EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2022:56

Moralisk stress och dess konsekvenser för akutsjuksköterskors vårdande på akutmottagningen

- En systematisk och integrativ litteraturstudie

Boström Tarja

Ekman Maria

HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel:	Moralisk stress och dess konsekvenser för akutsjuksköterskors vårdande på akutmottagningen. En systematisk och integrativ litteraturstudie.
Titel på engelska:	Moral distress and its consequences for emergency nurses care in the emergency department. A systematic and integrative literature study.
Författare:	Boström, Tarja och Ekman, Maria
Huvudområde:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot akutsjukvård
Handledare:	Andersson, Henrik
Examinator:	Saarnio Huttu, Lotta

Sammanfattning

Akutmottagningens vårdmiljö präglas av hög belastning och oförutsägbarhet vilka kan orsaka konflikter mellan nödvändiga åtgärder och individens moraliska värderingar. Akutsjuksköterskor ska verka utifrån ICN:s etiska kod, inneha ett holistiskt synsätt, personcentrerat förhållningsätt och skapa förutsättningar för vårdande relationer med patienter och närstående. En hög arbetsbelastning och tidsbrist orsakar att patienter och akutsjuksköterskor upplever att vårdens kvalité försämras. När akutsjuksköterskor känner ansvar över vårdandet men hindras att bedriva önskad vård skapas moralisk stress. På senare år ses en stigande och mer utspridd förekomst av moralisk stress, hur det påverkar akutsjuksköterskor samt deras vårdande på akutmottagningen bör uppmärksammas. Syftet med studien var att utforska tillgänglig vetenskaplig litteratur avseende moralisk stress och dess konsekvenser för akutsjuksköterskors vårdande på akutmottagning. En systematisk och integrativ litteraturstudie genomfördes på nio publicerade vetenskapliga studier vilka inhämtades via Cinahl, PubMed, PsycInfo samt genom manuella sökningar och en systematisk dataanalys utfördes. Resultatet visade att moralisk stress ses i direkt relation till akutsjuksköterskors oförmåga att vårda, till följd av hög arbetsbelastning, omvårdnaden blir underordnad medicinska åtgärder, oprofessionella förhållningssätt, avsaknad av samsyn på patientvården, bristande kommunikation samt stöd. Upprepad och långvarig moralisk stress kan orsaka identitetsförluster, försämrad patientvård, sjukskrivning, arbetsmissnöje vilket bidrar till att akutsjuksköterskor väljer andra arbetsplatser eller slutar arbeta inom vården.

Nyckelord: *Akutmottagning, akutsjuksköterska, akutsjukvård, moralisk stress, systematisk integrativ litteraturstudie, vårdande*

Abstract

The emergency room's care environment is characterized by high workload and unpredictability, which can cause conflicts between necessary measures and the individual's moral values. Emergency nurses must operate on the basis of the ICN:s code of ethics, have a holistic approach, a person-centered approach and create conditions for caring relationships with patients and relatives. A high workload and lack of time causes patients and emergency nurses to experience a deterioration in the quality of care. When emergency nurses feel responsible for the care but are prevented from providing the desired care, moral stress is created. In recent years, an increasing and more widespread occurrence of moral stress, how it affects emergency nurses and their care in the emergency department should be noted. The purpose of the study was to explore available scientific literature regarding moral stress and its consequences for emergency nurses in the emergency department. A systematic and integrative literature study was conducted on nine published scientific studies obtained via Cinahl, PubMed, PsycInfo and manual searches, and a systematic data analysis was performed. The results showed that moral stress is seen in direct relation to the emergency nurses' inability to care, due to high workload, nursing becomes subordinate to medical measures, unprofessional approaches, lack of consensus on patient care, lack of communication and support. Repeated and prolonged moral stress can cause identity loss, deteriorating patient care, sick leave, work dissatisfaction which contribute to that emergency nurses choose other workplaces or stop working in health care.

