände patienten och därför hamnade mer arbete på den fasta personalen då de till exempel fick sköta kontakten med anhöriga. Korta kontrakt påverkar kommunikationen i en arbetsgrupp vilket är negativt då viktig patientinformation ofta försvinner vid skiftbyten (Sorra, J., Famolaro, T., Dyer, N., Nelson, D. & Kanna, K, 2009) och om personal inte varit där passet innan ökar risken för att viktig information utelämnas. När



arbetsuppgifterna blir annorlunda går den fasta personalen från det arbetssätt som har blivit utformat på avdelningen för att arbetet skall vara patientsäkert. För att upprätthålla säker vård är det viktigt att uppmärksamma skiftningar i hur organisationen fungerar, exempelvis att informationsflödet mellan kollegor fungerar som det ska, men framförallt att ha en återkommande konversation med patienten, vilket har visat sig vara en av de viktigaste åtgärderna för att se varningstecken på försämring (Vincent m.fl., 2014). Mer tid på administration och kringarbete ger en lägre sjuksköterska-patient tid, vilket medför utebliven vårdtid. Stress och hög arbetsbelastning påverkar även vårdkvaliteten negativt (Van Bogaert m.fl., 2017).

Det kan vara gynnsamt att ta användning av BSSK när utbildning ska pågå för att möjliggöra att så mycket personal som möjligt kan ta del av den. Berg Jansson och Engström (2017) presenterar att det är så BSSK används på vissa avdelningar. Men det kan bli till det negativa om BSSK tar hand om avdelningen medans fasta personalen arbetar med förbättringsarbete, det blir då en kompetensskillnad mellan BSSK och fast personal som kan försämra vårdkvaliteten. Lindh och Sahlqvist (2012) skriver att ett sätt att minska risker i en vårdorganisation är att låta medarbetare gå breddutbildningar inom t.ex. kommunikation och riskidentifiering. Men om då dessa utbildningar endast är tillgängliga för den fasta personalen så förbättras ändå inte kommunikationen mellan fast anställd personal och BSSK. En god kommunikation är viktig för ett gott säkerhetsklimat (Lindh & Sahlqvist, 2012). En faktor som talar emot användandet av BSSK är att de är dyrare och har visat sig öka arbetet för den fasta personalen. I begreppet vårdkvalitet ingår att arbetssättet ska vara effektivt och resurser ska utnyttjas optimalt (WHO, 2019). Om det då hyrs in personal som dels kostar mer och dels innebär att arbetssättet på avdelningen blir mindre effektivt så påverkar detta vårdkvaliteten negativt.

## **Bemanningsjuksköterskor har sämre förutsättningar att vårda**

BSSK används när en brist på en avdelning finns i form av underbemanning eller kompetens. Flera studier som undersökt sambandet mellan arbetsmiljö och sämre vårdkvalitet visar på att BSSK har sämre förutsättningar då BSSK ofta arbetar på de enheter med mer krävande patienter (Hurst & Smith, 2010). Det gör att de som arbetar där även bör ha en högre kompetens för att utföra arbetet då Socialstyrelsen (2018) menar att kompetensbrist är farligare för patientsäkerheten än personalbrist. Kompetensen är inget som statistiskt sätt visats vara lägre hos BSSK, men i intervjustudier upplevs de av vårdenhetschefer ha en lägre kompetens (Rispel & Moorman, 2015).

De sämre förutsättningarna för BSSK återkommer i Aiken m.fl. (2007) där sjukhus med flest BSSK hade sämst kvalitetspoäng när de mätte för bemanning och resurser. Även Aiken m.fl. (2007) kunde se att arbetsmiljön var sämre där BSSK arbetar och de gavs därför mindre möjligheter till att ge en god omvårdnad. Detta styrks av att det setts en försämring i patientsäkerheten vid en instabil arbetsmiljö på avdelningar (Duffield m.fl., 2011). En annan faktor för att BSSK kan ha sämre förutsättningar har framkommit där BSSK i mindre utsträckning än fast personal har en kandidatexamen, de är yngre och har mindre erfarenhet av vårdarbete (Wu & Lee, 2006). Detta är dock unikt för denna studie och motsägs av andra studier där fler BSSK har kandidatexamen jämfört med fastanställda SSK (Aiken m.fl., 2007; Aiken m.fl., 2013). Därför kan ingen slutsats dras av skillnader i BSSKs formella kompetens. Det är däremot viktigt att de avdelningar som har behov av BSSK kan se vad de har för kompetens och matcha det mot avdelningens behov. Ett område inom vårdkvaliteten är att behandlingen

ska baseras på vetenskaplig kunskap och evidensbaserade riktlinjer (WHO,2019). Ifall BSSK har möjlighet att arbeta på avdelningar de inte har kompetens för så riskerar det en försämrad vårdkvalitet.

