

Sjuksköterskan och Övertiden, En fråga om lojalitet?

FÖRFATTARE	Linneá Aiff Anna-Maria Lundberg
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng OM5250 Examensarbete - grundnivå HT 2013
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Lisen Dellenborg
EXAMINATOR	Lars - Olof Persson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Tack till vår handledare Lisen Dellenborg för värdefulla reflektioner och kloka synpunkter under arbetets gång.

Tack också till Anders och Christian som bara funnits där.

Titel: (svenska)	Sjuksköterskan och Övertiden, En fråga om lojalitet?
Titel: (engelsk)	The nurse and Overtime, A question about loyalty?
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng Examensarbete på grundnivå, OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	38 sidor
Författare:	Linneá Aiff, Anna-Maria Lundberg
Handledare:	Liselott Dellenborg
Examinator:	Lars Persson

SAMMANFATTNING (svenska)

Introduktion: Sjuksköterskor arbetar idag ett stort antal övertidstimmar vilket har negativa konsekvenser för deras hälsa. Övertid ingår i en sjuksköterskas arbete om arbetsgivaren kräver det, vilket gör att de inte alltid kan tacka nej till övertidsarbete. Idag använder många arbetsgivare övertid som en sätt att lösa en underbemanning av sjuksköterskor, vilket inte bara ger konsekvenser för sjuksköterskors hälsa, utan i längden också äventyrar patienters säkerhet. **Syfte:** Syftet är att granska på vilket sätt övertid drabbar sjuksköterskors hälsa negativt och med det som bakgrund undersöka varför sjuksköterskor ändå väljer att arbeta övertid. **Metod:** Metoden är en allmän litteraturöversikt gjord på tio vetenskapliga artiklar som har analyserats utifrån Friberg (2012). **Resultat:** Övertid påverkar sjuksköterskors hälsa negativt då fysiska skador, trötthet, fatigue, utbrändhet, brist på socialt liv och stress kommer som följd. Sjuksköterskor arbetar ändå övertid på grund av ett ekonomiskt beroende och för att de upplever krav på lojalitet. **Slutsats:** Det behövs en medvetenhet om övertidens negativa konsekvenser för att vården skall kunna behålla kompetenta sjuksköterskor.

Nyckelord: hälsa, övertid, lojalitet, sjuksköterska

INLEDNING	V
BAKGRUND	1
SJKSKÖTERSKEBRISTEN - GLOBALT OCH NATIONELLT	1
NEW PUBLIC MANAGEMENT	1
ETISKA KODER.....	1
CENTRALA BEGREPP	2
<i>Hälsa</i>	2
<i>Övertid</i>	5
<i>Lojalitet</i>	7
<i>Stress</i>	9
<i>Trötthet</i>	10
<i>Återhämtning</i>	10
<i>Patientsäkerhet</i>	11
PROBLEMFÖRMULERING	12
SYFTE	12
METOD	12
DESIGN.....	12
VAL AV METOD.....	12
LITTERATURSÖKNING OCH URVAL.....	13
ANALYSPROCESSEN	14
FÖRFÖRSTÅELSE	14
ETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN	15
RESULTAT	15
DE NEGATIVA KONSEKVENSERNA FÖR HÄLSAN	15
<i>Fysiska skador</i>	15
<i>Trötthet och fatigue</i>	16
<i>Utbrändhet</i>	16
<i>Brist på socialt liv med vänner och familj</i>	16
<i>Livsstil med sämre hälsa som följd</i>	17
<i>Övertidens stresspåverkan</i>	17
ANLEDNINGAR TILL VARFÖR SJKSKÖTERS KOR VÄLJER ATT ARBETA ÖVERTID.....	18
<i>Sjuksköterskors lojalitet</i>	18
<i>Övertiden och sjuksköterskors ekonomi</i>	18
METODDISKUSSION	18
RESULTATDISKUSSION	20
HÄLSA ELLER OHÄLSA?	20
HIRSCHMAN – LOJALITET OCH BEROENDE	20
SKILJELINJEN MELLAN FRIVILLIG OCH BEORDRAD ÖVERTID	21
SLUTSATS.....	22
REFERENSER	23
BILAGA 1	26
LITTERATURSÖKNING	26
BILAGA 2	29
ARTIKELÖVERSIKT	29

INLEDNING

Under sommaren 2013 gick det inte att undgå Svenska dagstidningars rubriker om sjukvården. Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) i Göteborg hade enligt dagspressen under det första halvåret 2013 haft 85 000 övertidstimmar, vilket vi räknade ut motsvarar 57 anställda som arbetat övertid *varje dag* under detta halvår.

Göteborgs Posten publicerade i slutet av augusti en debattartikel med rubriken ”Lojala sköterskor räddade vården i sommar”. Att just ordet *lojalitet* används för att beskriva gruppen sjuksköterskor är ingen nyhet inom svensk media. Att ordet däremot användes samtidigt som, och sattes i relation till ordet, *övertid* fick oss att reagera. Vi började fundera över anledningen till varför sjuksköterskor väljer att arbeta övertid och hur hälsan är hos dessa sjuksköterskor som verkar slita så hårt i skift under dygnets alla timmar.

Under sjuksköterskeutbildningen har vi läst om vikten av att sjuksköterskan har en god hälsa, eftersom det innebär en bättre förutsättning för att ge patienterna en god omvårdnad. Denna motsats mellan hälsans betydelse för sjuksköterskor och den nuvarande arbetsituationen de har, väckte en fråga hos oss. Kan det vara så att sjuksköterskor sätter denna påstådda lojalitet före den egna hälsan då de arbetar övertid i den utsträckning de gör?

Vi som snart är nyutexaminerade sjuksköterskor läser mellan tidningsraderna hur en organisation kortsiktigt vinner på att deras anställda sjuksköterskor arbetar övertid eftersom akuta luckor i schemat täcks. I det långa loppet ser vi däremot en potentiell risk att sjukvården förlorar sin hållbarhet om personalen slits ut. Vi valde därför att utforska ämnet närmare med denna uppsats.

BAKGRUND

SJUKSKÖTERSKEBRISTEN – GLOBALT OCH NATIONELLT

År 2020 kommer det i Sverige att saknas ca 30 000 sjuksköterskor (Statistiska centralbyrån, 2012). Globalt kommer bristen troligtvis att uppgå till 20 % *under* det rekommenderade antalet (Kane, 2009). Sjuksköterskeyrket är ett kvinnligt kodat yrke. Idag är ca 90 % av alla som arbetar som sjuksköterskor kvinnor och ca 10 % män (Statistiska centralbyrån, 2012).

Sedan andra världskriget har det varit brist på sjuksköterskor runt om i världen. En av anledningarna till bristen har varit relaterad till ekonomiska faktorer. Sjuksköterskeyrket har varit representerat av gifta kvinnor och mödrar som vid goda ekonomiska förhållanden istället för att arbeta, varit hemma eller arbetat deltid (Steinbrook, 2002).

I studien av Buerhaus, DesRoches, Donelan, and Hess (2009) fick sjuksköterskor i USA svara på frågor kring varför det var brist på sjuksköterskor. De två främsta anledningarna som uppgavs var att yrket innebar obekväma arbetstider och att det fanns andra karriärmöjligheter för kvinnor. Deltagarna i studien menade att bristen lett till problem för sjuksköterskor, patienter och organisationer samt att allt mindre tid lades på patienterna, vilket medförde att patientsäkerheten blev lidande (Buerhaus et al., 2009).

NEW PUBLIC MANAGEMENT

För ca 20 år sedan infördes New Public Management (NPM) i svensk offentlig sektor. Detta reformprogram har förskjutit gränsen mellan privat och offentlig sektor, där den offentliga sektorn fått genomgå många omstruktureringar utifrån idéer tagna från den privata sektorn. Idéerna bygger på att det finns en ledare med beslutsfrihet och kunskap om ledarskap som driver en begränsad del av den offentliga sektorn. Att driva en organisation enligt NPM innebär större konkurrens av tjänster där varje verksamhet har en egen resultatenhet. Politiska styrinstrument reglerar hur dessa verksamheter styrs (Christensen & Ivarsson Westerberg, 2005).

Att den offentliga sektorn är multifunktionell¹ ses av NPM-reformen som problematiskt då organisationen måste arbeta målmedvetet med så få tvetydigheter som möjligt. Multifunktionalitet utgör en av flera tydliga skillnader mellan privat och offentlig sektor. Privata organisationer drivs på en plattform av fri konkurrenskraft på den ekonomiska marknaden, vilket också särskiljer den privata från den offentliga sektorn. NPM arbetar med *mål- och resultatstyrning*, dvs. utvärderar resultat utifrån mål och handling, vilket förespråkare menar bidrar till en förbättring av styrning och planläggning för den offentliga sektorn. Kritiker hävdar dock att det inte fungerar att arbeta utifrån mål och resultat i en värld som bygger på komplexitet. Konsekvensen blir därmed en förenklad bild av verkligheten där kvalitativa faktorer inom en organisation blir lidande eftersom mätningar enbart görs av det som är enkelt att mäta, vilket i förlängningen skulle ge en kvalitativt nedprioriterad vård (Christensen & Ivarsson Westerberg, 2005).

ETISKA KODER

International Council of Nurses (ICN) etiska kod för sjuksköterskor innehåller riktlinjer gällande sjuksköterskan och etiken. Koden formulerades 1953 och uppdateras och aktualiseras i takt med att hälsan hos världens befolkning förändras (Öresland & Lützén, 2009). I några av koderna står det ”Sjuksköterskan sköter sin hälsa så att förmågan att ge vård inte äventyras”, ”Sjuksköterskan uppträder alltid på ett sätt som bidrar till yrkets anseende och främjar allmänhetens tillit” och ”Vid användning av teknik och ny forskning ansvarar sjuksköterskan för att omvårdnaden sker i överensstämmelse med individens säkerhet, värdighet och rättigheter”. Dessa koder, bland flera,

¹ Blandsystem där hänsyn måste tas till många olika faktorer, t.ex. öppenhet med insyn från samhället, likabehandling, neutralitet, anställdas medbestämmande mm.

rekommenderas att sjuksköterskor utgår ifrån i sin yrkesprofession (Svensk sjuksköterskeförening, 2007).

CENTRALA BEGREPP

För att ge klarhet i uppsatsens utveckling, innehåll och helhet kommer vi att förklara och definiera några centrala begrepp. Begreppen har valts ut för att de i samverkan med varandra speglar och ringar in uppsatsens syfte.

Vi har valt ut begreppen *hälsa*, *övertid*, *lojalitet*, *stress*, *trötthet*, *återhämtning* och *patientsäkerhet*. Samtliga begrepp har enskilt fått mer eller mindre uppmärksamhet i den litteratur vi studerat under sjuksköterskeutbildningen. Vi såg här en möjlighet att sammankoppla dessa begrepp med de ursprungliga frågeställningar vi hade inför uppsatsen. För oss startade denna process en ny frågeställning som sedermera kom att bli uppsatsens syfte.

Teorierna om hälsa utforskas för att kunna sättas i relation till just sjuksköterskans hälsa. Begreppen stress, trötthet och återhämtning växte fram under processens gång och spelar en roll för välbefinnandet och hälsan hos sjuksköterskor, vilka vi i ett senare stadie kunde koppla ihop med övertiden.

Att klarlägga vilka lagar sjuksköterskor arbetar utifrån är nödvändigt för helhetsförståelsen av uppsatsen, vilket vi gör genom att förklara hur övertid är reglerad. Lojalitetsbegreppet har vi funnit relevant att utveckla eftersom det ihop med övertiden, fick oss intresserade av ämnet.

När dessa ovan nämnda begrepp sätts i relation till varandra kommer begreppet patientsäkerhet som en naturlig följd eftersom det är patienten som står i sjuksköterskans centrum. För att läsaren ska kunna skapa sig en helhetsbild har vi valt att beskriva begreppen var och ett för sig för att sedan, med grund i dessa kunna följa en röd tråd i hur begreppen samverkar.

Hälsa

Det finns en mängd teorier om vad begreppet hälsa står för. Hälsan är subjektivt upplevd och påverkas av normer, förväntningar, kunskaper och värderingar. Beroende på vilken kultur och erfarenhet den enskilda individen innehar, formas hans värderingar och inställningar till hälsa (Tangen & Conrad, 2009).

Hälsa beskrivs inom forskningen ur två olika perspektiv; det holistiska och det biostatistiska. Det holistiska perspektivet fokuserar på människan som helhet. Här används begrepp som anpassning, välbefinnande, smärta och ångest för att beskriva hälsa. Dessa begrepp går ursprungligen att härleda till psykologin, sociologin och antropologin. I det biostatistiska perspektivet ses människan inte som en helhet utan istället som en organism där funktionerna av organismen ställs i fokus. Begrepp för att beskriva en individs hälsa går här att återfinna inom biologiska, kemiska och statistiska vetenskapsdiscipliner (Tamm, 1994).

WHO:s definition av hälsa

WHO gjorde en definition av begreppet hälsa år 1947. Hälsa beskrevs då som ”*ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaro av sjukdom och handikapp*” (Hedelin, Jormfeldt, & Svedberg, 2009, p. 252). Vid Ottawa – konferensen 1986 ifrågasattes den tidigare definitionen och omformulerades därefter. Med den nya definitionen sågs hälsa snarare som en resurs i en människas vardagliga liv än som ett livsmål som skulle uppnås. För att uppnå hälsa skulle människan först identifiera sina behov för att sedan ha möjlighet att tillfredsställa dem. Definitionen fokuserar på den livslånga personliga utvecklingen och innefattar både den psykiska och fysiska dimensionen (Hedelin et al., 2009).