Key words: *Caring, emergency care, emergency department, emergency nurse, moral distress, systematic integrative literature study*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING 1

BAKGRUND 1

Akutmottagningen 1

Akutsjuksköterskor 2

Vårdandet på akutmottagningen 3

Etik och moral 5

Arbetsrelaterad stress och dess konsekvenser för moraliskt handlande 5

PROBLEMFORMULERING 6

SYFTE 6

METOD 7

Design 7

Problemidentifiering 7

Litteratursökning 8

Kvalitetsgranskning 12

Dataanalys 12

Förförståelse 13

Etiska överväganden 14

RESULTAT 14

Ett vårdarbete med begränsningar skapar moralisk stress 15

Vara underordnad ett medicinskt förhållningssätt 15

Vara otillräcklig i sin yrkesutövning 15

Vara oprofessionell i sin yrkesutövning 16

Bristfällig vård orsakar lidande hos patienten 17

En vårdmiljö som skapar moralisk stress 18

Påverkas av patientflödet 18

Påverkas av arbetsbelastningen 18

Påverkas av informationsöverföringen 19

DISKUSSION 19

Metoddiskussion 19

Resultatdiskussion 22

Ett vårdarbete med begränsningar skapar moralisk stress 23

En vårdmiljö som skapar moralisk stress 25

Hållbar akutsjukvård 28

Slutsats 29

Kliniska implikationer 29

REFERENSER 30

BILAGOR

Bilaga 1. PRISMA 2020

Bilaga 2. Granskningsmall

Bilaga 3. Artikelmatris

INLEDNING

Föreliggande litteraturstudie redogör konsekvenser mellan moralisk stress och akutsjuksköterskors vårdande på akutmottagningen. Valet av ämne utgjordes utifrån att författarna identifierat moralisk stress som ett problem vid arbetet på akutmottagningen. Akutsjuksköterskor ska inneha ett holistiskt synsätt vilket möjliggör personcentrering och ska skydda patienten från onödigt lidande. Akutmottagningen har inga begränsningar i antal patienter, sökorsaker varierar i hög utsträckning, arbetsmiljön är oförutsägbar, hot och våld förekommer, arbetsbelastningen är hög, det uppstår överbelastning samt bordning. Tidigare forskning visar att överbelastning och bordning ökar risken för misstag, försenat omhändertagande, stress, utbrändhet och arbetsmissnöje vilket hotar patientsäkerheten och akutsjuksköterskors hälsa. Vid hög arbetsbelastning tvingas akutsjuksköterskor att gå emot sina etiska principer och moraliska värderingar till följd av oförmåga att bedriva vårdandet det professionella ansvaret kräver. Moralisk stress består av känslor såsom ångest, rädsla, oro, ilska och/eller frustration vilka genererar konsekvenser för individen, patienten och för akutsjukvården. Genom att lyfta moralisk stress och dess konsekvenser för akutsjuksköterskors vårdande kan ämnet uppmärksammas och strategier för att främja hälsa samt hållbarhet upprättas.

BAKGRUND

Akutmottagningen

Akutmottagningens uppdrag och målsättning beskrivs i 3 kap. 1§ i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) där akutsjukvården ska upprätthålla god hälsa och bedriva god vård vilket ska ske på lika villkor för hela befolkningen där den med störst vårdbehov skall ges företräde till vården. God vård innefattar vård med hög hygienisk standard samt kvalité där patientens integritet, självbestämmande, trygghet, kontinuitet och säkerhet respekteras och tillgodoses. Vården ska vara lättillgänglig och främja goda kontakter mellan patienten samt hälso- och sjukvårdens personal. För att kunna ge god vård ska enligt hälso- och sjukvårdslagen, lokaler, utrustning och personal finnas där vård bedrivs (SFS 2017:30). Vårdmiljön har stor betydelse för patienter och deras närstående. Om miljön uppfattas trygg och säker upplevs det att professionell vård erhålls vilket även medverkar till arbetstillfredsställelse. Fysisk miljö är allt runt omkring oss, utrustning och möbler och psykosociala miljön är upplevelser i olika miljöer. Vårdmiljön påverkas även av tidigare erfarenheter i olika vårdsituationer, varierande uppfattningar samt värderingar vilka kan ha effekt på vårdmiljön (Svensk sjuksköterskeförening 2010).

Akutmottagningen är en komplex och dynamisk organisation vilken inte begränsas av tid på dygnet. Akutmottagningen liknar inte någon annan organisation inom hälso- och sjukvården, då det inte föreligger begränsningar i patientantal, patienter anländer med många olika sjukdomar och skador, hög andel hot och våld förekommer, höga krav med få resurser, överbelastning och bordning (Gorman 2019). Den belastade och oförutsägbara miljön kan orsaka konflikter mellan nödvändiga åtgärder och individens moraliska värderingar (Babamohamadi, Katrimi & Paknazar 2021).