Anledningen till att BSSK väljer att arbeta i bemanningsföretag är lönen och möjligheten att påverka sin arbetstid (Framtidens karriär sjuksköterska, 2016). BSSK uppgav även det som att de slapp göra administrativa uppgifter och kunde lägga mer tid på patienten (Berg Jansson & Engström, 2017). Detta blir ett dilemma där motsättningar kan uppstå mellan fasta anställd personal och BSSK där BSSK ser det som positivt att de slipper undan vissa uppgifter medans den fasta personalens stress ökar då de måste göra uppgifterna i stället. Socialstyrelsen har som mål att landstingen ska minimera sin användning av BSSK (Socialstyrelsen, 2018). Detta kan bli en utmaning då bemanningsföretagen erbjuder högre löner och andra villkor för schemaläggning. Ett alternativ ur patientsäkerhetsperspektiv hade kunnat vara att erbjuda BSSK längre kontrakt för att förbättra kunskap om lokaler, samarbete och kontinuitet i vården. Åtminstone tills problematiken med underbemanningen bland den fast anställda personalen har minskat så att BSSK kan undvikas helt.

### **Skillnad mellan länder**

Att studierna är gjorda i olika länder kan också ha påverkat resultatet. Alla länder arbetar inte på samma sätt som Sverige och även om ICN (2012) har riktlinjer för hur en sjuksköterskas ansvar ser ut så är det generella riktlinjer och kan tolkas på olika sätt. Tyvärr var de enda kvalitativa artiklarna från Sydafrika, och Australien så det är svårt att dra slutsatser om hur svenska BSSK upplevs inom slutenvård.

## **Slutsats**

De negativa följderna på vårdkvaliteten och patientsäkerheten som har kunnat kopplas till användningen av BSSK är 1) De har ofta korta kontrakt vilket medför lägre kontinuitet i vårdarbetet och svårigheter att tillämpa omvårdnadsprocessen 2) en högre belastning på fast personal då BSSK inte är orienterade eller ovilliga att utföra administrativa uppgifter 3) ett sämre säkerhetsklimat och ett mindre effektivt arbetssätt.

BSSK upplevdes också som opålitliga och kunde utebli från pass. De uppgavs även ha dålig attityd mot patienter. Dessa uttryck för att BSSK har oprofessionellt beteende är dock från ett mycket begränsat antal intervjuer från ett fåtal länder och generaliseringar om alla BSSKs attityder bör undvikas.

Resultaten var blandade när det mättes för utfall inom riskområden och vissa resultat kan oavsiktligt ha fångat faktorer för dåliga arbetsförhållanden då endast ett fåtal studier korrigerat för arbetsmiljörelaterade faktorer som resurs- och personalbrist. Sjukhus med dålig arbetsmiljö kan ha svårigheter att behålla fast personal med hög kompetens och tvingas ta in bemanningspersonal för att fylla luckor. BSSK placeras ofta på avdelningar med störst brist och ges därför sämre förutsättningar att utföra ett bra arbete.

Denna studies resultat bidrar till att lyfta behovet av tillräckligt med personal och resurser för att bibehålla en god vårdkvalitet oavsett om BSSK används eller ej. Vidare vikten av att upprätta strategier för inkludering av BSSK i arbetsgruppen med längre kontrakt och ge dem bra förutsättningar och matcha deras kompetens mot avdelningens behov. Detta för att upprätthålla ett bra säkerhetsklimat och därmed högre vårdkvalitet.

## Kliniska implikationer

Det ses en minskning av hur mycket tid sjuksköterskorna kan lägga på patientkontakt när BSSK arbetar relaterat till att fast anställda sjuksköterskor får en högre arbetsbörda. Det bör då finnas strategier för att bemöta detta problem för att inte riskera utebliven vård. En tydlig introduktion behövs för att säkerställa att BSSK vet vad som förväntas av dem och de kan orientera sig för att bidra till en jämnare arbetsbelastning. Utmaningen blir att introducera alla BSSK som arbetar på korta kontrakt och därför bör användning av BSSK rikta sig mer mot längre kontrakt även för att inte skada kontinuiteten. Korta kontrakt bör undvikas inom vården då det påverkar inte bara den fasta personalen arbetsbörda utan även möjligheten för BSSK att utveckla en förtroendefull relation till patienten vilket är nödvändigt för ett gott omvårdnadsarbete.