Biostatistisk Ansats

Utifrån det biostatistiska perspektivet som är starkt kopplat till evolutionsteorin, presenterar forskaren Boorse en hälsoteori som beskriver människan som en biologisk varelse. Utifrån Boorse redogörelse, är hälsa en frisk individ som saknar sjukdom. Boorse definierar sjukdomsbegreppet på följande sätt ”*en sjukdom är ett tillstånd hos en individ som interfererar med (eller förhindrar) normalfunktionen hos något organ eller organsystem hos tillståndets bärare*”(Nordenfelt, 2004, p. 84).

Hälsa är utifrån denna definition ett tillstånd i *frånvaro av sjukdom*. Om en individ har de normalfunktioner som den biologiska utvecklingsläran postulerar har hen hälsa. Boorse beskriver människan som en art fungerande efter vissa art-typiska kännetecken och funktioner (Medin & Alexanderson, 2000).

Genom detta synsätt tas de art-typiska normalvärdena för en individ fram via statistiska beräkningar. Dessa utgör ett genomsnittligt intervall som grundpelare för alla människors normalvärden. Normalvärdena anpassas efter den referensklass en människa tillhör, t.ex. i relation till kön och ålder. På så sätt kan det siffermässigt bestämmas om en individ är sjuk eller frisk (Medin & Alexanderson, 2000).

Boorse teori grundar sig i ett fysiologiskt biostatistiskt synsätt, men redogörelse för den subjektiva upplevelsen av sjukdom beskrivs också, genom att skilja på sjukdomsbegreppen *disease* och *illness*. Boorse förklarar begreppet *disease* som en medicinskt angiven svårighet och *illness* som individens upplevelser av svårigheten (Medin & Alexanderson, 2000).

Holistisk ansats

Det holistiska hälsoperspektivet säger att hälsa och sjukdom är betydelsefulla komponenter som påverkar individens sinnesnärvaro och handlingsförmåga i en social kontext. Redan 200 e. Kr. uttryckte filosofen Galenos hälsa som ”*ett tillstånd i vilket vi varken lider ont eller är förhindrade från dagliga livets funktioner*” (Nordenfelt, 2004, p. 81).

Den holistiska synen på hälsa betonar emotioners betydelse. Gemensamt för filosofer som byggt de holistiska teorierna är att hälsa ses som något *mer* än frånvaro av sjukdom. I dessa teoretiska ansatser är helheten mer än summan av dess delar. Delarna måste förstås i relation till helheten och fokus läggs på individens helhet (Medin & Alexanderson, 2000). Filosofen Nordenfelt (2004) redogör för en människas förmåga eller oförmåga till handling. Enligt Nordenfelt (2004) går hälsa inte bara att beskriva, utan hälsa måste också värderas i relation till individens specifika förutsättningar.

Det som kännetecknar den holistiska ansatsen är i huvudsak två faktorer.

- *Människan är en samverkande varelse, bunden till sin omvärld*
- *Sjukdom förklaras utifrån begrepp om hälsa och inte tvärtom*

Ekvilibriumsteorin

En ansats av den holistiska synen på hälsa är ekvilibriumsteorin. Denna teori representeras av filosofer som Whitbeck, Pörn och Nordenfelt. Förmågan till handling och jämvikten mellan en individs handlingsförmåga och mål är utgångspunkten för teorin (Medin & Alexanderson, 2000). Människan har olika sociala, kulturella och ekonomiska förutsättningar. Utifrån dessa förutsättningar varierar individens *handlingsförmåga* till att förverkliga sina mål. Om handlingsförmågan inte finns, och hen därför inte når sina mål – har individen ohälsa.

Nordenfelt (2004) har i teorin infört två begrepp ”*vitala mål*” samt ”*standardomständigheter*”. De vitala målen är de mål som ger en individ minimal lycka. Dessa mål måste dock vara realistiska, då alla människor inte kan vinna nobelpris eller slå världsrekord i höjdhopp. En individ kan förstås ha

mål som inte är realistiska. Skillnaden för att lyckas bevara hälsan, eller att inte göra det, ligger i om hen lägger vikt vid att målen uppfylls eller inte. Om personen inte tycker det är viktigt att uppfylla målen kommer hen att ha hälsan kvar, men om det upplevs som ett misslyckande kommer hen att drabbas av ohälsa. Hälsan är, utifrån de vitala målen kopplad till människans förmåga att realistiskt bedöma sina egna förmågor. Ohälsan är enligt Nordenfelt (2004) hur sjukdom påverkar en människas handlingsförmåga och möjlighet att nå sina mål. Sjukdom kan existera utan ohälsa men ohälsa kan också existera utan diagnostiserad sjukdom (Nordenfelt, 2004).

Standardomständigheter använder Nordenfelt (2004) för att undvika att teorin kopplas ihop med den biostatistiska ansatsen. Standard blir här en förklaring för ”normal” för att inte associera med statistiska normalvärden. Nordenfelt (2004) menar att varje människa har olika standardomständigheter som är sammankopplade med människans kultur, sociala umgänge osv. Standardomständigheterna ser olika ut för olika människor. En individ som lever i vissa sociala och kulturella sammanhang behöver inte jaga eller fiska för att skaffa föda (vitalt mål), medan denna förmåga krävs av en människa som lever i andra kulturella och sociala sammanhang. Här blir hälsa kultur-relaterat och betraktas i ett sammanhang som hälsa och i ett annat som ohälsa pga. standardomständigheterna (Nordenfelt, 2004).

Salutogen Ansats

Filosofen Antonovsky menar att känslor av stress och kaos är naturliga påfrestningar i en människas liv som ständigt är mer eller mindre närvarande. Antonovsky belyser i sin teori hur människor trots dessa påfrestningar har *förmåga* att bevara eller uppnå hälsa. Detta förklarar Antonovsky genom KASAM (känsla av sammanhang), där en stark KASAM ger en individ bättre möjlighet att kunna hantera stress och kaos (Medin & Alexanderson, 2000).

Tre begrepp förklaras genom KASAM, vilka har betydelse för hur individen hanterar olika typer av stressfyllda situationer (Medin & Alexanderson, 2000).

- *Begriplighet*; här förklaras tolkningen av upplevelser från omvärlden och i vilken mån dessa upplevelser är begripliga. Alltså hur vi människor uppfattar inre och yttre stimuli. Alla individer upplever obehagliga händelser, men förmågan en individ har att förstå och förklara dessa händelser, utgör begripligheten i KASAM.
- *Hanterbarhet*; förklaras som den förutsättning en individ har att möta och hantera de stimuli som omger personen. Förutsättningen handlar om resurser. Dessa kan vara en individs egna egenskaper och kunskaper men kan även hämtas från omvärlden, till exempel i form av sociala nätverk. När en individ har förmåga att känna hög grad av hanterbarhet blir hen inte fast i en känsla av att vara offer för omständigheterna.
- *Meningsfullhet*; förklarar hur mycket en individ uppfattar att livet har en känslomässig mening. Det innefattar även hur mycket en individ anser det vara värt att konfronteras med utmaningar i livet för att kunna söka mening och klara sig igenom dem. Detta avgör individens känsla av meningsfullhet.

Det är relationen mellan dessa tre begrepp som avgör en individs nivå av KASAM. En hög nivå av KASAM bidrar till en god hälsa (Nordenfelt, 2004).

Övertid

Arbetstidslagen

I arbetstidslagen behandlas bestämmelser om hur mycket en arbetstagare får arbeta per dygn, per vecka och per år i Sverige. Lagen har även bestämmelser om hur jourtider skall läggas, hur mycket övertid en arbetstagare får arbeta samt vilka raster och vilostunder en anställd vid ett företag eller en organisation har rätt till (SFS 1982:673).

Arbetstidslagen beskriver övertid som den arbetstid som överstiger ordinarie arbetstid, d.v.s. mer än 40 timmar i veckan. Arbetsveckan räknas alltid från en måndag, om inte annan överenskommelse har gjorts på arbetsplatsen. En anställd får arbeta utöver sin ordinarie arbetstid högst 48 timmar under en period av fyra veckor, max 50 timmar under en kalendermånad eller högst 200 timmar under ett kalenderår. Detta gäller varje enskild anställd och är den form av övertid som kallas *allmän övertid* och går under § 8 i arbetstidslagen. Om en anställd arbetar övertid skall detta kompenseras med ledighet. Denna ledighet ska den anställde få ta ut under ordinarie arbetstid som ersättning för den arbetade övertiden (SFS 1982:673).

Under § 9 säger arbetstidslagen att om en olyckshändelse sker på en arbetsplats som inte på förhand kunnat förutses av arbetsgivaren och som orsakat avbrott i verksamheten eller förorsakat fara på bekostnad av skadat liv, hälsa eller egendom, får arbetsgivaren använda övertid i den utsträckning som förhållandena kräver. Om verksamheten är kopplad till ett fackförbund och verksamheten bryter mot kollektivavtalet som finns mellan parterna, måste facket meddelas omedelbart för att få denna övertid godkänd (SFS 1982:673).

Övertid utifrån kollektivavtalet

Inom större delen av offentlig sektor har man slutit kollektivavtal mellan arbetsgivare och fackföreningar. Kollektivavtalet är en överenskommelse mellan de två parterna, där avtalen reglerar det som händer på arbetsplatsen. Avtalen är utformade efter enskilda yrkesgrupper eller verksamhetsområden och omförhandlas efter bestämd tidsperiod. Det är den enskilda yrkesgruppen som bestämmer vilka frågor som skall tas upp under förhandlingarna och det är fackföreningen som driver frågorna gentemot arbetsplatsen. Om inte arbetsgivaren och fackföreningen kommer överens, återfaller frågorna på lagstiftningen. Frågor som behandlas mellan de två parterna är bland annat; anställningsform, arbetstid och övertid, lön, försäkringar och uppsägning (Vårdförbundet, 2013).

Ur kollektivavtalets *allmänna bestämmelser (AB)* från Vårdförbundet, behandlas övertid i § 20. Arbetsgivaren har genom AB rätt att besluta om en arbetstagare ska arbeta utöver ordinarie arbetstid när förhållanden eller situationer kräver det. Då skall den anställde utföra arbetet mot en bestämd ersättning. Är det möjligt skall arbetsgivaren meddela beordrad övertid fyra timmar innan den ordinarie arbetstiden börjar eller slutar. Om den anställde ber att få avstå från beordrad övertid ska detta behandlas med möjlig hänsyn till medarbetaren. All övertid skall vara beordrad och arbetsgivaren måste se sig om efter alternativ innan beordran kan tas tillhanda. Om en sjuksköterska väljer att tacka ja till att arbeta övertid, t.ex. en vecka innan, blir övertiden definierad som ”frivillig” övertid (Vårdförbundet, 2012).

När en medarbetare har arbetat övertid medför detta rätt till övertidskompensation. Detta då medarbetaren arbetat utöver den heltidsanställning hen är anställd under. För att vara berättigad övertidskompensation måste övertidsarbetet ha meddelats på förhand. Om övertiden av någon anledning inte kunnat meddelas på förhand, måste arbetsgivaren godkänna övertiden i efterhand. Övertiden kompenseras antingen i form av kontant ersättning efter överenskommelse med arbetsgivaren, eller i form av kompensationsledighet, vilken också innebär att en överenskommelse mellan arbetsgivare och medarbetare har gjorts. Medarbetaren har alltid rätt att välja vilken

ersättning hen vill ha. Detta kan arbetsgivaren aldrig neka eller ifrågasätta. Dock har arbetsgivaren rätt att neka kompensationsledighet vid särskilda tillfällen, när det t.ex. inte är möjligt på grund av verksamhetens arbetsbelastning (Vårdförbundet, 2012).

Utifrån kollektivavtalet innebär övertid, som ovan nämnt, den tid en arbetstagare arbetar *utöver* sitt schema (överstiger ordinarie arbetstid), mer än 40 timmar/vecka. Vid deltidarbete, exempelvis arbete på 30 timmar/vecka, blir timme 31, 32, 33, och upp till 40 timmar *mer*tid (inte övertid). För sjuksköterskor som arbetar obekväma arbetstider, d.v.s. kan arbeta under årets alla dagar och under dygnets alla timmar, ser ett veckoschema annorlunda ut. Kollektivavtalet säger att sjuksköterskor får arbeta i genomsnitt 40 timmar/vecka vid helgfri heltidsanställning. Men vid ”rullande schema” (helger och kvällar blandat med dagtidspass) gäller 38, 25 timmar/vecka och för treskift (natt, dag och kväll) gäller 34 timmar/vecka. Sjuksköterskor har laglig rätt till dygnsvila på genomsnittligt 11 timmar samt veckovila, vilket i genomsnitt innebär 36 timmar sammanhängande vila (Vårdförbundet, 2012).

Beordrad övertid

I en litteraturstudie av Steinbrook (2002), beskrivs övertidsregleringen som unik inom vården eftersom sjuksköterskor har professionella åtaganden i att ge vård och därmed inte kan överge sina patienter. Steinbrook (2002) menar att sjukhus använder övertid för att kunna kompensera för personalbrist. Utmattade sjuksköterskor kan ge konsekvenser för patientsäkerheten och vården i största allmänhet (Steinbrook, 2002).

Steinbrook (2002) skriver utifrån en rapport från American Nurses Association (ANA), att många sjuksköterskor rapporterade att det krävts av dem att arbeta beordrad eller oplanerad övertid minst en gång i månaden. Gjorde sjuksköterskorna inte detta, riskerade de att bli uppsagda eftersom arbetsgivarna menade att sjuksköterskorna övergett sina patienter (Steinbrook, 2002).

I en annan litteraturstudie gjord av Golden Lonnie and Wiens - Tuers Barbara (2005) beskrivs beordrad övertid som ett problem inom sjukvården och sjuksköterskor är den grupp som drabbas hårdast av problemet. Golden Lonnie and Wiens - Tuers Barbara (2005) skriver utifrån en undersökning gjord i Pennsylvania, att en tredjedel av 2000 sjuksköterskor rapporterade att de arbetade övertid i snitt 5,4 timmar per vecka. Denna övertid var frivillig men sjuksköterskorna rapporterade att de upplevt ett tvång att arbeta övertiden.