Ett globalt problem är överbelastning på akutmottagningen, det innebär att patientantalet överstiger tillgängliga resurser. Dessutom ses bordning vilket orsakar att patienter blir kvar på akutmottagningen i väntan på vårdplats (Gorman 2019; Ugglas, Lindmarker, Ekelund, Djärv & Holzmann 2021). De här fenomenet gör att patienter blir kvar på akutmottagningen under lång tid vilket orsakar en hög arbetsbelastning för akutsjuksköterskor (Gorman 2019; Källberg et al. 2014). Det utgör även en utmaning att bedriva god omvårdnad och samtidigt är det av stor betydelse för vårdens kvalité och för patientsäkerheten (Pavedahl, Holmström, Summer Meranius, von Thiele Schwars & Muntlin 2021). Överbelastning och bordning hotar patientsäkerheten samt akutsjuksköterskors hälsa då fenomenen ökar risken för misstag, försenat omhändertagande, stress, utbrändhet och arbetsmissnöje (Ugglas et al. 2021).

Vid skada eller sjukdom kan akutmottagningen vara patientens första vårdkontakt och den initiala bedömningen anses avgörande för fortsatt vård och behandling (Inspektionen för vård och omsorg [IVO], 2015, s. 11). För att bedöma sjukdomens eller skadans allvarlighetsgrad används triage vilket är ett stöd för den medicinska bedömningen och vägledande för patientens prioritering. Triage ska säkerställa att patienten är på rätt plats, vid rätt tid samt erhåller rätt vård och behandling (Corkery et al. 2021). Triage är vägledande för prioriteringar och andra svåra ställningstaganden, att avgöra vilka patienter som är i behov av akut omhändertagande, kan vänta på bedömning eller återgå till hemmet (IVO 2015, s. 11; Misty et al. 2018). Det akuta omhändertagandet utgår ifrån ABCDE-konceptet och Advance Trauma Life Support (ATLS) vilket möjliggör systematiskt och organiserat medicinskt omhändertagande. Det här utgör en risk att fokus endast hamnar på medicinsk status och teknik i stället för omvårdnaden av patienten (Pavedahl et al. 2021).

Akutsjuksköterskor

Internationellt är akutmottagningen en arbetsplats där det arbetar legitimerade sjuksköterskor och sjuksköterskor vilka genomgått specialistutbildning (Woo, Lee & Tam 2017). En grundutbildad sjuksköterska har en generell kunskap vilket möjliggör arbete inom flera olika kliniska miljöer, medan en specialistutbildad sjuksköterska har ytterligare utbildning vilken fokuserar på ett särskilt område. Utbildningen möjliggör särskild kompetens inom det specifika området (Boman, Levy-Malmberg & Fagerström 2020). Akutsjuksköterskor ska likt grundutbildade sjuksköterskor verka utifrån ICN:s etiska kod (Riksföreningen för akutsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening [SENA] 2017, s. 3). Det innebär att omvårdnaden bygger på de fyra ansvarsområdena lindra lidande, förebygga sjukdom, främja hälsa och återställa hälsa. Omvårdnaden ska bygga på respekt för mänskliga rättigheter, rätt till liv och egna val, värdighet, att bli bemött med respekt samt kulturella rättigheter (International Council of Nurses [ICN] 2021, s. 2).

Akutsjuksköterskor ska utföra relevant triagering och prioritering för att bedöma det akuta vårdbehovet hos patienter samt besitta kunskap för att skilja på patienter med livshotande tillstånd eller mindre akuta tillstånd. Fortsatt ska akutsjuksköterskor inneha kunskap och kompetens i akutomhändertagande av instabila och odiagnostiserade patienter samt säkerställa snabb handläggning för att optimera patientens resultat (Boman, Levy-Malmberg & Fagerström 2020; Woo, Lee & Tam 2017). Akutsjuksköterskor ska besitta kompetens för att på ett systematisk, korrekt och säkert sätt omhänderta traumapatienter eller patienter vilka utsatts för olycka med biologisk-, nukleär-, explosiv-, kemisk- eller radioaktivkaraktär. De ska även inneha kunskap att identifiera samt stödja särskilt sårbara eller utsatta patienter (SENA 2017, s. 7). Akutsjuksköterskor ska besitta ett holistiskt synsätt och skapa förutsättningar för vårdande relationer genom, delaktighet samt partnerskap i relation till patienter och närstående, med särskild hänsyn och respekt för den svåra situation de befinner sig i (Pavedahl et al. 2021; SENA 2017, s. 7).