För personalen på avdelningen krävs information och riktlinjer om att låta BSSK få utföra de uppgifter de är utbildade att klara av och få arbeta individuellt samt i team. BSSK skall kunna användas strategiskt för att fylla kunskapsluckor och bör därför få arbeta efter sin profession. Avdelningar som är i behov att anlita BSSK bör kunna utföra en kontroll på den personal som anlitas för att säkerställa kompetens. Både på statlig- och organisatorisk nivå bör riktlinjer och lagar säkra att BSSK som kommer för att arbeta på avdelningen har rätt kompetens för det arbete som ska bedrivas. Studiens resultat bidrar även till att påvisa vikten av kontinuitet och ett bra säkerhetsklimat i vården för att säkerställa vårdkvaliteten. Det bör därför läggas resurser på att förbättra arbetsvillkoren för den fast anställda personalen så de väljer att stanna kvar.

## Vidare forskning

Fortsatt forskning om hur BSSK påverkar säkerhetskultur och hur detta påverkar vården behövs. BSSK hamnar ofta utanför arbetsgruppen och vidare forskning om strategier för hur integrering av BSSK i gruppen är behövligt. Flertal resultat från artiklar valda i studien nämner sambandet mellan sämre arbetsmiljö och sämre kvalitet, forskning på arbetsplatser med liknande arbetsmiljöer och olika typer av bemanning bör därför bedrivas. Det finns endast en studie om hur BSSK upplevs inom slutenvården i Sverige. Det hade varit intressant med kompletterande forskning om det finns en koppling mellan BSSK och olika utfall i Sverige och Norden, även ur patientens perspektiv.

## Referenslista

Artiklar som använts i studien markeras med “\*”

Agency staff feel increasingly isolated by ‘them and us’ culture. (2010). *Nursing Standard*, 24(17), 10. doi: 10.7748/ns.24.17.10.s12

\*Aiken, L., Shang, J., Xue, Y., & Sloane, D. (2013). Hospital Use of Agency-Employed Supplemental Nurses and Patient Mortality and Failure to Rescue. *Health Services Research*, 48(3), 931-948. doi: 10.1111/1475-6773.12018

\*Aiken, L. H., Xue, Y., Clarke, S. P., & Sloane, D. M. (2007). Supplemental Nurse Staffing in Hospitals and Quality of Care. *The journal of nursing administration*, 37(7-8), 335-342. doi:10.1097/01.NNA.0000285119.53066.ae

\*Alvarez, M. R., Kerr Jr, B. J., Burtner, J., Ledlow, G., & Fulton, L. V. (2011). Effects of Outsourced nursing on Quality Outcomes in Long-term Acute-Care Hospitals. *The Journal of nursing administration*, 41(3), 138-143. doi: 10.1097/NNA.0b013e31820c7258

\*Bae, S., Brewer, C., Kelly, M., & Spencer, A. (2015). Use of temporary nursing staff and nosocomial infections in intensive care units. *Journal of Clinical Nursing*, 24(7-8), 980-990. doi: 10.1111/jocn.12718

\*Bae, S., Mark, B., & Fried, B. (2010). Use of temporary nurses and nurse and patient safety outcomes in acute care hospital units. *Health Care Management Review*, 35(3), 333-444. doi: 10.1097/HMR.0b013e3181dac01c

Berg Jansson, A., & Engström, Å. (2017). Working together: Critical care nurses experiences of temporary staffing within Swedish health care: A qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 41, 3-10. doi: 10.1016/j.iccn.2016.08.010

Billhult, A., & Gunnarsson, R. (2012). Analytisk statistik. I M. Henricsson. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur

Buchan, J. (2000). Planning for change: developing a policy framework for nursing labour markets. *International nursing review*, 47, 199-206. doi: 10.1046/j.1466-7657.2000.00047.x

Castle, N-G., & Engberg, J-B. (2008). The influence of agency staffing on quality of care in nursing homes. *Journal of aging & social policy*, 20(4), 437-457. doi: 10.1080/08959420802070130

Castle, N-G. (2009). Perceived advantages and disadvantages of using agency staff related to care in nursing homes- a conceptual model. *Journal of gerontological nursing*, 35(1), 28-36 doi: [10.3928/00989134-20090101-03](https://doi.org/10.3928/00989134-20090101-03)

Cho, E., Lee, N-J., Kim, E-Y., Kim, A., Lee, K., Park, K-O., & Sung, Y-H. (2016). Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: A cross-sectional study. *International journal of nursing studies* 60 (2016) 263-271. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.05.009

Duffield, C., Diers, D., O'Brien-Pallas, L., Aisbett, C., Roche, M., King, M., & Aisbett, K. (2011). Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Appl Nurs Res* 24 (4), 244-255. doi: 10.1016/j.apnr.2009.12.004