I Golden Lonnie and Wiens - Tuers Barbara (2005) hade 10 % av sjuksköterskorna en deltidstjänst men rapporterade att arbetstiden trots detta motsvarade en heltidsanställning. 58 % av sjuksköterskorna i studien hade aldrig nekat till att arbeta övertid. Flera av sjuksköterskorna hade nekat övertid, och av dessa hade 28 % blivit hotade eller fått tillsägelser som följd. Det framkom i studien att det för dessa sjuksköterskor fanns en större risk till uppsägning, till skillnad från de som inte nekat övertid. Hoten och tillsägelserna handlade om att sjuksköterskorna övergett sina patienter (Golden Lonnie & Wiens - Tuers Barbara, 2005).

American Nurses Association

American Nurses Association (ANA) är den enda professionella organisationen som representerar USA:s 3,1 miljoner legitimerade sjuksköterskor. ANA arbetar för att höja statusen i sjuksköterskans yrke, för sjuksköterskors rättigheter och för en positiv och realistisk syn på omvårdnad (American nurses association, 2013).

ANA definierar övertid som de timmar en sjuksköterska arbetar utöver den schemalagda tid hen är anställd under, eller arbetade timmar utöver en överenskommen/ förutbestämd schemalagd heltid eller deltidstjänst (American nurses association, 2013).

För att höja patientsäkerheten och värna om sjuksköterskors hälsa tror ANA på att avlägsna övertid inom sjuksköterskeyrket. Många vårdorganisationer i USA har använt sig av beordrad övertid för att komma till rätta med bristen på sjuksköterskor. ANA menar att denna övertid leder till att:

- Sjuksköterskorna gör fler medicinska- och omvårdnadsfel
- Patienterna blir missnöjda
- Dödligheten bland patienterna ökar
- Arbetstillfredsställelsen bland sjuksköterskor minskar
- Sjuksköterskor blir trötta och utvecklar fatigue
- Sjuksköterskorna får arbetsrelaterade skador
- Ohälsa och sjukdomar bland sjuksköterskor utvecklas

ANA ger enskilda råd till sina medlemmar för att undvika de skador som nämnts ovan. ANA anser att det ska vara upp till varje enskild sjuksköterska att välja om hen vill arbeta övertid. ANA beskriver också komplikationer för patienter utifrån The Institute of Medicine Report (IOM) *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses* (2004). Informationen om övertid innebär att sjuksköterskor inte skall arbeta mer än 12 timmar på en 24 timmars period och inte över 60 timmar på sju dagar (American nurses association, 2013).

Lojalitet

Lojal beskrivs utifrån Nationalencyklopedin: ”*loja* **1**, som alltid står på någons sida (och är beredd att hjälpa)” (Nationalencyklopedin, 2013a).

Hirschmans ekonomiska teori

Ekonomen Hirschman (2008) har i sitt arbete ”*Sorti eller Protest. En fråga om lojaliteter*” beskrivit sorti och protest som förhållanden som för organisationer framåt. Enskilda individer eller medlemmar av organisationer kan komma att lojalt behöva acceptera sin organisations- eller verksamhets styrning, säga ifrån eller dra sig ur organisationen. Denna ekonomiska teori menar Hirschman (2008) speglar såväl den privata som den offentliga sektorn. Hirschman (2008) beskriver flertalet exempel från sjukvården som organisation och den lojalitet den anställda antingen känner eller inte känner, inför den organisation hen arbetar i (Hirschman, Hemmingson, & Larsén, 2008).

För att få en tydligare förståelse för hur Hirschman (2008) knyter samman sorti och protest med lojalitet kommer vi först förklara hur sorti och protest relaterar till varandra. Sortin och protesten presenteras här i ett antal punkter för att förtydliga de olika kopplingarna till sjukvården (Hirschman et al., 2008).

- *Sorti*; Hirschman (2008) förklarar sorti som en högst privat handling som grundar sig i individens egna åsikter om att en organisation bör förändras. En arbetstagare eller en medlem inom en organisation kan välja att lämna organisationen om förändringar gjorts som medlemmen inte står bakom. Detta kan dras till de enklaste av exempel, där en konsument av en specifik vara, väljer att byta eftersom varan inte uppfyller konsumentens krav. Om flera personer, utan vetskap om varandra, väljer att byta vara samtidigt (gör sorti) leder detta tillslut till att företaget måste förbättra varan för att konsumenterna ska vinnas tillbaka (Hirschman et al., 2008).
- *Protest*; Genom protest kan individer inom en organisation ”ställa till bråk” istället för att högst personligt välja sorti. Denna protest görs för att framtvinga en förbättrad kvalitet eller tjänst från ledningen. Hirschman (2008) menar att protest kan vara ett komplement eller en ersättning till sorti. Att medlemmar inom en organisation väljer just protest är medlemmarnas försök att förändra traditioner. Protest är alltså ett sätt att försöka förändra

- inte fly - från orättvisor, genom kollektiva eller individuella krav som ställs på ledningen. Protesten görs för att tvinga fram en förändring av företags/organisationens sätt att styra till högre nivåer t.ex. myndigheter, genom olika slags aktioner eller protester (Hirschman et al., 2008).

- *Sorti och Protest;* Det finns flertalet tillfällen då sorti och protest kommer att samverka. Detta kan till exempel ske när en individ vill framkalla ett allmänintresse för en situation. Här är sortin privat medan protesten är offentlig. Detta beskriver Hirschman (2008) utifrån etiska grunder. Om en anställd upplevt eller vittnat om oetiska eller olagliga handlingar och därför väljer att lämna organisationen, kan hen kombinera sortin med protesten genom att se till att allmänheten får ta del av händelsen, t.ex. genom att göra uttalanden i media (Hirschman et al., 2008).
- *Ingen sorti eller protest;* Under denna punkt förklarar Hirschman (2008) förhållandet mellan sorti och protest till lojalitet. Här förklaras varför det ibland inte händer någonting inom en organisation, organisationen ”står still”. Individens känsla av underlägsenhet och maktlöshet gentemot en organisation är exempel på sådana anledningar (Hirschman et al., 2008).

Lojalitet och beroende utifrån Hirschmans modell

Vare sig det handlar om en enskild konsument, arbetstagare eller medlem inom en organisation menar Hirschman att *lojaliteten* kan vara anledningen till varför individer ibland väljer att inte göra varken sorti eller protest. Detta påvisar Hirschman (2008) genom att koppla samman begreppet lojalitet till beroende. Inom vården är detta ett i synnerhet vanligt fenomen bland både patienter och vårdpersonal. Detta föregås av att vården innehar ett monopol på flertalet tjänster både för patienter och vårdpersonal, det går helt enkelt inte att byta ”varan” utan personerna är beroende av aktören som levererar den, samt tillhandhåller arbete. Här nedan beskriver ett par punkter förhållandena mellan lojalitet och beroende och varför dessa inte framkallar sorti eller protest (Hirschman et al., 2008).

- *Lojalitet och beroende;* Här förenas de båda begreppen med varandra. Hirschman (2008) beskriver en vanlig företeelse inom vården, där vårdpersonal känner en större lojalitet till sina patienter än till sin arbetsgivare/organisation. Om organisationen inte fungerar kan vårdpersonalen av lojalitetsskäl gentemot patienterna, välja att stanna kvar på en arbetsplats eftersom patienterna inte kan rå för hur situationen ser ut. Vårdpersonalen ser patienternas beroende av vården och därigenom uppstår en känsla av lojalitet för patienterna (Hirschman et al., 2008).
- *Beroende finns men lojalitet saknas;* Beroendet till en organisation är så starkt att sorti förhindras på grund av sociala och/eller fysiska hinder. Arbetstagarna har slutat tro på att det går att åstadkomma förändring av den icke-välfungerande organisationen. Detta leder till att individerna inte heller protesterar. Hirschman (2008) ger även här exempel från sjukvården, där arbetstagare väljer att inte byta arbetsplats på grund av en snäv arbetsmarknad, sociala eller ekonomiska skäl (Hirschman et al., 2008).

Hirschmans teori om lojalt beteende inom en organisation

Hirschman (2008) redogör för lojalitetens stora betydelse inom en organisation. Hirschman (2008) menar att om en produkt från ett företag/organisation försämras, kommer medlemmarnas fokus ligga på ledningen och inte på produkten. Kvalitetsförsämringen knyts an till specifika personer i ledningen, vilket startar en motstridighet mellan medlemmar och ledning och sedermera också en splittring inom organisationen (Hirschman et al., 2008).

Vid varje tillfälle då en organisation rör sig i en annan riktning än vad medlemmarna anser vara lämplig, kommer medlemmarna med sitt inflytande försöka påverka organisationen. Ifall organisationen ändå inte förändras kommer splittringen mellan ledningen och medlemmarna att tillta. Om en *lojalitet* inte skulle finnas under denna process skulle sorti istället inträffa (medlemmarna skulle lämna organisationen). Lojaliteten blir därför en bromskloss för att utföra sorti (*sorti i frånvaro av lojalitet*). Även om den lojala medlemmen i detta fall väljer att inte göra sorti, menar Hirschman (2008) att något händer med medlemmen, som börjar känna oro över att vara en del av organisationen och ett missnöje uppstår (Hirschman et al., 2008).

Om den lojala medlemmen inte längre vill delta i organisationens verksamhet pga. det missnöje hen upplever, kommer medlemmen att fortsätta kämpa för förändring. Protest kommer därför att äga rum, i förhoppning om att ledningen ska förstå den förändring som måste ske. Om protesten inte fungerar, kommer den lojala medlemmen som sista utväg *hota med sorti* eftersom detta ökar protestens effektivitet (Hirschman et al., 2008).

Arbetsmarknadens syn på lojalitet

Nationalencyklopedin förklarar begreppet *lojalitetsplikten* som ett samlingsnamn för olika åtaganden en arbetstagare har mot sin arbetsgivare (Nationalencyklopedin, 2013b). I arbetstagarens anställningsavtal utgör lojalitetsplikten grunden för anställningsavtalet men är inte inskriven i någon lag. Lojalitetsplikten betyder i generella drag att arbetstagaren ska utföra goda arbetsinsatser och inte delta i konkurrerande verksamhet. Arbetstagaren har också tystnadsplikt eftersom somliga uppgifter om företaget/organisationen kan skada företaget om utomstående får ta del av dessa (Nationalencyklopedin, 2013b).

Inom arbetsmarknaden finns olika sätta att se på lojalitet, beroende på om medarbetaren arbetar inom privat eller offentlig sektor. Arbetsdomstolen har påtalat att rätten till att kritisera en verksamhet spelar en stor roll för de goda arbetsförhållandena och för hur arbetsresultatet faller ut. Dock menar arbetsdomstolen att denna kritik inte får syfta till att skada arbetsgivaren eller verksamheten. Ju högre befattning en arbetstagare har inom ett företag, desto högre ställs kraven på att hen visar lojalitet (Vårdförbundet, 2013).

Stress

Att uppleva stress är en naturlig del av varje människas liv och går att relatera till många faktorer. Stress har beskrivits som en bristande jämvikt mellan upplevelsen av ett krav och känslan av oförmåga att uppfylla det som kravet innebär (Skärsäter, 2009). Stress är impulser som skickas till hjärnan, antingen inifrån människan själv eller utifrån omgivningen (Asp & Ekstedt, 2009).

Det gör stor skillnad för hälsan att vara utsatt för långvarig eller kortvarig stress. När en människa står inför ett akut hot måste kroppen snabbt reagera för att lyckas fly, oavsett om flykten är fysisk genom att springa, eller psykisk i form av en tanke. Stressen gör att hen snabbt mobiliserar kraft och energi genom att stresshormoner utsöndras (Ringsberg, 2009). Individens *tolkning* av en händelse eller situation innebär en viss förutsättning för att uppleva stress eller att inte göra det, liksom en uppgift är situationsbunden; vid ett tillfälle ses uppgiften som belastande (hög stressfaktor) och vid ett annat som enkel (låg stressfaktor) (Asp & Ekstedt, 2009).

Under en begränsad tid kan stress höja individens prestationsförmåga, ge klarare minnesbilder, minska känsligheten för smärta och få immunförsvaret att arbeta mer effektivt (Ringsberg, 2009). Flera organ i kroppen påverkas av en akut stressreaktion och kroppen prioriterar i synnerhet att skelettmuskulatur och hjärna ombesörjs med energi. Det är av stor vikt att blodtrycket håller en hög nivå, vilket kroppen ser till genom att vätska och salter i tillräcklig mängd upprätthålls. Hjärta, cirkulation, endokrina organ och immunsystem arbetar tillsammans för att kroppen ska bli redo för flykt (Skärsäter, 2009).

En stressreaktion i sig själv är alltså inte någonting negativt men att uppleva stressreaktioner under en längre tid är förenat med alltför hög påfrestning och har en negativ inverkan på hälsan (Skärsäter, 2009). Under perioder då en människa utsätts för mycket stress ökar hans behov av vila och återhämtning och stress kan således vara nära relaterat till sömnbesvär (Asp & Ekstedt, 2009).

Risken för att drabbas av sjukdom ökar vid ständig upplevelse av stress. Eftersom blodtrycket ligger högt påverkas blodkärlen och trycket kan med tiden därför bli svårt att sänka. Ett kroniskt högt blodtryck kan utveckla hjärt-kärlsjukdomar. Immunförsvaret påverkas negativt av långvarig stress vilket gör människan mer mottaglig för infektioner. Långtidsstress påverkar också hjärnan och hormonbalansen, därför finns en risk att utveckla exempelvis depression eller utmattningsdepression. Svårigheter med koncentration och försämrat minne kan bli en följd av kronisk stress (Ringsberg, 2009).