Akutsjuksköterskor ska ha kunskap och förståelse för vården och dess flöden för att patienter ska omhändertas på rätt vårdnivå, genom att på ett systematiskt sätt tillämpa vårdlogistik. De ska inneha förmågan att självständigt bedriva förbättringsarbete och utveckla rutiner för att höja omvårdnadens kvalité samt främja patientsäkerheten (Ljungbeck, Sjögren-Fors, Finnbogadóttir & Carlson 2021; SENA 2017, s. 9). Akutsjuksköterskor ska främja samt förbättra vården för att säker, hållbar, evidensbaserad och personcentrerad akutsjukvård ska erbjudas (SENA 2017, s. 5; Woo, Lee & Tam 2017) och besitta fördjupad kunskap kring samarbete samt kommunikation i multidisciplinära team (Boman, Levy- Malmberg & Fagerström 2020).

Vårdandet på akutmottagningen

Inom vårdvetenskapen ligger fokus på vårdfenomenet och inte på professionen, vårdvetenskapen syftar till att undersöka och utveckla kunskap om vård vilka kan användas likt en grund till vårdandet i olika sammanhang och kontext (Karlsson & Pennbrant 2020). Vårdandet eller omsorgen är ett naturligt mänskligt beteendemönster vars grundkaraktär är ömsesidighet och en interaktionsprocess (Eriksson 2018, s. 238). Vårdandet kan anses vara grunden till omvårdnaden medan omvårdnaden syftar till sjuksköterskors konkreta arbete. En förutsättning för vårdandet är vårdande relationer, då relationen mellan människor skapar möjlighet till utveckling. Vårdande relationer innebär att möten bygger på kontinuitet, trygghet, förtroende och delaktighet (Eriksson 2018, ss. 67, 264). Att skapa delaktighet innebär att vara närvarande och frambringa gemenskap via interaktion, kommunikation och genom att tillsammans med patienten dela upplevelser. Det kan innefatta närvaro i rummet, delaktighet i känslor, tankar, upplevelser samt konkreta processer (Eriksson 2018, s. 264). För att relationer ska bli vårdande krävs en kärna av omsorg där de inre etiska och moraliska värderingarna strävar efter att skapa det bästa för patienten (Karlsson & Pennbrant 2020).

Katie Eriksson definierar vårdandet enligt: ”Vårdandet (caring) innebär att genom olika former av ansning, lekande och lärande åstadkomma ett tillstånd av tillit, tillfredställelse, kroppsligt och andligt välbehag samt en känsla av att vara i utveckling i syfte att förändra (upprätthålla, igångsätta eller stödja) hälsoprocesserna.” (Eriksson 2018, s. 237). Ansning är ett sätt att bekräfta den andres existens genom värme, närhet och beröring med syfte att skapa kroppsligt välbehag, tillfredställelse och njutning för att frambringa utveckling (Eriksson 2018, ss. 249–250). Lekandet skapar en trygg atmosfär och genererar sammanhållning, utveckling, tillit, tillfredställelse samt frambringar patientens önskningar (Eriksson 2018, s. 252).

Lärande i vårdandet syftar till att öppna nya möjligheter samt uppnå självförverkligande och bidrar till utveckling genom interaktioner med lekandet och ansandet, de här elementen i kombination skapar hälsoprocesser vilket innefattar känslor av tillit, kärlek, trygghet och hopp (Eriksson 2018, s. 247). Akutsjuksköterskor kan skapa ansning genom att utföra kravlösa åtgärder vilka visar på verkligt engagemang samt beröra genom ögonkontakt, vara nära eller hålla en hand. För att lekande ska uppnås krävs grundläggande tillit, humor och en interaktion mellan akutsjuksköterskor och patient. Lärande innebär att akutsjuksköterskor bistår patienter att uttrycka förhoppningar, frustration, vrede med mera och få patienter att återfå sitt oberoende (Eriksson 2018, ss. 250–256).

Begreppet vård skiljer sig åt mellan olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården, vanligtvis handlar det om mer än en serie av typiska åtgärder som patienten erhåller. Patientvård är akutsjuksköterskors skicklighet och kräver att varje akutsjuksköterska har den individuella, sociala och moraliska förmågan att ge önskad vård. Snabb och korrekt vård av god kvalité på akutmottagningen återspeglar den övergripande situationen av hälso- och sjukvård på hela sjukhuset. Akutsjuksköterskor på akutmottagningar arbetar under press och förväntas följa många olika riktlinjer och protokoll angående patientvård vilket utsätter akutsjuksköterskor för psykologiska påfrestningar och moraliska konflikter (Bagherzadeh, Jafari, Charati & Shafipour 2021).