EFN (2015). EFN Guideline for the implementation of Article 31 of the Mutual Recognition of Professional Qualifications Directive 2005/36/EC, amended by Directive 2013/55/EU. Hämtad 2019-04-12 från <http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/EFN-Competency-Framework-19-05-2015.pdf>

Florin, J. (2014). Omvårdnadsprocessen. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling*. Lund: Studentlitteratur

Framtidens karriär- Sjuksköterska. (2016). *Därför vill sjuksköterskor arbeta för bemanningsföretag*. Hämtad 2019-02-26 från <http://sjukskoterskekarriar.se/artikel/darfor-vill-sjukskoterskor-arbeta-for-bemanningsforetag/>

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (s.141-151). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. (2012) Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination i omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur

\*Hurst, K., & Smith, A. (2011). Temporary nursing staff - costs and quality issues. *Journal of Advanced Nursing* 67 (2), 287-296. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05471.x

Idvall, E., & Andersson, A. K. (2014). Kvalitetsutveckling inom omvårdnad. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling*. Lund: Studentlitteratur

Karlsson, E. K. (2014). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod Från idé till examination i omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur

Kim, K., Yoo, M. S., & Seo, E. J. (2018). Exploring the influence of nursing work environment and patient safety culture on missed nursing care in Korea. *Asian nursing research*. 12, 2018. 121-126. doi: 10.1016/j.anr.2018.04.003

Lindh, M., & Sahlqvist, L. (2012). *Säker vård: Att förebygga skador och felbehandlingar inom vård och omsorg*. Stockholm: Natur och kultur

\*Manias, E., Aitken, R., Peerson, A., Parker, J., & Wong, K. (2003). Agency nursing work in acute care settings: Perceptions of hospital nursing managers and agency nurse providers. *Journal of Clinical Nursing*, 12(4), 457-466. doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00745.x

\*Matlakala, M. C., & Botha, A. D. H. (2016). Intensive care unit nurse managers' views regarding nurse staffing in their units in South Africa. *Intensive & Critical Care Nursing*, 32, 49-57. doi: 10.1016/j.iccn.2015.07.006

Mazurenko, O., Liu, D., & Perna, C. (2015). Patient care outcomes and temporary nurses. *Nursing Management*, 46, (8), 32-38. doi: 10.1097/01.NUMA.0000469351.33893.61

Mitchell, P., H. (2008). Defining Patient Safety and Quality Care. In Hughes, R., G. (Eds.). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. (Chapter 1). Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality

Norman, R. M., & Strömseng Sjetne, I. (2017). Measuring nurses perception of work environment: a scoping review of questionnaires. *BMC nursing*, 16, 1-15. doi: 10.1186/s12912-017-0256-9

Oermann, M. H., & Templin, T. (2000). Important attributes of quality health care: Consumer perspectives. *Journal of nursing scholarship*, 32(2), 167. doi: 10.1111/j.1547-5069.2000.00167.x

\*Prot, S., Fontan, J., Alberti, C., Bourdon, O., Farnoux, C., Macher, M., Foureau, A., Faye, A., Beaufils, F., Gottot, S., & Brion, F. (2005). Drug administration errors and their determinants in pediatric in-patients. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(5), 381-389. doi: 10.1093/intqhc/mzi066

Reason, J. (1997). *Managing the risks of organizational accidents*. Aldershot, UK: Ashgate.

\*Rispel, L., & Moorman, J. (2015). The indirect costs of agency nurses in South Africa: A case study in two public sector hospitals. *Global Health Action*, 8(1), 1-9. doi: 10.3402/gha.v8.26494

Rosén, M. (2012). Systematisk Litteraturoversikt. I M. Henricsson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur

Rosén, M., & Anttila, S. (2014). Metaanalys. I M. Henricsson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Rubin, H. R., Pronovost, P., & Diette, G. B. (2001). Methodology Matters. From a process of care to a measure: the development and testing of a quality indicator. *International Journal for Quality in Health Care*, 13(6), 489–496. doi: [10.1093/intqhc/13.6.489](https://doi.org/10.1093/intqhc/13.6.489)

SFS 1993:100. *Högskoleförordningen*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SFS 1977:1160. *Arbetsmiljölagen*. Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet.

SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2014a). *Mall kvalitativ forskningsmetodik*. Hämtad 2019-03-11 från [https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall\\_kvalitativ\\_forskningsmetodik.pdf](https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf)

SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2014b). *Mall observationsstudier*. Hämtad 2019-03-11 från [https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall\\_observationsstudier.pdf](https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_observationsstudier.pdf)

Sherwood, G., & Barnsteiner, J. (2013). *Kvalitet och säkerhet inom omvårdnad: sex grundläggande kärnkompetenser*. Lund: Studentlitteratur

\*Shuldham, C., Parkin, C., Firouzi, A., Roughton, M., & Lau-Walker, M. (2009) The relationship between nurse staffing and patient outcomes: A case study. *International Journal of Nursing Studies*. 46 (2009), 986-992. doi: [10.1016/j.ijnurstu.2008.06.004](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.06.004)

Smeds Alenius, L. (2019). *Conditions for care: Factors in the nurse work environment related to safe and high quality care in acute care hospitals* (Doctoral thesis, Department of learning, informatics, management and ethics). Stockholm: Karolinska Institutet. Hämtad från <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/46534>

Socialstyrelsen. (2018). *Kompetensförsörjning och patientsäkerhet – Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten*. Socialstyrelsen

Sorra, J., Famolaro, T., Dyer, N., Nelson, D., & Khanna, K. (2009). Hospital Survey on Patient Safety Culture 2009 Comparative Database Report. *Agency for Healthcare Research and Quality*. 09.0030

Statistikmyndigheten SCB. (2017). *6 av 10 utbildade sjuksköterskor kan tänka sig återvända till yrket*. Hämtad 2019-03-01 från <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/utbildning-och-forskning/befolkningens-utbildning/analyser-och-statistik-om-befolkningens-utbildning/pong/statistiknyhet/sjukskoterskor-utanfor-yrket/>

Statistikmyndigheten SCB. (2018). Arbetskraftsbarometern,. Vilka utbildningar ger jobb?. Örebro: Statistikmyndigheten SCB. Hämtad 2019-03-01 Från [https://www.scb.se/contentassets/4b009ad5765046629999afe2e77cd821/uf0505\\_2018a01\\_am78br1803.pdf](https://www.scb.se/contentassets/4b009ad5765046629999afe2e77cd821/uf0505_2018a01_am78br1803.pdf)

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Säker vård*. Hämtad 2019-02-28 från <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Kvalitet/saker-varld/>

Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. hämtad 2019-03-05 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Tripathy, J. P. (2013). Secondary Data analysis: Ethical Issues and challenges. *Iranian J Publ Health, Vol. 42, (12): 1478–1479*.

Törner, M., Eklöf, M., Larsman, P., & Pousette, A. (2014). *Säkerhetskultur i vård och omsorg - stöd och hinder*. Göteborg: Arbets- och miljömedicin, Göteborgs universitet.

Van Bogaert, P., Peremans, L., Van Heusden, D., Verspuy, M., Kureckova, V., Van de Cruys, Z., & Franck, E. (2017). Predictors of burnout, work engagement and nurse reported job outcomes and quality of care: A mixed method study. *BMC Nursing, 16(1), 5*. doi: 10.1186/s12912-016-0200-4

Vårdfokus. (2017). *Allt fler sjuksköterskor flyr landsting*. Hämtad 2019-02-28 från <https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2017/januari/allt-fler-sjukskoterskor-flyr-landstingen/>

Vårdförbundet. (2016). *Arbetsmiljö*. Hämtad 2019-03-06 från <https://www.vardforbundet.se/engagemang-och-paverkan/sa-gor-vi-villkoren-battre/arbetsmiljo/>

Wallengren, C., & Henricson, M. (2014). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Ericson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod Från idé till examination i omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, . & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: studentlitteratur

World Health Organization (2019). *What is Quality of Care and why is it important?*. Hämtad 2019-05-06 från [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en/)



\*Wu, S., & Lee, J. (2006). A Comparison Study of Nursing Care Quality in Different Working Status Nursing Staffs: An Example of One Local Hospital. *Journal of Nursing Research*, 14(3), 181-189. doi: 10.1097/01.JNR.0000387576.74221.f8

Öhrn, A. (2014). Patientsäkerhet. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling*. Lund: Studentlitteratur

Öresland, S., & Lütznén, K. (2014). Etiska stigar och moraliska vandringar. I F. Friberg & J. Öhlén. (Red.). *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur

Östlundh, L. (2017). Informationssökning I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur

# Bilagor

## Bilaga 1: Sökningar gjorda i databasen Pubmed

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
2019-03-07	((agency nurs* OR supplemental nurs* OR temporary nurs* OR hire nurs* OR bank nurs*)) AND (quality of care OR "patient safety" OR outcomes)	Från 2002/01/01 till 2019/12/31	84	16	16	10 Aiken m.fl. (2007), Alvarez m.fl. (2011), Bae m.fl. (2010) Prot m.fl. (2005) Laetitia & Moorman (2015), Manias m.fl. (2003), Matlakala & Botha, 2015), Bae m.fl. (2014) Hurst & Smith (2010) Aiken m.fl. (2013)