Trötthet

Att uppleva trötthet är någonting subjektivt och trötthet har olika grad. Trött kan en människa vara när hen gått upp tidigt på morgonen, efter att ha sprungit ett maratonlopp eller om hen inte sovit på två dygn. I Sverige används ordet trötthet till samtliga ovan nämnda exempel, trots att de har varierande grader. En mer bestående trötthet kan därför vara svår att definiera på svenska, till skillnad från engelskans ord *fatigue*, som beskriver onormal, extrem trötthet bestående över tid. Denna trötthet är sjuklig då det inte hjälper att vila eller sova ut, till skillnad från den ”medfödda” trötthet man kan känna innan man somnar, vilket gör att personer som upplever den medfödda, eller naturliga tröttheten inte ser den som främmande eller obehaglig (Asp & Ekstedt, 2009).

Om en människa inte får återhämta sig efter perioder av stress kan ett kroniskt tillstånd av trötthet utvecklas, som med tiden också kan övergå i *fatigue*. *Fatigue* försämrar människans reaktionsförmåga och uppmärksamhetsgrad och kan leda till känslor av meningslöshet, ångest, nedstämdhet eller till kroppsliga symtom som stelhet, huvudvärk, illamående eller mag- och tarmproblem. En snabb förlust av all energi är en vanlig beskrivning av *fatigue* och energiförlusten motsvarar inte, och kan inte sättas i relation till, prestation eller ansträngning. En individ kan genom adekvata åtgärder bli fri från *fatigue*. Om åtgärderna inte realiserar kan utmattning eller utbrändhet bli följden, vilka är svårare tillstånd att komma till bukt med om individen väl drabbats. Utmattning och utbrändhet upplevs ofta som tillstånd av total kraftlöshet och hjälplöshet där distansering och isolering från omvärlden är vanligt förekommande (Asp & Ekstedt, 2009).

Återhämtning

Oavsett om en person är sjuk eller frisk är återhämtningen och vilan efter belastning, aktivitet eller stresspåslag avgörande för att kunna bevara hälsan. Återhämtning och vila kan innebära att göra någonting lustfyllt eller att bara *vara* i stilla ro. Avslappning, där en person drar ner på takten i sina tankar eller rörelser och ger rum åt att andas och finnas i kravlöshet, är andra sätt att hämta ny kraft. Avkoppling kan därtill fungera som återhämtning, där individen väntar in sina krafter genom att utföra någonting i lugn och ro t.ex. lösa ett korsord eller ta en lugn promenad (Asp & Ekstedt, 2009).

Sömnen är av stor betydelse när det kommer till människans hälsa och välmående. Sömn bidrar till att immunförsvaret byggs upp medan medvetandet tillfälligt sänks och puls och blodtryck går ned. Musklerna slappnar av, andningen blir långsammare och stresshormonerna och blodflödet till hjärnan sänks. Härmed får hjärnan möjlighet till återhämtning och kroppen möjlighet till restaurering av det som slits och använts under dagen. Människans hjärna kan inte lagra egen energi och därför är sömnen avgörande för att hålla en god koncentrationsnivå. Dygnsrhythmens klocka följer ljuset över dag och natt. Under natten och de mörka timmarna utsöndrar människan melatonin, ett hormon som vidgar blodkärl så att ämnesomsättningen och kroppstemperaturen

sänks för att sedan kunna höjas under dygnets ljusa timmar. Aptitlöshet, dåligt humör, matsmältningsproblematik och sömnsvårigheter kan relateras till skiftarbete, som inkräktar på den naturliga dygnsrytmen (Asp & Ekstedt, 2009).

Sömnreglering och sömnproblem

En god sömnkvalitet (med tillräcklig djup och längd) är beroende av tre komponenter; graden av aktivitet, dygnsrytm och behov av sömn. En människas sömnbehov har att göra med hur hen sovit natten/nätterna innan, vilken sömnkvalitet denna sömn hade samt hur länge personen varit vaken. Den grad av aktivering en person har under dagen påverkar förutsättningarna för en tillräcklig och god sömn. Om aktiveringsnivån är hög hålls kroppen i ständig beredskap och personen kommer inte känna ett lika stort behov av vila, men det innebär inte att kroppen inte behöver det, tvärt om så måste kroppen få sin vila och sömn för att fungera med full potential. Det är därför av stor vikt att människan, inför att kunna somna och sedan sova gott, minskar sin grad av aktivering (Asp & Ekstedt, 2009).

Insomni är en vanlig sömnstörning som innebär att människan får för lite sömn. Denna sömnstörning hör ihop med långa perioder av stress, traumatiska upplevelser eller negativa upplevelser av dålig sömn. Problem med sömnen får negativa konsekvenser på människans hälsa och livskvalitet både kortsiktigt och långsiktigt. Immunförsvaret sänks och därmed förhöjs risken för att drabbas av infektion. Sömnbrist har påverkan på humöret och gör människan irriterad och nedstämd. Motivationen sänks och förmågan till problemlösning eller logiskt tänkande försvagas. Dessutom blir det svårare att lära sig nya saker, reaktionstiden minskar och bristen på energi blir märkbar. I förlängningen kan sömnbrist ha negativa metabola och cirkulatoriska konsekvenser för kroppen. Därmed kan sjukdomar som diabetes typ 1 och hjärt-kärlsjukdomar komma att utvecklas (Asp & Ekstedt, 2009).

Patientsäkerhet

Inför att vårda patienter måste sjukvårdspersonal ha kunskap om att kvalitet hänger ihop med säkerhet. Är vården inte av god kvalitet kan detta innebära att patientsäkerheten blir lidande och patienten drabbas av vårdskador (Lindh & Sahlqvist, 2012). Många faktorer samverkar för att skapa en patientsäker vård med god kvalitet. Verksamhetschef, vårdgivare och medarbetare har alla ansvar för patientsäkerheten inom vården (Öhrn, 2009).

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) måste vården bygga på säkerhet och ingen patient ska behöva utsättas för skada om detta går att undvika. Vården måste enligt HSL vara av god kvalitet, finnas tillgänglig för patienterna, hålla en hög hygienisk nivå och patientens behov ska på ett regelbundet och tryggt sätt tillgodoses. Vidare beskrivs en säker vård som åtgärder som genomförs för patienten i avsikt att patientens symtom lindras och botas. Säkerheten ska genomsyra alla vårdprocesser under dygnets timmar och ständigt hålla samma säkerhetsnivå. Det är av stor vikt att eventuella risker förutses och förebyggs (Lindh & Sahlqvist, 2012).

För att förstärka och tydliggöra hälso- och sjukvårdslagen har patientsäkerhetslagen tillkommit (Lindh & Sahlqvist, 2012). I patientsäkerhetslagen, som infördes i januari 2011, står följande "*6§ Med patientsäkerhet avses i denna lag skydd mot vårdskada*". Lagen definierar också vad en vårdskada innebär "*5 § Med vårdskada avses i denna lag 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. Med allvarlig vårdskada avses vård som 1. är bestående och inte ringa, eller 2. har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit*" (SFS 2010:659).

Arbetsförhållandenas betydelse

Ödegård (2013) menar att en miljö där vårdens säkerhet prioriteras ska utgå från de individuella behov en patient har, där delaktigheten för patienten främjas. Arbetsförhållandena för de anställda på en vårdavdelning måste vidare vara hållbara, vilket innefattar att det finns tid att arbeta med kompetensutveckling, tid för reflektion och att arbetstiderna gynnar personalens hälsa (Ödegård, 2013).

Lindh and Sahlqvist (2012) talar om hur patientsäkerheten hänger samman med arbetsmiljölagen, som är av vikt för goda arbetsförhållanden. Författarna menar att det inte går att upprätthålla en patientsäkerhet om personalen har dåliga arbetsvillkor i form av arbetstider, arbetsklimat, rätt kompetens eller om nya vikarier ständigt tas in och om de scheman som finns inte fungerar för de som arbetar (Lindh & Sahlqvist, 2012).

PROBLEMFÖRMULERING

Sjuksköterskor har enligt Vårdförbundet skyldighet att utföra sina arbetsuppgifter inom ramen för anställningsavtalet, och det är arbetsgivaren som bestämmer på vilket sätt arbetsuppgifterna ska genomföras. Arbetsgivaren har en skyldighet att ge sjuksköterskan goda arbetsförhållanden. Idag använder många arbetsplatser övertid som ett sätt att lösa en underbemanning av sjuksköterskor. Sjuksköterskor arbetar varje år ett stort antal övertidstimmar, vilket forskning visar ger negativa konsekvenser för sjuksköterskors hälsa.

SYFTE

Syftet är att granska på vilket sätt övertid drabbar sjuksköterskors hälsa negativt och med det som bakgrund undersöka varför sjuksköterskor ändå väljer att arbeta övertid.

METOD

DESIGN

Uppsatsen är en allmän litteraturöversikt presenterad utifrån tio vetenskapliga artiklar.

VAL AV METOD

Syftet med uppsatsen är att granska på vilket sätt övertid drabbar sjuksköterskors hälsa negativt och med det som bakgrund undersöka varför sjuksköterskor ändå väljer att arbeta övertid. Syftet är tudelat med två riktningar. Anledningen till att vi valde ett tudelat syfte var att vi såg en *motsats* mellan att sjuksköterskor far illa av övertid – men ändå väljer att arbeta övertid, vilket blev svårt att formulera i enbart ett syfte. Vi ville se närmare på denna motsats och såg därför det dubbla syftet som en möjlighet för att ringa in kunskapsområdet på ett mer omfångsrikt vis.

Friberg (2012) beskriver att ett dubbelt syfte kan användas dels för att beskriva ett teoretiskt intresse och dels för att kunna visa på möjligheten att implementera intresseområdet i det praktiska arbetet som inbegrips i en sjuksköterskas profession (Friberg, 2012). För oss ser vi möjlighet att realisera vårt tudelade syfte i en medvetenhet, som visserligen inte är av praktisk art men som ändå kan påverka det praktiska arbetet. Metodvalet för uppsatsen var *allmän litteraturöversikt*. Eftersom vi såg övertidens negativa konsekvenser för sjuksköterskors hälsa som ett problem inom det kompetensområde sjuksköterskor befinner sig i, ville vi genom en allmän litteraturöversikt få största möjliga överblick av kunskapsområdet. Detta för att hitta möjliga mönster eller förklaringar till på vilket sätt problemet yttrar sig. Det resulterade i ett urval av tio relevanta vetenskapliga artiklar.

En litteraturöversikt innebär att författarna tar reda på befintlig forskning över ett specifikt kunskapsområde. Det ingår därmed i litteratursökningen att granska vad för typ av studier som genomförts inom det specifika området, vilka de teoretiska utgångspunkterna varit samt med vilka metoder forskarna genomfört studien (Friberg, 2012). De valda artiklarna har granskats och analyserats utifrån metoden av Friberg (2012) genom kvalitetsgranskning för analys av litteraturöversikter. Analysmetoden är bland annat lämplig som grund för att senare kunna göra vidare studier om ämnesområdet (Friberg, 2012).

LITTERATURSÖKNING OCH URVAL

Utifrån uppsatsens syfte formulerades engelska sökord med hjälp av databasen MeSH. Litteratursökningen gjordes utifrån de tre internetbaserade databaserna PubMed, Cinahl och Scopus för att skapa en så bred kunskapsbas som möjligt. I samtliga databaser fann vi relevanta träffar, men databasen PubMed utgjorde den största delen av relevanta träffar. En förklaring till detta kan vara att databasen rymmer både medicinska och omvårdnadsvetenskapliga referenser.

Sökorden kombinerades på olika sätt vilket medförde ytterligare variationer av träffar. De sökord som användes efter att syftet formulerats var: *Overtime, stress, nursing, mandatory overtime, health, nurse, nurses, work schedules, work schedule, extended work schedule, extended work shift, work shift, working conditions, nurse staffing, organization, hospitals.*

Från första början var litteratursökningen öppen dvs. inga avgränsningar användes, förutom att artiklarna och rapporterna skulle vara skrivna på engelska eller på skandinaviska språk. Att inga andra avgränsningar gjordes berodde på att vi författare ville undersöka hur mycket forskning som gjorts inom det aktuella ämnet. Alla abstracts som fanns tillgängliga lästes och när abstracts påträffades i vetenskapliga artiklar eller rapporter som helt eller delvis motsvarade syftet för uppsatsen, lästes dessa i fulltext. Det krävs av författaren att anledningarna till varför artiklar inkluderas eller exkluderas i litteratursökningsprocessen tydligt redogörs (Friberg, 2012). I ett senare stadie av processen analyserades artiklarna och rapporterna därför utifrån inklusions- och exklusionskriterier, vilka presenteras längre ner.

De artiklar vi författare valde att granska, kontrollerades genom funktionen *Refereed* ur den internetbaserade tidningsöversikten Ulrich. Artiklarnas referenslistor studerades för att på detta sätt få tillgång till nya sökord, litteraturöversikter, rapporter och vetenskapliga artiklar skrivna inom det valda området.

Utifrån inklusions- och exklusionskriterierna valdes 19 vetenskapliga artiklar ut för vidare analys och sammanställning. Efter detta stadie gjordes ytterligare en granskning som utmynnade i ett urval av tio vetenskapliga artiklar. Samtliga av dessa artiklar var av kvantitativ sort.

Artiklarna valdes utifrån följande inklusionskriterier:

- Studierna behandlade främst övertid och hur övertiden påverkar sjuksköterskors hälsa negativt.
- Studierna beskrev varför sjuksköterskor arbetar övertid.
- Studierna satte sjuksköterskors hälsa i relation till schemaläggning, där övertid inkluderades i studiens resultat och/eller syfte.
- Studierna behandlade skiftarbete, arbetsförhållanden, och hur dessa faktorer påverkar sjuksköterskors hälsa negativt i förhållande till övertid.
- Studier skrivna på engelska eller skandinaviska språk.

Artiklar valdes bort utifrån följande exklusionskriterier:

- Studierna gick inte att få tag på under elektronisk fulltext från Göteborgs Universitet.
- Studierna belyste inte uppsatsens syfte.
- Studierna svarade inte på *varför* sjuksköterskor arbetar övertid eller *hur* det påverkar sjuksköterskors hälsa negativt, de besvarade enbart *att* sjuksköterskor arbetar övertid.
- Studierna var inte vetenskapliga artiklar, utan litteraturstudier/rapporter.