Ur akutsjuksköterskors perspektiv anses vårdande innefatta ett holistiskt synsätt vilket möjliggör personcentrering, vård utförs utifrån patienters önskemål, skydda patienter från onödigt lidande och att utföra olika omvårdnadsåtgärder (Andersson, Willman, Sjöström-Strand & Borglin 2015). Vårdandet på akutmottagningen ska utgå ifrån ett holistiskt och personcentrerat perspektiv där akutsjuksköterskor ska se den unika människan. Patientcentrerad vård innefattar att ta reda på anledningen till patientens besök, få holistisk förståelse för patientens värld, hitta grundproblemet och komma överens om behandling, utveckla förebyggande och hälsofrämjande åtgärder samt att förbättra relationen mellan patient och vårdpersonal (Håkansson Eklund et al. 2019). Kontinuiteten i vården är en utmaning i Sverige då den till viss del har formats baserat på akut omhändertagande. Idag är vårdbehoven formade utifrån långvariga och komplexa sjukdoms- samt vårdprocesser vilka är allsidiga vilket ökar behov av samordning (Socialstyrelsen 2019).

Patienter upplever en försämrad kvalité på vårdandet när akutsjuksköterskor arbetar under hög arbetsbelastning. Vårdandet drabbas genom sänkt kvalité av vård samt ett försämrat bemötande (Kälvemark, Höglund, Hansson, Westerholm & Arnnetz 2006; Muntlin, Gunningsberg & Carlsson 2006). På svenska akutmottagningar påverkas vårdandet av att akutsjuksköterskor inte visar något intresse för patienters livssituation (Muntlin, Gunningsberg & Carlsson 2006). Akutsjuksköterskor upplever att de inte har tid att ge god vård till patienter till följd av en pressad arbetssituation (Elder, Johnston, Wallis & Crilly 2020). När patienter inte erhåller tid av akutsjuksköterskor för att bli sedda, förstådda eller respekterade kan inga vårdande relationer skapas (Karlsson & Pennbrant 2020).

Etik och moral

Etik och moral är begrepp vilka överlappar varandra men det finns en viss skillnad (Jameton 1984, s. 4). I korthet innefattar etik en mer formell och teoretisk term vilken handlar om att reflektera över gott eller ont, ett regelverk för handlandet. Ett sådant regelverk är ICN:s etiska kod vilket innefattar professionella ställningstaganden, regler och värderingar (ICN 2021, s. 2). Medan moral är den mer personliga och informella termen vilken beskriver det konkreta handlandet utifrån normer och värderingar för rätt och fel, handlandet ser olika ut beroende på den etiska reflektionen (Jameton 1984, s. 5). Moralisk osäkerhet uppstår när individen är osäker på om det föreligger ett etiskt dilemma eller inte, alternativt att man vet att det föreligger ett etiskt dilemma men är osäker på vilka etiska principer eller värderingar som föreligger för den aktuella situationen. Moraliska dilemman innebär att två eller flera tydliga etiska principer och värderingar gäller, men de stödjer ömsesidigt inkonsekventa handlingsalternativ. Där det är ett nederlag att ge upp eller utföra något av de befintliga alternativen, vilket gör att en förlust är oundviklig (Jameton 1984, s. 6).

Arbetsrelaterad stress och dess konsekvenser för moraliskt handlande

Stress är ett brett begrepp vilket används inom psykologi, biologi och medicin. Stress framkallas av stressorer och skapar stressreaktioner för kamp eller flykt. I dagens samhälle kan stressreaktioner vara till mer skada än nytta då människor tvingas anpassa sig till stressorer likt stigande arbetstakt, vilket kan skapa en arbetsrelaterad stress (Lärn-Nilsson, Malmquist, Björn, Frankenhaeuser & Merling u.å). Innebörden av arbetsrelaterad stress är att individens resurser inte är tillräckliga för att hantera den stressiga situationen. Inom akutsjukvården ses generellt en hög arbetsrelaterad stress, det har kopplats till långa arbetspass, hög arbetsintensitet och otydliga roller. Däremot utsätts personal som arbetar på akutmottagning i ännu högre utsträckning av arbetsrelaterad stress (Basu, Qayyum & Nason, 2016). Frekvensen av arbetsrelaterad stress och organisatoriska hinder tycks öka frekvensen av moralisk stress (Jameton 2017).