## Bilaga 2: Sökningar gjorda i databasen Cinahl

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
2019-03-07	( agency nurs* OR supplemental nurs* OR temporary nurs* OR hire nurs* OR bank nurs* ) AND ( quality of care OR "patient safety" OR outcomes ) NOT nursing homes	Från 2002 till 2019  Peer-Review	430	20	13	2 Wu & Lee (2006) Shuldham m.fl. (2009)

### Bilaga 3: Artikelsammanställning

Artikels namn författare publiceringsår land	Syfte	Material och metod	Resultat	Kommentarer om kvalitet
<p>Temporary nursing staff - costs and quality issues</p> <p>Hurst, K., &amp; Smith, A</p> <p>2011</p> <p>Storbritannien</p>	<p>Jämföra tillfälliga och fast anställda sjuksköterskors arbetsaktiviteter, kostnad och vårdkvalitet.</p>	<p>Data insamlad mellan 2004 och 2009 genom icke-deltagande observationer, dokumentanalys, personal och patientintervjuer på 605 avdelningar inom generella och specialistavdelningar i Storbritannien.</p>	<p>Arbetsbelastning, sjukdom och frånvaro var högre på avdelningar med temporärt anställda sjuksköterskor och därför berättigade anställning av personal på korta kontrakt. Avdelningar med temporär och permanent personal var dyrare att driva samt att arbetssättet var annorlunda. Kvalitetsresultatet var dock inte annorlunda mellan de avdelningarna med permanent personal bara och avdelningar med blandad temporär och permanent personal.</p>	<p>HÖG kvalitet</p> <p>Tydligt beskrivet tillvägagångssätt. Validerade mätinstrument och bra reflektioner kring begränsningar.</p> <p>Sökt etiskt godkännande men behövde det inte.</p>
<p>The indirect costs of agency nurses in South Africa: a case study in two public sector hospitals</p> <p>Rispel, L.C., &amp; Moorman, J.</p>	<p>Undersöka direkta och indirekta kostnader kopplat till BSSK. Samt undersöka för- och nackdelar med användandet av BSSK i två sjukhus.</p>	<p>Mixad metod bestående av analys av databaser från sjukhusen och semistrukturerade intervjuer med chefer inom olika områden på sjukhusen.</p> <p>Analys av utgifter utifrån databaser från 2005-2010.</p>	<p>BSSK assisterade sjukhusen med att hantera problem med bemanning, ogiltigt frånvaro, underbemanning och kunskapsluckor inom specialiserade områden. Problemen med BSSK var att de saknade engagemang, de var opålitliga och gav undermålig kvalitet på vården till patienterna.</p>	<p>HÖG kvalitet</p> <p>Etiskt godkänd</p>

2015				
Sydafrika				
Use of temporary nursing staff and nosocomial infections in intensive care units.	Undersöka hur mycket BSSK används inom IVA, samt undersöka sambandet mellan användandet av BSSK och vårdrelaterade infektioner	Retrospektiv longitudinell design användes. Data samlades in månadsvis från 12 IVA på sex stycken sjukhus mellan 2010 och 2011.	IVA använder mer BSSK än andra avdelningar. Men inget statistiskt signifikant samband mellan BSSK och vårdrelaterade infektioner hittades. Däremot sågs samband mellan sjuksköterskors upplevelse av bemanning, tillräckliga resurser och ökande av vårdrelaterade infektioner.	HÖG. Validerade mätinstrument. Väl beskrivet hur de räknat bort faktorer som hade kunnat påverka resultatet.
Bae, S-H., Brewer, C.S., Kelly, M., & Spencer, A				Etiskt godkänd
2015				
USA				
Use of temporary nurses and nurse and patient safety outcomes in acute care hospital units.	Att undersöka sambandet mellan temporärt anställda sjuksköterskor och sjuksköterske- och patientsäkerhets utfall.	Sekundäranalys av originaldata från ett tidigare projekt där de undersökte samband mellan bemanningsgrad, arbetsmiljö, och patientutfall. Data samlades in från 4954 sköterskor från 142 sjukhus.	Avdelningar med mer än 15% arbetande BSSK hade högre andel patienter ramlat på avdelningen, en ökning med 18,8%. Ordinarie personal var även mer benägna att rapportera ryggsador. Avdelningar med 5-15 % arbetande BSSK hade även en minskning i rapporterade medicinska avvikelser.	HÖG  Etiskt godkännande behövdes inte då det var icke identifierbar
Bae, S-H., Mark, B., & Fried, B.				