ANALYSPROCESSEN

Samtliga av de valda artiklarna var kvantitativa och granskades därför genom kvalitetsgranskning av kvantitativ metod, rekommenderad av Friberg (2012). Fokus under kvalitetsgranskningen lades på om det fanns en tydlig problemformulering i artiklarna, samt att syftet var tydligt beskrivet. Efter detta granskades metoden och metoddiskussionen utifrån inklusions- och exklusionskriterier av de deltagande sjuksköterskorna i studierna. Artiklarna granskades också utifrån hur analysen i studierna hade gjorts, vilka statistiska metoder som använts och om dessa svarade mot studiernas syfte och problemformulering.

Friberg (2012) beskriver att genom kvalitetsgranskningen av kvantitativa metoder kommer en ny helhet av studierna kunna beskrivas (Friberg, 2012), vilket vi i vår analys också såg. Efter att vi brutit ned artiklarna i olika delar skapades en ny helhet. Artiklarna analyserades utifrån de skillnader och likheter som fanns mellan de olika studierna, utifrån teoretiska utgångspunkter, metodologiska tillvägagångssätt, analysätt samt genom att se på skillnaderna mellan artiklarnas olika syften. En artikelöversikt utarbetades med en sammanställning av analysprocessen för att skapa en överblick av det blivande resultatet i uppsatsen (se bilaga två).

Under processen växte olika teman fram som ligger till grund för resultatet. Dessa teman kategoriserades i ett första stadie i två huvudteman; 1) hur övertid påverkar sjuksköterskans hälsa negativt och 2) varför sjuksköterskor väljer att arbeta övertid. Dessa huvudteman kategoriserades i ett andra stadie upp i olika underteman som redovisas i resultatet.

FÖRFÖRSTÅELSE

Vad forskaren i förväg tror sig finna genom den studie som forskaren genomför, vilken syn forskaren har på samhället och världen och hur forskaren anser att världen och samhället bör vara, är det som kallas *förförståelse* (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012). Varför forskaren tycker att ämnet är intressant är beroende av den förförståelse hen alltid bär med sig om det specifika ämnet. Förförståelsen kan ha både positiva som negativa aspekter genom att vara ett hinder för att se någonting nytt, samtidigt som det kan vidga forskarens egna perspektiv (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012).

Båda författarna till denna uppsats är engagerade i den debatt som rör sjuksköterskans löner² (24K - upproret) och arbetsvillkor. Författarna bär på egna erfarenheter och åsikter i hur vårdorganisationer bedriver vård, vilket också inkluderar frågor som rör övertid för sjuksköterskor. Det är genom engagemanget i 24K-rörelsen och genom debatten kring sjuksköterskans arbetsvillkor som intresset av uppsatsens ämne väckts. Vi författare är medvetna om att våra erfarenheter och värderingar kan komma att påverka uppsatsens resultat. Genom denna medvetenhet har vi försökt förhålla oss öppna och kritiska till hur arbetet formas och genomförs, för att på detta sätt skapa ett så neutralt förhållningssätt som möjligt till det material som svarar på uppsatsens syfte.

² 24K sjuksköterskeupproret startade våren 2011 av studenter i Umeå. Upproret, som uppmanar sjuksköterskestudenter att tacka nej till en ingångslön under 24 000 Kr, har fått stor uppmärksamhet runt om i Sverige.

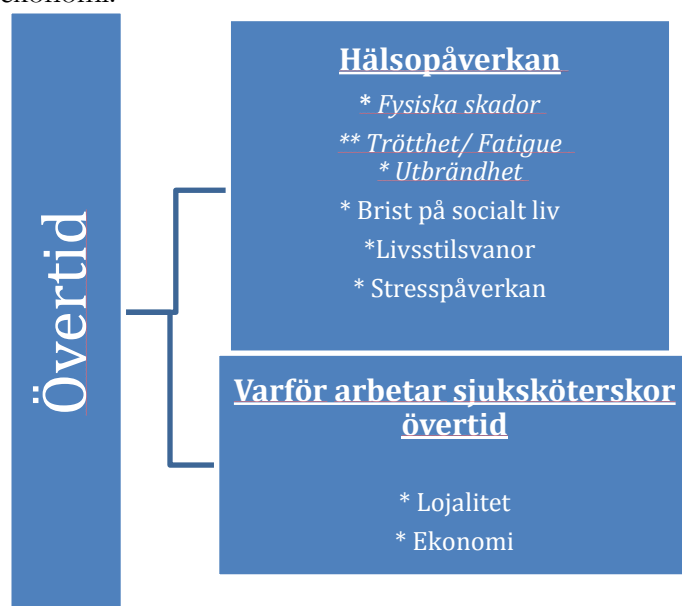
ETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN

Vi författare har under arbetets gång reflekterat över vilka etiska ställningstaganden som forskarna av studierna gjort. Vissa av artiklarna innehåller etiska resonemang medan andra inte gör det. Vi författare har då resonerat kring hur forskarna valt att utföra studierna och om vi ansett att tillvägagångssättet varit etiskt. Exempel på detta är att forskarna i flera av de valda studierna gjort mail-utskick med frågeformulär och förfrågan om intresse av att delta i studierna. Detta förfarande innebär att individen som är mottagare av mailet har valmöjligheten att svara eller att inte svara, vilket pekar mot att forskarna haft ett etiskt förhållningssätt. Det etiska förhållningssättet syntes också genom att alla medverkande i samtliga studier varit anonyma. Det faktum att studierna gjordes utifrån kvantitativ metod innebar att personliga åsikter inte gick att härleda till deltagarnas identitet.

RESULTAT

Vi har delat upp resultatet efter det tudelade syftet, där den första delen av syftet frågar hur övertid påverkar sjuksköterskors hälsa negativt, och den andra delen behandlar anledningarna till varför sjuksköterskor väljer att arbeta övertid. Hur sjuksköterskors hälsa blir negativt påverkad till följd av de övertidstimmar sjuksköterskor arbetar redovisas nedan. Genom tio artiklar som behandlar detta ämne har vi funnit sex faktorer som försämrar sjuksköterskors hälsa relaterat till övertid: 1) fysiska skador, 2) trötthet och fatigue 3) utbrändhet, 4) brist på socialt liv med vänner och familj, 5) livsstil med sämre hälsa som följd, 6) övertidens stresspåverkan.

Varför sjuksköterskor väljer att arbeta övertid har i analysen av artiklarna fallit ut i två anledningar: 1) lojalitet, 2) ekonomi.



DE NEGATIVA KONSEKVENSERNA FÖR HÄLSAN

Fysiska skador

A. M. Trinkoff, Le, Geiger-Brown, Lipscomb, and Lang (2006a) påvisade att sjuksköterskor som arbetade övertid hade en signifikant högre risk att få skador på nacke, axlar och rygg. A. M. Trinkoff et al. (2006a) såg i studien att risken dessutom ökade markant om en sjuksköterska arbetade när hen egentligen skulle ha varit ledig och den största risken att få axelskador sågs när

övertiden var beordrad (A. M. Trinkoff et al., 2006a). Även de Castro et al. (2010) beskrev i sin studie att risken för ryggsador var större om sjuksköterskor arbetade övertid. de Castro et al. (2010) visade också att arbetstider som översteg 40 timmar i veckan, medförde en signifikant förhöjd risk att få en arbetsskada eller sjukdom. Detta resulterade i att sjuksköterskorna fick vara hemma minst två dagar från arbetet på grund av arbetsrelaterad skada (de Castro et al., 2010).

Resultatet i studien av A. M. Trinkoff, Le, Geiger-Brown, and Lipscomb (2007) visade ett antal faktorer som hade ett samband med risken att få ett nålstick: 1) hur många timmar en sjuksköterska arbetade varje vecka, 2) mindre än 10 timmars vila mellan arbetspassen, 3) att sjuksköterskan arbetade när hen egentligen skulle ha varit ledig och 4) antalet dagar sjuksköterskan arbetat i rad. Studien visade att långa arbetspass signifikant ökade risken för att få ett nålstick. Risken för att sticka sig var högre under den första och de sista två timmarna av ett arbetspass (A. M. Trinkoff et al., 2007).

Trötthet och fatigue

Ett arbete som innehöll mycket stress relaterat till övertid, gjorde att många sjuksköterskor drabbades av fatigue, vilket också ökade risken för att få en skada i sitt arbete (Kane, 2009). I en studie gjord av Scott, Rogers, Hwang, and Zhang (2006) fick sjuksköterskor kämpa för att hålla sig vakna när de arbetade över sin schemalagda tid, jämfört med de sjuksköterskor som arbetat färre timmar. Efter att en sjuksköterska arbetat åtta timmar fördubblades risken för att hen skulle somna på sitt arbete (Scott et al., 2006). I studien av A. M. Trinkoff et al. (2007) såg författarna ett samband mellan övertid och fatigue, ett samband som stärktes ytterligare i två andra studier (Bae, 2012; A. Trinkoff, Geiger-Brown, Brady, Lipscomb, & Muntaner, 2006b). Scott et al. (2006) menade att personal inom hälso- och sjukvård förringade svårigheterna med att hålla sig vakna under de långa timmarna som övertiden innebar (Scott et al., 2006).

Även om sjuksköterskorna i studien av Scott et al. (2006) hade ett aktivt arbete med hög sysselsättningsgrad, hade två tredjedelar haft svårigheter med att hålla sig vakna minst en gång under studieperioden. Av dessa sjuksköterskor hade dessutom 20 % somnat minst en gång under varje arbetspass. Övertid minskade signifikant vaksamheten och uppmärksamheten hos sjuksköterskorna (Scott et al., 2006), vilket författarna Geiger-Brown, Trinkoff, and Rogers (2011) förstärkte genom sin studie. Geiger-Brown et al. (2011) undersökte sömnmönstret hos sjuksköterskor som arbetade övertid. Författarna beskrev två olika typer av sömn; *för lite sömn* och *orolig sömn*. 43,6 % av sjuksköterskorna i studien hade erfarenhet av för lite sömn i minst tre dagar i veckan för att de arbetat övertid och 29 % hade sovit oroligt minst tre gånger den senaste veckan eftersom de ringts in för att arbeta beordrad övertid minst en gång varje månad (Geiger-Brown et al., 2011). Övertid gjorde att sjuksköterskorna blev trötta och utvecklade fatigue, vilket medförde att risken för en skada i arbetet ökade, därmed ökade också risken för att sticka sig på en nål (A. M. Trinkoff et al., 2007).

Utbrändhet

Kane (2009) visade att övertid på grund av personalbrist äventyrade sjuksköterskors hälsa. I studien av Stimpfel, Sloane, and Aiken (2012) definierades övertid som de arbetspass som översteg 8-9 timmar. Sjuksköterskor som arbetade längre än 8-9 timmar hade 2,5 gånger större risk att bli utbrända av och missnöjda med sitt arbete. Denna risk var störst för de sjuksköterskor som arbetade mer än 13 timmar per pass (Stimpfel et al., 2012). Sjuksköterskor som hade svårigheter att få någon form av kompensation eller att framföra klagomål till organisationen upplevde stress som gjorde dem emotionellt utmattade (Kane, 2009).

Brist på socialt liv med vänner och familj

A. M. Trinkoff and Storr (1998) menade att det faktum att sjuksköterskor arbetade 365 dagar om året, dag som natt, medförde svårigheter att få utrymme till socialt liv. A. M. Trinkoff et al. (2006a)

visade också att konsekvensen av övertid blev mindre energi att förvalta i familjelivet. A. Trinkoff et al. (2006b) påvisade i sin studie att sjuksköterskor som arbetade övertid, i synnerhet då de fått veta att de skulle arbeta övertid på kort varsel (beordrad övertid), hade svårt att planera sitt liv utanför arbetet eftersom jobbet inkräktade på den egentligt lediga tiden. Detta påverkade sjuksköterskornas sociala liv, dels för att de inte kunde umgås med familj och vänner när de istället var tvungna att arbeta, men också för att de tvingades välja mellan att återhämta sig eller umgås med nära och kära (A. Trinkoff et al., 2006b). Den största gruppen sjuksköterskor, i studien gjord av A. Trinkoff et al. (2006b), utgjordes till 95 % av kvinnor vilket författarna menade kunde försvåra balansen mellan återhämtning, fritid och arbete ytterligare. Detta eftersom de kvinnliga sjuksköterskorna i studien i stor utsträckning utöver arbetet tog hand om hem och barn. I samma studie undersöktes om det fanns något demografiskt mönster i vilka sjuksköterskor som arbetade övertid. Resultatet visade att den största gruppen sjuksköterskor som arbetade beordrad övertid var ensamstående föräldrar (A. Trinkoff et al., 2006b).

Även Kane (2009) visade i sin studie att övertid påverkade sjuksköterskors balans mellan arbete och fritid. Fritidslivet minskade med mer övertid och många sjuksköterskor upplevde en oro för att deras barn inte hade någon vuxen hemma som kunde hjälpa till med läxorna. Förutom att utföra sitt arbete med inkluderad övertid, tog sjuksköterskorna hand om matlagning och städning i hemmet och de hade inte råd med hemhjälp (Kane, 2009).