Moralisk stress definierades första gången av Andrew Jameton år 1984 där han beskriver att moralisk stress är en smärtsam upplevelse vilken uppstår när akutsjuksköterskor är medvetna om det etiska dilemmat samt vad som är rätt att göra i den aktuella situationen. Men individen hindras på något sätt att handla mot sina moraliska värderingar. För att drabbas av moralisk stress krävs att akutsjuksköterskor känner ett moraliskt ansvar avseende vårdandet (Jameton 1984, s. 6).

Moralisk stress kan delas upp i initial och reaktiv stress, den initiala handlar om känslan av frustration, ilska och oro vilket uppstår i mötet med olika hinder, det här orsakar konflikter med de moraliska värderingarna. Reaktiv stress uppstår vid kommunikationsproblem där individen inte ges möjlighet att uttrycka sina åsikter till följd av till exempel maktstrukturer eller spänningar inom gruppen (Jameton 1993). Den moraliska kompassen är en guide för vad som är rätt eller fel och visar hur man bör agera i olika situationer (Jameton 1984, s. 157). Vid långvarig och upprepad moralisk stress påverkas individens förmåga att följa den moraliska kompassen och identitetsförluster sker, vilket genererar svårigheter att agera på sina moraliska värderingar (Jameton 1984, s. 157; Kälvemark et al. 2006). På senare år ses en stigande och mer utspridd förekomst av moralisk stress, en enkel förklaring är att sjukvården blivit mer avancerad samt att akutsjuksköterskor möter fler hinder (Babamohamadi, Katrimi & Paknazar 2021). Hindren har identifierats som bristande kommunikation, oflexibla policyer, för lite bemanning, komplex teknologi, bristande kunskap och förberedelse, bristande stöd kring etiska frågor av kollegor samt chefer. Ytterligare risker är bristande formellt och informellt stöd då det kan orsaka isolering och en ökad risk att drabbas av fysisk och psykisk ohälsa (Gustavsson, Arnberg, Juth & Von Schreeb 2020: Jameton 2017). Den långvariga moraliska stressen kan på sikt orsaka att akutsjuksköterskor lämnar organisationen och även sjuksköterskeyrket (Clark, Crawford, Hulse & Polivka 2021).

PROBLEMFORMULERING

Akutsjukvårdens mål är att bedriva god vård med hög kvalité till hela befolkningen vilket innefattar att patientens integritet, självbestämmande och säkerhet ska tillgodoses. Däremot präglas vårdmiljön inom akutsjukvården och akutmottagningar i synnerhet av hög arbetsbelastning och arbetsrelaterad stress. Patienter och akutsjuksköterskor upplever att vårdandets kvalité försämras på grund av arbetsbelastningen. Vårdmiljön utgör hinder för akutsjuksköterskors möjligheter att uppfylla det professionella ansvaret vilket är lindra lidande, förebygga sjukdom, främja hälsa samt återställa hälsa. När akutsjuksköterskor känner ansvar över vårdandet och hindras att agera utifrån personliga och professionella etiska principer och moraliska värderingar kan moralisk stress uppstå. Moralisk stress uppstår när akutsjuksköterskor är medvetna om det etiska dilemmat och vad som är rätt att göra, men hindras att agera. Långvarig moralisk stress kan orsaka fysisk- och psykisk ohälsa, identitetsförluster och att akutsjuksköterskor lämnar organisationen men även sjuksköterskeyrket. Trots att moralisk stress är ett omfattande fenomen med ökad förekomst saknas kunskap och förståelse i en akutsjukvårdskontext. Den här litteraturstudien vill undersöka vad som orsakar moralisk stress hos akutsjuksköterskor och dess konsekvenser för vårdandet på akutmottagningen. Förståelse för ämnet skulle kunna generera en mer hållbar akutsjukvård

SYFTE

Syftet var att utforska tillgänglig vetenskaplig litteratur avseende moralisk stress och dess konsekvenser för akutsjuksköterskors vårdande på akutmottagning.