2010				sekundäranalys av originaldata.
USA				
Supplemental Nurse staffing in hospitals and quality of care.	Att främja evidensbaserad beslutsfattning angående sjukhuspersonal. Samt undersöka egenskaper hos BSSK och sambandet mellan BSSK och utfall och vårdskador	Data samlades in från två databaser. Nationell urvalsundersökning av registrerade sjuksköterskor användes för att undersöka om kvalifikationerna av BSSK som arbetade på sjukhus var annorlunda mot de som var permanent anställda sjuksköterskor. Data från Pennsylvanias sjuksköterskeundersökningar analyserades för att undersöka om utfall och biverkningar varierade beroende på proportionen av icke permanenta sjuksköterskor.	Temporära sjuksköterskor har liknande kvalifikationer som permanenta sjuksköterskor har. Brister i patientvårdande miljöer på sjukhusen med fler temporära sjuksköterskor förklarade sambandet mellan sämre kvalitet och temporära sjuksköterskor.	HÖG  Inget etiskt resonemang.
Aiken, L.H., Xue, Y., Clarke, S.P., & Sloane, D.M.				
2007				
USA				
Intensive care unit nurse manager's views regarding nurse staffing in their units in South Africa	Undersöka hur enhetschefer på IVA upplever sjuksköterskebemanningen på IVA	Undersökande och beskrivande kvalitativ design. Semistrukturerade intervjuer av fyra IVA enhetschefer på fyra olika sjukhus. Intervjuerna sammanställdes, analyserades och delades upp i teman.	Två teman framkom. 1: Brist på kompetens och utbildad IVA-personal. Underbemanningen av kvalificerad personal associerades med den globala bristen på sjuksköterskor, detta ledde till en högre sjuksköterska/patient förhållande och användande av andra kategorier av sjuksköterskor på IVA. 2: Problem med bemanningssköterskor. Oerfarna av IVA, oengagerade. Detta leder till risker i vårdkvaliteten.	HÖG  Etiskt godkänd
Matlakala, M.C., & Botha, A.D.H.				

2016				
Sydafrika				
<p>Drug administration errors and their determinants in pediatric in-patients</p> <p>Prot, S., Fontan, J., Alberti, C., Bourdon, O., Farnoux, C., Macher, M., Foureau, A., Faye, A., Beaufils, F., Gottot, S., Brion, F.</p> <p>2005</p> <p>Frankrike</p>	<p>Att kvantifiera typen och frekvensen av läkemedelsadministreringsfel till sjukhuspatienter som är barn och att identifiera faktorer som associeras med det.</p>	<p>Prospektiv direkt observationsstudie av läkemedelsadministrationsfel mellan April 2002 och Mars 2003. Studien utfördes på fyra pediatrika enheter på ett pediatrikt universitetssjukhus. Öppen observation av sjuksköterskor som förberedde och administrera läkemedel över två timmar på morgonen i ett år.</p>	<p>538 läkemedelsadministrationsfel identifierades och tidsavvikelser var det största felet.</p> <p>Administration av läkemedel som utförts av sjuksköterskestudenter (nurse intern), externa bemanningssjuksköterskor och interna bemanningssjuksköterskor ökade risken för fel med 67% (OR = 1.67, P = 0.03).</p> <p>Varje tillagd hanteringsprocedur hos patienten ökade risken för fel.</p>	<p>Hög.</p>
<p>Agency nursing work in acute care settings; perceptions of hospital nursing managers and agency nurse providers</p>	<p>Undersöka synen sjukhusens vårdenhetschefer har och bemanningssjuksköterskors chefs syn i relation till bemanningssjuksköterskornas arbete.</p>	<p>Utforskande semi-strukturerade intervjuer.</p> <p>Tre storstadssjukhus och tre av de största bemanningsföretagen för sjuksköterskor.</p>	<p>Tre teman identifierades: Planering för sjuksköterskefördelning, kommunikation och professionalism.</p> <p>I temat planering för sjuksköterskefördelning var vårdenhetschefer bekymrade främst över att bibehålla en tillräcklig</p>	<p>HÖG</p> <p>Bra diskussion om limitations, och praktiska implikationer.</p>