Livsstil med sämre hälsa som följd

Att sjuksköterskors hälsa påverkades negativt i form av dåliga livsstilsvanor till följd av övertid, hade författarna A. M. Trinkoff et al. (2007) sett i sin studie. Överdrivet koffeinintag, brist på fysisk aktivitet, osunda alkoholvanor, dålig kost och rökning hade ett samband med övertid. A. M. Trinkoff et al. (2007) rapporterade att sjuksköterskor som arbetade övertid i större utsträckning konsumerade koffeinhaltiga drycker. En annan studie av A. M. Trinkoff and Storr (1998) visade att för sjuksköterskor, som arbetade övertid mer än tre timmar varje månad, var sannolikheten att använda alkohol större. Antal arbetade övertidstimmar i relation till sjuksköterskors användning av alkohol prövades mellan manliga och kvinnliga sjuksköterskor och tre komponenter: övertid, helgarbete och arbetspass >8h, vilka definierades som ”ogynnsamma förhållanden”. Detta visade att för de sjuksköterskor som var kvinnor, ogifta och inte hade barn, ökade alkoholanvändningen i med de ogynnsamma förhållandena. I samma studie fördubblades risken att använda alkohol för de kvinnliga sjuksköterskor som var gifta, hade små barn och arbetade under de ogynnsamma förhållandena. Manliga sjuksköterskor hade oavsett familj- eller sociala förhållanden, risk till osunda alkoholvanor när de samtidigt arbetade under de ogynnsamma förhållandena (A. M. Trinkoff & Storr, 1998).

Övertidens stresspåverkan

En anledning till att sjuksköterskor upplevde stress handlade om *ovissheten* kring ifall de skulle få sluta sitt arbetspass i tid eller om de var tvungna att arbeta övertid. Till följd av den övertid som orsakade stress kom psykosomatiska besvär som irritation, glömska, stelhet i nacke och skuldror, ilska och oro, samt ryggsmärta, vilket var oberoende av sjuksköterskornas ålder (Kane, 2009). En majoritet av sjuksköterskorna i studien av Kane (2009) upplevde stress. Att utveckla sjukdom eller få psykosomatiska besvär av stressen berodde på hur hög stressnivån var. I studien redovisades att övertiden kunde ge sjuksköterskor kronisk stress. Stressen ledde till att sjuksköterskor blev emotionellt utmattade och att de patienter som vårdades kunde komma att drabbas av de negativa känslor sjuksköterskorna bar på, till följd av stressen de upplevde. Detta innebar att sjuksköterskor i högre utsträckning blev frånvarande från sitt arbete, rapporterade fler arbetsrelaterade skador och gjorde fler fel i arbetet med patienterna (Kane, 2009).

ANLEDNINGAR TILL VARFÖR SJUKSKÖTERS KOR VÄLJER ATT ARBETA ÖVERTID

Sjuksköterskors lojalitet

I studien av Bae (2012) framkom det att den främsta anledningen till att sjuksköterskor arbetade övertid var att de inte vill svika sina kollegor. A. M. Trinkoff et al. (2006a) beskrev i sin studie att sjuksköterskor av lojalitetsskäl arbetade övertid trots att de var sjuka, en lojalitet som sjuksköterskor kände gentemot arbetskollegorna, men också till sina chefer (A. M. Trinkoff et al., 2006a).

Beordrad och frivillig övertid

I studien av Bae (2012) presenterades tre olika typer av övertid; beordrad övertid, frivillig övertid och obetald övertid. Det sjuksköterskor som arbetade beordrad övertid ansåg att det var ett krav som ingick i arbetet som sjuksköterska. Sjuksköterskor som arbetade obetald övertid kände i större utsträckning än de som arbetade betald övertid, att de ville få allt sitt arbete gjort innan de gick hem (Bae, 2012).

Scott et al. (2006) presenterade i sin studie att 5201 skift som arbetades av sjuksköterskor låg över den schemalagda tiden, men bara 1443 av dessa blev definierade som övertid. Av dessa 1443 skift var 236 st. definierade som beordrad övertid och av 152 st. rapporterade sjuksköterskorna att de hade känt sig tvingade till att arbeta ”frivillig” övertid. Stimpfel et al. (2012) menade genom sin studie att gränsen mellan frivillig och beordrad övertid var oklar. Författarna skrev att vissa delstater i USA valt att förbjuda beordrad övertid men att frivillig övertid däremot var tillåtet. Sjuksköterskor i denna studie rapporterade, liksom i studien av Scott et al. (2006) att de kände sig tvingade att arbeta ”frivillig” övertid.

Bae (2012) lyfte fram att 50 % av de sjuksköterskor som deltog i studien meddelade att deras avdelning hade en bestående sjuksköterskebrist, oavsett hur många övertidstimmar som arbetades på avdelningen. Detta innebar att avdelningarna inte använde övertid som ett sätt att kontrollera sjuksköterskebristen, utan snarare var *underbemanning* en konstant. Att sjuksköterskor arbetade trots att de led av fatigue syntes också i studien av Bae (2012) och skälet till varför handlade även där om lojalitet gentemot kollegor. Andra svar sjuksköterskor gav på varför de arbetade övertid var att de ansåg att övertid ingick i en sjuksköterskas arbete (Bae, 2012).

Övertiden och sjuksköterskors ekonomi

De sjuksköterskor som rapporterade att de arbetade flest beordrade övertidstimmar var ensamstående föräldrar och singlar (A. Trinkoff et al., 2006b). I studien föreslog författarna att anledningen till detta kunde vara att sjuksköterskorna var tvungna att klara av sin privata ekonomi (A. Trinkoff et al., 2006b). Detta förstärktes i studien av Bae (2012) där en av de främsta av sjuksköterskor uppgivna anledningar till att sjuksköterskor arbetade övertid, var för att de behövde pengarna (Bae, 2012).

METODDISKUSSION

Litteratursökningen visade att det finns forskning inom området övertid. Studier som berörde vårt syfte specifikt, var ändå svåra att hitta. Flertalet studier saknade tillgängliga abstracts och många av artiklarna gick inte att få tag på via Göteborgs Universitetsbibliotek, utan det krävdes att artiklarna beställdes mot en avgift. Rubrikerna i dessa artiklar speglade inte vårt syfte. Om vi hade sett att artiklarnas rubriker hade haft relevans för vårt syfte, hade vi beställt dem. Svårigheten att få tag i artiklar säger oss att det område vi författare undersökt i denna uppsats, kan vara mer beforskat än vad vi fått kunskap om eftersom vi inte kunnat ta del av eventuellt relevanta artiklar. Det är också möjligt att området är mer beforskat inom andra discipliner, exempelvis den ekonomiska

vetenskapsgrenen. Vi misstänker, med vetskap om den potentiella bristen i uppsatsens kunskapsunderlag, att det finns mer forskning inom området. Vi är medvetna om att detta i så fall kan ha begränsat vårt resultat.

Inga avgränsningar gjordes under litteratursökningen, förutom att språket i artiklarna skulle vara skrivna på engelska eller på skandinaviska språk. Att vi författare valde att inte avgränsa sökningarna berodde på att vi ville undersöka omfattningen av forskningsområdet och inte missa studier där övertid var relaterad till sjuksköterskans hälsa, eller där anledningarna till varför sjuksköterskan arbetade övertid fanns i ett underlagt fokus.

Resultatet vi kommit fram till bygger på tio artiklar. Fyra av artiklarna är delvis skrivna av samma författare, med olika kombinationer av medförfattare. Vi har som ovan nämnt, valt artiklar utifrån ett innehåll som motsvarar vårt syfte och behandlar vårt problemområde. Att nästan hälften av artiklarna inkluderar samma författare kan vara ett resultat av att många studier varit svåra att få tag på. En annan möjlig orsak till varför vi inte funnit en större författar-bredd kan vara att det finns få författare som skriver om vårt problemområde och att författare som återkommer i vår referenslista är några av få som forskar på området.

De första sökningarna gjordes i databasen PubMed, eftersom den innehåller referenser inom medicin- och omvårdnadsdisciplinen. De sökord som användes är utvalda med hjälp av databasen MeSH. Sökorden sammansattes på olika sätt för att se om det tillkom artiklar vid nya kombinationer. För att försäkra oss om att ingen relevant artikel missades gjordes efter sökningarna i PubMed identiska kombinationer av sökorden i databaserna Scopus och Cinahl.

I PubMed hade relevanta artiklar valts ut för granskning och vidare analys. Detta förklarar varför färre abstracts lästes och valdes ut i databaserna Scopus och Cinahl (se bilaga 1). I Scopus fick vi med sökorden *Nursing overtime and organizations, overtime and hospitals and nurses, overtime and work schedules* betydligt fler träffar än vad vi fick i PubMed. Det höga antalet träffar kan bero på att Scopus har ett bredare sökfält över tidskrifter som förutom täcker omvårdnad och medicin både tekniska, samhällsvetenskapliga och ekonomiska discipliner. Däremot såg vi vid användning av resterande sökord i Scopus, att antalet träffar i stort sätt blev detsamma som vid sökningen i PubMed.

Sökningen i Cinahl, som bygger på artiklar inom disciplinen omvårdnad, gjordes för att hitta de eventuella artiklar som kunde ha missats. Träffarna var betydligt färre än under första sökningen i PubMed (se bilaga 1). Cinahl har ett annat system där termer och sökord inte utgår från MeSH, vilket kan förklara det låga antalet träffar.

I analysprocessens andra del gjordes ett urval från totalt 19 stycken artiklar och rapporter, till tio artiklar relevanta för uppsatsens resultat. Anledningen till att nio artiklar valdes bort berodde på att de vid närmare granskning inte svarade på uppsatsens syfte och därför inte kunde ingå i resultatet. Övrigt material var rapporter och litteraturstudier, inte vetenskapliga artiklar, vilket också var en anledning till exklusion. De artiklar, rapporter och litteraturstudier som valdes bort för resultatdelen, belyste däremot områden som kunde ha och hade relevans för bakgrunden och/eller resultatdiskussionen.

Samtliga artiklar är baserade på kvantitativa studier. Vi har inte funnit kvalitativa forskningsstudier som belyser det exakta syftet eller som är av vikt för uppsatsens resultat. Vi frågar oss därför om övertid lättare mäts i kvantitativ data. Det hade för uppsatsens resultat varit intressant om vi funnit kvalitativa artiklar eftersom det kanske hade kunnat ge en större beskrivning av och förståelse för, sjuksköterskors egen upplevelse av och syn på övertid. Studierna i resultatet kommer från olika länder; USA, Indien och Filipinerna. Uppsatsens resultat kan ha påverkats av att studierna utgår

ifrån andra länder än Sverige. Detta eftersom samhället och vårdorganisationerna i dessa länder inte är uppbyggda på samma sätt som i Sverige.

RESULTATDISKUSSION

ICN:s etiska kod för sjuksköterskor säger ”*Sjuksköterskan sköter sin hälsa så att förmågan att ge vård inte äventyras*” (Svensk sjuksköterskeförening, 2007). I vårt resultat ser vi hur sjuksköterskors hälsa påverkas negativt av övertid.

HÄLSA ELLER OHÄLSA?

Att sjuksköterskor upplever stress i samband med långa arbetstider framkommer i studien av Kane (2009) och denna stress har visat sig kunna bli kronisk. Kronisk stress kan leda till psykosomatiska symtom såsom ilska, minnessvårigheter och oro (Kane, 2009) och ökar risken att drabbas av kroniskt högt blodtryck, vilket leder till förhöjd risk för hjärt- och kärlsjukdomar (Ringsberg, 2009). Upplevelsen av stress är individuell och situationsbunden (Asp & Ekstedt, 2009) vilket Antonovsky också talar om genom sin teori KASAM. Här konstateras att stress är någonting som finns runt oss människor som vi har olika förutsättningar för att hantera. Det kan tänkas att sjuksköterskor som har ovanstående psykosomatiska skador upplever ohälsa eftersom många av symtomen kan vara förenliga med en känsla av brist gällande meningsfullhet, hanterbarhet och begriplighet. Detta kan innebära en sänkt grad av KASAM.

De negativa konsekvenser som övertid förorsakar på bekostnad av sjuksköterskors hälsa kan härledas till Boorse biostatistiska ansats om hälsa, där Boorse beskriver *hälsa som frånvaro av sjukdom*. Boorse teori är visserligen inte aktuell idag, eftersom det är allmänt vedertaget att hälsa inte enbart handlar om frånvaro av sjukdom. Trots detta skulle teorin kunna betraktas som aktuell även idag då vi i studier sett att arbetsgivare utformar regleringen av övertid för att hantera en konstant underbemanning av sjuksköterskor. Boorse teori skulle i praktiken innebära att sjuksköterskor kan arbeta obegränsat med övertid, trots att de upplever negativa hälsokonsekvenser så länge som diagnostiserad sjukdom inte är konstaterad.

HIRSCHMAN – LOJALITET OCH BEROENDE

I många av studierna har övertid definierats som antingen frivillig eller beordrad. Den frivilliga övertiden innebär att sjuksköterskan själv kan välja att tacka ja eller nej, medan den beordrade övertiden inte går att neka, om inte giltiga skäl uppges och tas i beaktning av fackförbund och arbetsgivare (Vårdförbundet, 2012). I resultatet var de två främsta anledningarna till att sjuksköterskor arbetade övertid att de inte ville svika sina kollegor och att de behövde pengarna (Bae, 2012). Vi tycker oss se att sjuksköterskor arbetar övertid för att de känner en *lojalitet* gentemot sina kollegor och för att sjuksköterskor ska kunna klara av sin privata ekonomi.

Hirschman (2008) är i grunden ekonomisk teoretiker och beskriver hur organisationer och företag förs framåt genom sorti och/eller protest. Hirschman (2008) beskriver lojalitet och beroende. Vi ser beroendet som en potentiell förklaring till att en sjuksköterska väljer att arbeta frivillig övertid. Detta eftersom Hirschman (2008) beskriver lojaliteten inom vården som en ”lojalitet med beroende” gentemot patienter, där dessa patienter inte kan rå för hur organisationen styrs. Kanske kan det vara så att denna lojalitet mot patienterna går att sammankoppla med lojaliteten gentemot kollegorna. Kollegor hjälper varandra genom att täcka schemaluckor och varken patienter eller kollegor kan rå för den aktuella personalbristen i organisationen. Vi har i en litteraturstudie gjord av Lobo, Fisher, Ploeg, Peachey, and Akhtar-Danesh (2013) sett att sjuksköterskorna själva ber sina kollegor att stanna kvar på arbetet för att täcka schemaluckor, vilket också ger oss ett förstärkt intryck av att beroende och lojalitet hänger samman, där kollegorna är beroende av varandra och ställer upp för varandra på grund av lojalitet.