METOD

Design

För att besvara syftet utfördes en systematisk och integrativ litteraturstudie enligt Whittemore och Knafl (2005). Designen ansågs aktuell för att sammanställa tillgänglig kvalitativ och kvantitativ litteratur inom ett begränsat område. Whittemore och Knafl (2005) beskriver att metoden sammanställer tidigare vetenskaplig litteratur och forskning, för att skapa en fördjupad kunskap och förståelse beträffande vård och omsorg. Välgjorda integrativa granskningar presenterar det aktuella vetenskapliga läget och bidrar till teoribildning och är direkt överförbart till praktiken. En integrativ litteraturstudie möjliggör sammanställning av både kvalitativ och kvantitativ forskning. Fortsatt beskrivs att designen skapar möjlighet att ta fram evidensbaserade metoder för omvårdnad. En integrativ litteraturstudie bygger på fem faser, första fasen bygger på identifiering av ett problem vilket skapar en problemformulering. Andra fasen omfattas av litteratursökning, tredje fasen utgörs av kvalitetsgranskning, fjärde fasen innefattar dataanalys och den femte fasen bygger på en presentation av resultatet (Whittemore & Knafl 2005). Systematiska litteraturstudier ska identifiera relevanta artiklar, bedöma artiklarnas kvalité, sammanställa ett resultat med hjälp av vetenskaplig metod och hela processen ska dokumenteras (Bettany-Saltikov & McSherry 2016, ss. 9-10; Polit & Beck 2021, s. 655). Vinsten med en systematisk och integrativ litteraturstudie är att man kan inkludera grå litteratur och teoretisk litteratur (Whittemore 2005; Haddaway Collins, Coudhlin & Kirk 2015).

Problemidentifiering

Det första steget i en granskning är att ta ställning till och fastställa syftet med granskningen (Whittemore & Knafl 2005). Akutmottagningen är en arbetsplats med högt tempo och hög arbetsbelastning vilket hindrar möjligheten till att ge god vård samt patientsäkervård (Gorman 2019). Belastad och oförutsägbar miljö kan skapa konflikter mellan nödvändiga åtgärder och moraliska värderingar (Babamohamadi, Katimi & Paknazar 2021). Akutmottagningens personal utsätts i hög utsträckning för arbetsrelaterad stress och sjukdomar (Jameton 2017). Utifrån problemformuleringen och syftet har två problemformuleringsfrågor identifierats vilka varit stöd i artikelgranskningen:

- Vad skapar moralisk stress hos akutsjuksköterskor?
- Hur påverkar moralisk stress vårdandet på akutmottagningen?

Litteratursökning

Litteratursökningen ska bygga på det formulerade syftet och problemformuleringen för att underlätta det fortsatta arbetet med litteraturstudien (Whittemore och Knafl 2005). Inför litteratursökningen användes verktyget PEO (Population, Exposure, Outcome). Verktyget hjälper till att bryta ned forskningsfrågan i olika delar och identifiera relevanta huvudbegrepp (Bettany- Saltikov & McSherry 2016, s. 24). Utifrån huvudbegrepp identifierades indexeringsord och fritextord aktuella för respektive databas, se tabell 1.

Svensk MeSH framställer Medical Subject Headings (MeSH-termer) vilka är indexeringsord för databasen PubMed. I Cinahl kallas indexeringsord för Subject Headings och i PsycInfo benämns indexeringsord Thesaurus of Psychological (Thesaurus) (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU] 2017, s. 30). Indexeringsord och fritextord ska kombineras för att hitta artiklar vilka ännu inte fått indexeringsord (SBU, 2017, s. 31).

Tabell 1. Redovisar huvudbegrepp, indexeringsord och fritextord vilka identifierats utifrån PEO.

PEO	**Huvudbegrepp**	Indexeringsord för de olika databaserna.
***P**opulation*	Sjuksköterskor eller akutsjuksköterskor som arbetar på en akutmottagning.	Clinical Nurse Specialist (Subject Headings) Emergency nurse (Fritextord) Emergency Nurse Practitioner (Subject Heading) Emergency Personnel (Thesaurus) Emergency Service, Hospital (MeSH) Emergency department (Fritextord) Emergency Service (Thesaurus) (Subject Heading) First Responders (Thesaurus) Nurse (Fritextord) Nurses (MeSH) (Subject Heading) (Thesaurus) Trauma Centers (Subject Heading)
***E**xposure*	Att utsättas för moralisk stress.	Demoralization (Thesaurus) Morale (MeSH) (Thesaurus) Morals (MeSH) Moral distress (Fritextord) Moral stress (Fritextord)
***O**utcome*	Hur moralisk stress påverkar vårdandet.	Acute Care (Subject Heading) Caregiving (Thesaurus) Care (Fritextord) Patient Care (MeSH) (Subject Heading) Emergency Nursing (MeSH) (Subject Heading) Nursing Care (MeSH)