<p>Manias, E., Aitken, R., Peerson, A., Parker, J., Wong, K.</p> <p>2003</p> <p>Australien</p>		<p>11 deltog i intervjuerna. Åtta stycken var vårdenhetschefer på sjukhus, två var chefer från bemanningsföretag och en verkställande direktör från bemanningsföretag.</p>	<p>bemanningsföretagen var bekymrade över olämplig placering av temporär personal.</p> <p>I temat kommunikation fokuserade vårdenhetscheferna på kommunikationen mellan BSSK och permanent anställd personal. Cheferna på bemanningsföretagen bekymrade istället sig över kommunikationen mellan bemanningsföretagen och sjukhusen samt mellan BSSK och bemanningsföretagen.</p> <p>Temat professionalism så var båda grupperna enade om ansvaret för professionell utveckling och status för BSSK som karriärval för utbildade och erfarna sjuksköterskor.</p>	
<p>A comparison study of nursing care quality in different working status nursing staffs: An example of one local hospital</p>	<p>Syftet var att jämföra vårdkvalitet mellan tre olika kategorier av sjuksköterskor: fast anställda, utlokaliserade och sjuksköterskor som arbetade efter timmar.</p>	<p>Fyra metoder användes: undersöka medicinska journaler, intervjua sjuksköterskor, samt observera och intervjua patienter.</p>	<p>Den bästa vårdkvaliteten gavs av permanent anställda sjuksköterskor följt av sjuksköterskor på längre kontrakt. Den sämsta vårdkvaliteten kunde ses hos utlokaliserade sjuksköterskor som var anställda av bemanningsföretag. Tre kategorier var signifikanta resultat på: omvårdningsplanering,</p>	<p>Medel Inget etiskt övägande eller godkännande, inget godkännande av studien</p>



<p>Wu, S-H., Lee, J-L.</p> <p>2006</p> <p>Taiwan</p>			<p>omvårdnadsinstruktioner, omvårdnadsutvärdering.</p>	
<p>Hospital use of agency-employed supplemental nurses and patient mortality and failure to rescue</p> <p>Aiken, L. H., Shang, J., Xue, Y., Sloane, D. M.</p> <p>2013</p> <p>USA</p>	<p>Fastställa associationer mellan användande av BSSK och patienters mortalitet och förhindrande av vanliga komplikationer för sjukdomar.</p>	<p>Analysering av data från fyra olika delstater: Kalifornien, Florida, New Jersey, Pennsylvania. Sjuksköterskor fick en enkät via mail. Totalt var det 665 sjukhus involverade, 40356 sjuksköterskor svarade på enkäten och 1,295,068 patienters data analyserades.</p>	<p>Innan de kontrollerade egenskaper på sjukhusen så hade de med en högre grad av BSSK associationer med högre mortalitet och sämre förhindrande av vanliga komplikationer. Vid fortsatt undersökning hade de med högre användning av BSSK även sämre arbetsmiljö, när detta korrigerades i uträkningen var resultatet inte signifikant.</p>	<p>Hög</p>
<p>The relationship between nurse staffing and patient outcomes: A case study</p>	<p>Utforska relationen mellan sjuksköterskebemanningsens egenskaper (sjukskötersketimmarna som arbetades av fast anställda och temporär personal och sjukskötersketid per patient och dag)</p>	<p>En fallstudie med retrospektiv sjukhusdata från avdelningar. De kategoriserades efter avdelningstyper. Sambandet mellan sjuksköterskebemannings</p>	<p>På de lägre beroende avdelningarna så fanns svaga samband mellan sjuksköterskebemannning och majoriteten av utfallen mätta. På de högre beroende som Intensivvårdsavdelningar fanns få</p>	<p>Hög</p>

<p>Shuldham, C., Parkin, C., Firouzi, A., Roughton, M., Lau-Walker, M.</p> <p>2009</p> <p>Storbritannien</p>	<p>och patientutfall (Trycksår, fall, övre gastrointestinala blödningar, pneumoni, sepsis, chock och djup ventrombos).</p>	<p>egenskaper och patientutfall studerades sedan.</p>	<p>signifikanta resultat. Där sepsis var det som hade den största minskningen när timmarna fast anställd personal arbetade ökade.</p>	
<p>Effects of outsourced nursing on quality outcomes in long- term acute-care hospitals</p> <p>Alvarez, M. R., Kerr Jr, B. J., Burtner, J., Ledlow, G., Fulton, L. V.</p> <p>2011</p> <p>USA</p>	<p>Utforska samband mellan användande av utlokaliserade sjuksköterskor och valda patientutfall på akutvårdsavdelningar där patienter vårdas över längre tid. Utfallen de mätte var patientfall, medicinska avvikelser, kateterassocierad urinvägsinfektion och övergripande patientnöjdhet.</p>	<p>Tvärsnittundersökning. Enkäter skickades ut till 300 oberoende akutsjukhus. Totalt var det 121 enkäter som lämnades in varav 88 ansågs vara fullständiga för användning.</p>	<p>Inga signifikanta resultat kunde ses i sambandet mellan låg, mellan eller hög bemanning av utlokaliserade sjuksköterskor i relation till de fyra kvalitetsvariablerna de använde sig av.</p>	<p>Medel</p> <p>Lågt antal svarande på den enkät som skickades ut.</p>