Hirschman (2008) säger att ett beroende kan existera utan samtidig lojalitet. Vi återkopplar till sjuksköterskors ekonomiska situation eftersom den, så långt vår kunskap sträcker sig, är ett av de främsta skälen till varför sjuksköterskor arbetar frivillig övertid. Här tycker vi oss se en koppling mellan Hirschmans teori och sjuksköterskans syn på att arbeta övertid. Vi tänker oss att sjuksköterskor kanske känner ett beroende av organisationen men att lojaliteten inte behöver existera samtidigt. Detta beroende kan därmed innebära att sjuksköterskor arbetar frivillig övertid för att upprätthålla en god/bättre privatekonomi.

Sjukvården i Sverige har som organisation fram till 80-talet, då New Public Management infördes, varit en offentlig sektor av monopol (Christensen & Ivarsson Westerberg, 2005). Detta håller successivt på att förändras eftersom konkurrensen av alternativa arbetsplatser blivit större, bland annat genom framväxten av privatägda vårdorganisationer i vårdkedjan. Beroendet till sin anställning inom en organisation kan därför också ha kommit att ändras då sjuksköterskor har lättare att välja alternativa arbetsgivare.

SKILJELINJEN MELLAN FRIVILLIG OCH BEORDRAD ÖVERTID

I vårt resultat tycker vi oss se en diffus gräns mellan vad som är beordrad och vad som är frivillig övertid. Sjuksköterskor har rapporterat att de känner sig tvingade att arbeta frivillig övertid (Golden Lonnie & Wiens - Tuers Barbara, 2005), vilket vi tänker kan innebära att valet att ta övertid eller att inte göra det, kanske inte är helt igenom frivilligt i praktiken. Eftersom sjuksköterskor rapporterar en känsla av tvång i samband med frivillig övertid, kan detta möjligtvis innebära att sjuksköterskor får skuld känslor om de skulle säga nej till den frivilliga övertiden. Vi frågar oss om det resultat som vi funnit i litteraturstudien av Golden Lonnie and Wiens - Tuers Barbara (2005) som rapporterar att 58 % av sjuksköterskor i hela staten Pennsylvania aldrig har tackat nej till en förfrågan om frivillig övertid, också kan förstås genom lojalitet eller känsla av tvång. Detta eftersom vi, som ovan nämnt, funnit att en känsla av tvång kan vara en bakomliggande orsak till lojaliteten.

Att sjuksköterskor arbetar övertid för att de är i behov av pengar redovisades i vårt resultat där vi funnit ett intressant mönster bland sjuksköterskor som är ensamstående föräldrar och som arbetar övertid. Anledningen till varför de arbetar mer övertid än andra sjuksköterskor, framgår inte i artikeln av A. Trinkoff et al. (2006b) men författarna föreslår däremot att *det kan vara så* att dessa sjuksköterskor har många ekonomiska förpliktelser och därför arbetar mer beordrad övertid. Vi ser detta som en intressant koppling eftersom beordrad övertid inte kan väljas av sjuksköterskorna. I bakgrunden beskriver vi att när det gäller beordrad övertid har arbetsgivaren en skyldighet att höra sig för med samtliga anställda om de kan arbeta frivillig övertid *innan* de beordrar in någon i personalen, eftersom beordring ska vara en sista utväg. Vi ser härmed en möjlig förklaring till varför just sjuksköterskor som är ensamstående föräldrar arbetar mer beordrad övertid än andra sjuksköterskor, om arbetsgivaren gör ett urval i beordrings - processen där arbetsgivaren i första hand tillfrågar anställda som de har vetskap om behöver arbeta extrapass, av ekonomiska skäl.

De för sjuksköterskor negativa konsekvenser som följer med övertid, har vi sett är trötthet och fatigue, fysiska skador, brist på socialt liv, sämre livstilsvanor, stresspåverkan och utbrändhet (Bae, 2012; de Castro et al., 2010; Geiger-Brown et al., 2011; Kane, 2009; Scott et al., 2006; Stimpfel et al., 2012; A. Trinkoff et al., 2006b; A. M. Trinkoff et al., 2007; A. M. Trinkoff et al., 2006a; A. M. Trinkoff & Storr, 1998). Med vetskap om dessa hälsokonsekvenser kan vi se svårigheter för sjuksköterskor att samtidigt som att arbeta övertid kunna ta hand om den egna hälsan, och därmed följa ICN:s etiska rekommendationer.

Om sjuksköterskor inte har sin hälsa i behåll på grund av att de arbetar övertid, äventyrar detta inte bara deras hälsa, utan också patienters säkerhet i vården. Säkerhet förutsätter kvalitet och om

kvaliteten brister, förloras eller försämras säkerheten (Lindh & Sahlqvist, 2012). Eftersom övertid ger negativa hälsokonsekvenser ser vi sålunda att detta kan medföra att kvaliteten på vården blir sämre. Ödegård (2013) menar att om vårdens säkerhet ska prioriteras måste arbetstiderna gynna personalens hälsa (Ödegård, 2013). Eftersom arbetsgivarna har skyldighet att se till att arbetsförhållandena är goda ser vi följaktligen en nödvändighet i att arbetsgivarna medvetandegör verksamhetens behov av sjuksköterskor med god hälsa. En god hälsa ger förutsättning för goda arbetsförhållanden, vilket vi ser är rimligt att arbetsgivaren tar i beaktning om vården långsiktigt ska kunna behålla sjuksköterskor.

SLUTSATS

Slutligen vill vi poängtera, att det inte är övertiden i sig som är problematisk, utan snarare det faktum att övertid används i alldeles för stor utsträckning. Vi ser att övertid fyller en viss funktion vid olika typer av samhällsliga krissituationer t.ex. naturkatastrofer eller vid större olyckor, där en större arbetskraft krävs för att återställa ordning i samhället. Vi tror därför inte på att avlägsna övertiden helt, vilket ANA däremot förespråkar. Att arbetsgivare sätter övertiden i system genom att använda den som ett sätt att klara av en underbemanning av sjuksköterskor, är dock inte en långsiktig lösning. Det krävs därför en förändring av arbetsförhållandena för att vården ska kunna behålla kompetenta sjuksköterskor.

Vi efterfrågar mer forskning som utreder huruvida arbetsgivare inom vården och lagstiftare besitter medvetenhet om övertidens negativa konsekvenser för såväl sjuksköterskors hälsa som för vårdens hållbarhet.

REFERENSER

- American nurses association. (2013). Overtime Issues. Retrieved [2013-10-09], from <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/NurseStaffing/OvertimeIssues>
- Asp, Margareta, & Ekstedt, Mirjam. (2009). Trötthet, vila och sömn In A.-K. Edberg, H. Wijk & M. Castoriano (Eds.), *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa* (pp. 418 - 487). Lund: Studentlitteratur.
- Bae, S. H. (2012). Nursing overtime: why, how much, and under what working conditions? *Nurs Econ*, 30(2), 60-71; quiz 72.
- Buerhaus, P. I., DesRoches, C., Donelan, K., & Hess, R. (2009). Still making progress to improve the hospital workplace environment? Results from the 2008 National Survey of Registered Nurses. *Nurs Econ*, 27(5), 289-301.
- Christensen, Tom, & Ivarsson Westerberg, Anders. (2005). *Organisationsteori för offentlig sektor*. Malmö: Liber.
- de Castro, A. B., Fujishiro, K., Rue, T., Tagalog, E. A., Samaco-Paquiz, L. P., & Gee, G. C. (2010). Associations between work schedule characteristics and occupational injury and illness. *Int Nurs Rev*, 57(2), 188-194. doi: 10.1111/j.1466-7657.2009.00793.x
- Friberg, Febe. (2012). *Dags för uppsats : vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Geiger-Brown, J., Trinkoff, A., & Rogers, V. E. (2011). The impact of work schedules, home, and work demands on self-reported sleep in registered nurses. *J Occup Environ Med*, 53(3), 303-307. doi: 10.1097/JOM.0b013e31820c3f87
- Golden Lonnie, & Wiens - Tuers Barbara. (2005). Mandatory Overtime Work in the United States: Who, Where, and What? *Labor Studies Journal*.
- Granskär, Monica, & Höglund-Nielsen, Birgitta. (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Hedelin, Birgitta, Jormfeldt, Henrika, & Svedberg, Petra. (2009). Hälsobegreppet - synen på hälsa och sjuklighet. In F. Friberg, J. Öhlén, A.-K. Edberg & M. Castoriano (Eds.), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt* (pp. 238-260). Lund: Studentlitteratur.
- Hirschman, Albert O., Hemmingson, Sten, & Larsén, Mats. (2008). *Sorti eller protest : en fråga om lojaliteter*. Lund: Arkiv.
- Kane, P. P. (2009). Stress causing psychosomatic illness among nurses. *Indian J Occup Environ Med*, 13(1), 28-32. doi: 10.4103/0019-5278.50721
- Lindh, Marion, & Sahlqvist, Lena. (2012). *Säker vård : att förebygga skador och felbehandlingar inom vård och omsorg*. Stockholm: Natur & Kultur.

- Lobo, V. M., Fisher, A., Ploeg, J., Peachey, G., & Akhtar-Danesh, N. (2013). A concept analysis of nursing overtime. *J Adv Nurs*, 69(11), 2401-2412. doi: 10.1111/jan.12117
- Medin, Jennie, & Alexanderson, Kristina. (2000). Begreppen hälsa och hälsofrämjande : en litteraturstudie (pp.). Lund: Studentlitteratur.
- Nationalencyklopedin. (2013a). Lojal. Retrieved [2013-10-06], from <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/kort/lojal>
- Nationalencyklopedin. (2013b). Lojalitetsplikt. Retrieved 2013-01-11, from <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lojalitetsplikt>
- Nordenfelt, Lennart. (2004). Livskvalitet och hälsa : teori & kritik (pp.). Linköping: Univ., Institutionen för hälsa och samhälle.
- Ringsberg, C. Karin. (2009). Livsstil och hälsa In F. Friberg, J. Öhlén, A.-K. Edberg & M. Castoriano (Eds.), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt* (pp. 264 - 292). Lund: Studentlitteratur.
- Scott, L. D., Rogers, A. E., Hwang, W. T., & Zhang, Y. (2006). Effects of critical care nurses' work hours on vigilance and patients' safety. *Am J Crit Care*, 15(1), 30-37.
- SFS 1982:673. *Arbetstidslag*. Stockholm: Sveriges riksdag.
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Sveriges riksdag.
- Skärsäter, Ingela. (2009). Psykisk ohälsa. In F. Friberg, J. Öhlén, A.-K. Edberg & M. Castoriano (Eds.), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt* (pp. 712 - 746). Lund: Studentlitteratur.
- Statistiska centralbyrån. (2012). INFORMATION OM UTBILDNING OCH ARBETSMARKNAD 2012:2. (2013-10-25), http://www.scb.se/statistik/publikationer/UF0505_2012A0501_BR_AM0578BR1202.pdf.
- Steinbrook, R. (2002). Nursing in the crossfire. *N Engl J Med*, 346(22), 1757-1766. doi: 10.1056/nejm200205303462225
- Stimpfel, A. W., Sloane, D. M., & Aiken, L. H. (2012). The longer the shifts for hospital nurses, the higher the levels of burnout and patient dissatisfaction. *Health Aff (Millwood)*, 31(11), 2501-2509. doi: 10.1377/hlthaff.2011.1377
- Svensk sjuksköterskeförening. (2007). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. <http://www.swenurse.se>.
- Tamm, Maare. (1994). Modeller för hälsa och sjukdom (pp. 44-75). Saltsjö-Boo: Tiger.
- Tangen, Henrik, & Conrad, Charlotte. (2009). Skapa och bygga hälsa på arbetsplatsen (pp. s . 9). Lund: Studentlitteratur.

- Trinkoff, A., Geiger-Brown, J., Brady, B., Lipscomb, J., & Muntaner, C. (2006b). How long and how much are nurses now working? *Am J Nurs*, 106(4), 60-71, quiz 72.
- Trinkoff, A. M., Le, R., Geiger-Brown, J., & Lipscomb, J. (2007). Work schedule, needle use, and needlestick injuries among registered nurses. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 28(2), 156-164. doi: 10.1086/510785
- Trinkoff, A. M., Le, R., Geiger-Brown, J., Lipscomb, J., & Lang, G. (2006a). Longitudinal relationship of work hours, mandatory overtime, and on-call to musculoskeletal problems in nurses. *Am J Ind Med*, 49(11), 964-971. doi: 10.1002/ajim.20330
- Trinkoff, A. M., & Storr, C. L. (1998). Work schedule characteristics and substance use in nurses. *Am J Ind Med*, 34(3), 266-271.
- Vårdförbundet. (2012). *Allmänna bestämmelser*.
- Vårdförbundet. (2013). Anställningsavtalet. from <https://vardforbundet.se/Stod-och-service/Yrkeslivet/Anstallningen/Anstallningsavtalet/>
- Ödegård, Synnöve. (2013). *Patientsäkerhet : teori och praktik*. Stockholm: Liber.
- Öhrn, Annica (2009). Patientsäkerhet. In A. Ehrenberg, L. Wallin, A.-K. Edberg & M. Castoriano (Eds.), *Omvårdnadens grunder. Ansvar och utveckling* (pp. 372 - 401). Lund: Studentlitteratur.
- Öresland, Stina, & Lützén, Kim. (2009). Etiska stigar och moraliska vandringar. In F. Friberg, J. Öhlén, A.-K. Edberg & M. Castoriano (Eds.), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt* (pp. 358 - 375). Lund: Studentlitteratur.

BILAGA 1

LITTERATURSÖKNING

Datum	Sökord	Avgränsningar	Träffar	Relevant titel	Relevanta tillgängliga abstracts	Valda artiklar efter granskning
130918 Pubmed	overtime and stress and nursing	-	26	15	4	1
130918 Pubmed	mandatory overtime AND nurses and health	-	28	12	5	4
130918 Pubmed	overtime AND work schedules	-	38	14	3	1
130918 Pubmed	extended work schedule AND nurse	-	25	6	4	1
130918 Pubmed	nurse working conditions AND overtime	-	25	12	5	1
130918 Pubmed	extended work shifts AND nursing	-	25	13	8	3
130918 Pubmed	extended work shifts AND nurses health	-	33	12	2	1
130918 Pubmed	working conditions AND work schedule AND nurse staffing	-	21	4	3	1
130918 Pubmed	nursing overtime AND organizations	-	49	22	3	0
130918 Pubmed	overtime AND hospitals	-	59	24	9	2

	AND nurses					
130918 Scopus	overtime and stress and nursing	-	27	16	0	0
130918 Scopus	mandatory overtime AND nurses and health	-	28	12	0	0
130918 Scopus	overtime AND work schedules	-	325	12	2	1
130918 Scopus	extended work schedule AND nurse	-	33	22	4	1
130918 Scopus	nurse working conditions AND overtime	-	24	14	0	0
130918 Scopus	extended work shifts AND nursing	-	29	13	0	0
130918 Scopus	extended work shifts AND nurses health	-	29	9	0	0
130918 Scopus	working conditions AND work schedule AND nurse staffing	-	27	4	2	1
130929 Scopus	nursing overtime AND organizations	-	143	2	0	0
130929 Scopus	overtime AND hospitals AND nurses	-	164	0	0	0
130929 CINAHL	overtime and stress and nursing		27	4	0	0
130929 CINAHL	mandatory overtime AND nurses and health	-	0	0	0	0
130929 CINAHL	overtime AND work schedules	-	12	2	1	0
130929	extended work	-	0	0	0	0

CINAHL	schedule AND nurse					
130929 CINAHL	nurse working conditions AND overtime		3	2	1	0
130929 CINAHL	extended work shifts AND nursing	-	9	5	2	0
130929 CINAHL	extended work shifts AND nurses health	-	2	2	2	0
130929 CINAHL	working conditions AND work schedule AND nurse staffing	-	0	0	0	0
130929 CINAHL	nursing overtime AND organizations		5	3	1	0
130929 CINAHL	overtime AND hospitals AND nurses		73	9	3	1

BILAGA 2

ARTIKELÖVERSIKT

Författare: Alison M. Trinkoff, Rong Le, Jeanne Geiger – Brown, Jane Lipscomb, Gary Lang

Publicerings år: 2006

Titel: *Longitudinal relationship of work hours, mandatory overtime, and on-call to musculoskeletal problems in nurses*

Tidskrift: American Journal of Industrial Medicine

Land: USA

Syfte: Att undersöka relationen mellan schemafaktorerna beordrad övertid, jour, lediga dagar, arbeta trots sjukdom och skador/smärta i nacke, axlar och rygg.

Metod: Longitudinell undersökning utförd på 4229 slumpmässigt utvalda sjuksköterskor i två amerikanska delstater, som besvarade frågeformulär. Urval och avgränsningar är tydligt redovisade.

Resultat: Att arbeta beordrad övertid, långa arbetspass och jour när sjuksköterskan egentligen skulle ha varit ledig, arbete trots sjukdom, arbeta nattarbete samt att inte ha tillräckligt med vila mellan arbetspassen, utgör en signifikant högre risk för att få skador på nacke, axlar och rygg.

Författare: Sung – Heui Bae

Publicerings år: 2012

Titel: *Nursing overtime: why, how much, and under what working conditions?*

Tidskrift: Nursing Economics

Land: USA

Syfte: Att beskriva förekomsten och behovet av övertid på sjukhus och hur detta påverkade arbetsvillkoren för sjuksköterskor, samt beskriva anledningarna till varför dessa sjuksköterskor arbetade övertid.

Metod: Tvärsnittsstudie av kvantitativ data. Studien genomfördes i två amerikanska delstater där 236 sjuksköterskor deltog. Urval och avgränsningar är tydligt redovisade.

Resultat: Sjuksköterskor arbetar övertid av två huvudanledningar; de vill inte svika sina kollegor och de behöver tjäna mer pengar. Olika typer av övertid förklarades och sattes i relation till sjuksköterskornas arbetsvillkor.

Författare: Amy Witkoski Stimpfel, Douglas M. Sloane, Linda H. Aiken

Publicerings år: 2012

Titel: *The longer the shifts for hospital nurses, the higher the levels of burnout and patient dissatisfaction*

Tidskrift: Health Affairs

Land: USA

Syfte: Att undersöka relationen mellan längden på sjuksköterskors arbetspass och förekomsten av att de känner missnöje på arbetet, att de blir utbrända och/eller har intention att lämna sitt arbete samt hur denna relation påverkade patienterna.

Metod: En sekundär analys gjordes med hjälp av tvärsnittsdata från tre olika källor: Multi-State Nursing Care and Patient Safety Study, Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems survey och American Hospital Association Annual Survey of Hospitals.

Resultat: Utbrändhet hos sjuksköterskor var vanligast bland dem som hade arbetspass mellan 10 – 11 timmar eller arbetade mer än 13 timmar. Patienterna som blev vårdade av sjuksköterskorna med dessa arbetstider rapporterade ett missnöje av vården de erhölet.

Författare: Linda D. Scott, Ann E. Rogers, Wei – Ting Hwang, Yawei Zhang

Publicerings år: 2006

Titel: *Effects of critical care nurses' work hours on vigilance and patients' safety*

Tidskrift: American Journal of Critical Care

Land: USA

Syfte: Att beskriva om arbetsmönster för sjuksköterskor inom akutsjukvård och antalet arbetade timmar, går att sätta i relation till antalet fel som görs av sjuksköterskorna, samt undersöka om antalet arbetade timmar hade negativ påverkan på vaksamheten hos dessa sjuksköterskor.

Metod: Deskriptiv, undersökande studie utfördes på sjuksköterskor inom akutsjukvård där de utvalda fick föra loggbok under en 28 dagars-period. I loggboken noterade de uppgifter om sitt schema, hur mycket övertid de arbetat, om de haft lediga dagar och hur mycket de sovit och mått. Loggbokens reliabilitet och validitet kontrollerades inför studien.

Resultat: Sjuksköterskor som arbetat många timmar i sträck och övertid gjorde mer fel och var mindre vaksamma än de som arbetat färre timmar. 20 % av sjuksköterskorna (som arbetat övertid och många timmar i sträck) rapporterade att de somnat minst en gång under ett arbetspass.

Författare: Alison M. Trinkoff, Rong Le, Jeanne Geiger – Brown, Jane Lipscomb

Publicerings år: 2007

Titel: *Work schedule, needle use and needlestick injuries among registered nurses*

Tidskrift: The University of Chicago Press

Land: USA

Syfte: Att undersöka arbetsvillkoren för sjuksköterskor med fokus på schemautformning, det krav som arbetet innebär och den dagliga användningen av nålar. Dessa arbetsvillkor sattes i relation till antalet stickskador sjuksköterskorna fick. Studien beskriver också de konsekvenser stickskadorna gav och om antalet stickskador var beroende av vilken arbetsplats och specialitet sjuksköterskorna hade.

Metod: Longitudinell 3-vågsstudie skapad utifrån *Nurses Worklife an Health Study*, genomfördes på 2624 slumpmässigt utvalda sjuksköterskor från två amerikanska delstater som fick fylla i frågeformulär. Analysen gjordes genom att jämföra antalet stickskador sjuksköterskorna fått med bl.a. vilken arbetsplats, vilket schema och vilken specialitet de hade.

Resultat: Stickskador var signifikant associerat till schemakomponenter, t.ex. att arbeta över 13 timmar i rad.

Författare: Alison Trinkoff, Jeanne Geiger – Brown, Barbara Brady, Jane Lipscomb, Carles Muntaner

Publicerings år: 2006

Titel: *How long and how much are nurses now working? Too long, too much and without enough rest between shifts, a study finds*

Tidskrift: American Journal of Nursing

Land: USA

Syfte: Att beskriva vad utökade arbetsscheman innebär och förekomsten av dessa bland sjuksköterskor.

Metod: Kvantitativ undersöknings-data från en longitudinell studie gjord på registrerade sjuksköterskor utifrån National Institute of Occupational Safety and Health, användes för att utföra studien. 2273 slumpmässigt utvalda sjuksköterskor fick besvara frågeformulär. Urval och avgränsningar har tydligt redovisats.

Resultat: 95 % av sjuksköterskorna i studien var kvinnor. 28, 4 % av samtliga deltagande i studien rapporterade att de inklusive övertid, vanligtvis arbetade över tolv timmar per arbetspass. Sjuksköterskor som arbetade långa arbetspass tog ut få raster under sin arbetstid. Många hade mindre än en timme varje dag att varva ner eller göra fritidsaktiviteter på.

Författare: A.B. de Castro, K. Fujishiro, E.A. Tagalog, L.P.G. Samaco – Paquiz, G.C. Gee

Publicerings år: 2010

Titel: *Associations between work schedule characteristics and occupational injury and illness*

Tidskrift: International Nursing Review

Land: Filippinierna

Syfte: Att undersöka hur natt, dag och kvällsskift (treskift) samt beordrad övertid är associerade med arbetsskador, utöver långa arbetstider.

Metod: Tvärsnittsstudie där 655 sjuksköterskor fick fylla i enkäter. Utifrån enkäterna mättes fyra kategorier: arbetsrelaterade skador under det gångna året, arbetsrelaterad ohälsa under det gångna året, missade arbetstillfällen över två dagar pga. arbetsrelaterad ohälsa eller skada, samt ryggsmärta. Urvalet och avgränsningarna i studien är tydligt redovisade.

Resultat: 65 % av sjuksköterskorna arbetade över 40 timmar/veckan. Under en månad hade 81 % arbetat beordrad övertid vid minst ett tillfälle. Av sjuksköterskor som arbetade beordrad övertid hade 41 % drabbats av arbetsrelaterad ohälsa under det gångna året. Nästan en tredjedel hade missat minst två dagar av arbetet pga. av arbetsrelaterad skada/ohälsa. 78 % hade fått ryggsmärtor.

Författare: Alison M. Trinkoff, Carla L. Storr

Publicerings år: 1998

Titel: *Work schedule characteristics and substance use in nurses*

Tidskrift: American Journal of Industrial Medicine

Land: USA

Syfte: Att undersöka relationen mellan olika schemakomponenter (helger, övertid och arbetspassets längd) och användningen av droger och alkohol bland sjuksköterskor med olika familjeförhållanden.

Metod: Ett urval av registrerade sjuksköterskor gjordes utifrån Nurses' Worklife and Health Study med efterföljande stratifierat urval. En anonym mailundersökning gjordes där sjuksköterskor fick rapportera om hur deras schema såg ut och om sina vanor kring alkohol, droger och rökning det senaste året. Svaren som kom av undersökningen sattes i relation till de olika schemakomponenterna. Urval, avgränsningar och demografisk bakgrund var tydligt redovisade.

Resultat: De sjuksköterskor som hade schemakomponenter som inkluderade övertid, långa pass och helger var risken för att använda droger, använda alkohol och rökning något större än för de som inte hade dessa schemakomponenter.

Författare: Jeanne Geiger – Brown, Alison Trinkoff and Valerie E. Rogers

Publicerings år: 2011

Titel: *The impact of work schedules, home, and work demands on self-reported sleep in registered nurses*

Tidskrift: American College of Occupational and Environmental Medicine

Land: USA

Syfte: Att utforska hur otillräcklig och rastlös sömn hos sjuksköterskor kan sättas i relation till deras arbetsscheman.

Metod: Tvärsnittsstudie som utfördes genom att sjuksköterskor fick fylla i enkäter via mail. Enkäterna inkluderade frågor om hur arbetsschemat sett ut den senaste veckan och hur deltagaren upplevt sin sömn under samma tidsperiod. Urval och avgränsningar är tydligt redovisade. Demografiska likheter och skillnader mellan sjuksköterskorna redovisades.

Resultat: 43,6 % av deltagarna rapporterade otillräcklig sömn vid minst tre tillfällen senaste veckan. 29 % sjuksköterskorna hade under minst tre nätter den senaste veckan upplevt rastlös sömn. Det fanns en signifikant högre risk för otillräcklig sömn om sjuksköterskorna arbetade 9-11 timmar/arbetspass jämfört med om de arbetade 8 eller färre timmar/arbetspass. En signifikant högre risk för både rastlös och otillräcklig sömn syntes om deltagarna beordrats in för att arbeta övertid vid minst ett tillfälle/månad.

Författare: Pratibha P. Kane

Publicerings år: 2009

Titel: *Stress causing psychosomatic illness among nurses*

Tidskrift: Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine

Land: Indien

Syfte: Att påvisa utbredningen och förekomsten av stress hos sjuksköterskor som arbetar på sjukhus, förekomsten av stressrelaterade psykosomatiska sjukdomar, samt urskilja de främsta orsakerna till stress.

Metod: Nurses Stress Scale (av Grey-Toft) översattes från engelska till Marathi och skickades tillsammans med en lista på psykosomatiska symtom till 106 sjuksköterskor, samtliga responderade och deltog i studien. Fyra faktorer relaterade till stress identifierades; stress kopplat till hemmet, arbetsrelaterad stress, samspelet på arbetet och tillfredställelse av arbetet.

Resultat: Att inte få lämna arbetet i tid pga. dåligt betalt, konflikt med närstående, övertid och brist på sjuksköterskor var de främsta stressfaktorerna. Sjuksköterskorna kände sig till följd av stressen trötta, upplevde minnesproblematik, blev stela i axlar och nacke, samt kände ilska och oro.