Booleska operatörer som AND och OR användes för att kombinera sökord och sökblock. För att skapa bredare sökningar ock få fram varianter av söktermer användes trunkering* (Polit & Beck 2021, s. 89). Varje sökning gjordes enskilt till en början för att sedan skapa sökblock, de redovisas i tabell 2, 3 och 4, det för att skapa breda sökningar vilka är relevanta för syftet. I tabellerna beskrivs de olika sökblockens träffar, den slutliga kombinationssökningen samt antal träffar efter att begränsningar applicerats. De olika databaserna har olika indexeringsord vilket gjorde att sökstrategierna omformulerades för varje specifik databas.

För att höja litteraturstudiens trovärdighet kan välbeprövade databaser likt PubMed, Cinahl och PsycInfo användas. Ämnesområden för Pubmed och Cinahl är omvårdnad samt hälso- och sjukvård och PsycInfo är en databas som tillhandahåller litteratur inom områdena psykologi och psykiatri (SBU 2017, ss. 36–37). Innan litteratursökningen bekantade sig författarna med de aktuella databaserna och utförde testsökningar för att få en förståelse för databasens funktion, olika söktekniker samt för att identifiera relevanta sökord. Testsökningarna resulterade i få träffar därför utvidgades begränsningarna till artiklar skrivna mellan 2011–2022. Inför de slutliga litteratursökningarna erhöll författarna handledning av en bibliotekarie vid högskolan i Borås.

Vid sökning i databasen PubMed identifierades MeSH-termerna: Morals, morale, nurses, emergency service hospital, patient care, nursing care och emergency nursing. För att söka i kombination med fritextord användes orden: Moral distress, moral stress, nurs*, emergency department och care.

Tabell 2. Databassökning i PubMed

Sökning 06-04-22	**Sökord och sökblock**	**Antal träffar**	**Antal träffar med begränsningar**
S1	("morals"[MeSH Terms] OR "morale"[MeSH Terms] OR "Moral distress" OR "Moral stress")	181,620	32,097
S2	(”Nurs*” [All Fields] OR “Nurses” [MeSH Terms] OR “Emergency nurse” [All Fields])	1,061,010	334,154
S3	(”Emergency department” [All Fields] OR “Emergency Service, Hospital” [MeSH Terms])	160,748	89,265
S4	(”Patient Care” [MeSH Terms] OR ”Nursing Care” [MeSH Terms] OR “Emergency Nursing” [MeSH Terms] OR “Care” [All Fields])	3,709,167	1,490,120
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	137	64

Begränsningar: abstrakt, engelska, peer reviewed, 2011–2022.

Vid sökning i PsycInfo identifierades Thesaurus: Nurses, first responder, emergency service, demoralization, morale, och caregiving. De fritextord som användes för sökningen var: Nurs*, emergency nurse, emergency department, moral distress, moral stress, care, patient care, emergency nursing och nursing care.

Tabell 3. Databassökning i PsycInfo

Sökning 06-04-22	**Sökord och sökblock**	**Antal träffar**	**Antal träffar med begränsningar**
S1	MAINSUBJECT.EXACT("Nurses") OR MAINSUBJECT.EXACT("First Responders") OR Nurs* AND (Emergency nurse)	33,565	14,831
S2	MAINSUBJECT.EXACT("Emergency Services") OR noft("Emergency department")	14,880	7,826
S3	(MAINSUBJECT.EXACT("Demoralization") OR MAINSUBJECT.EXACT("Morale")) OR "Moral distress" OR "Moral stress"	3,562	803
S4	MAINSUBJECT.EXACT("Caregiving") OR Care OR (Patient care) AND (Emergency nursing) AND (Nursing care)	731,058	261,267
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	7	6

Begränsningar: abstrakt, engelska, peer reviewed, 2011–2022.

Inför sökningen i Cinahl identifierades Subject Headings: Nurses, emergency nurse practitioners, clinical nurse specialist, trauma center, emergency medical service, emergency service, morals, morale, emergency nursing, patient care, nursing care och acute care. Identifierade fritextord: Nurs*, emergency nurse, emergency department, moral distress, moral stress och care.

Tabell 4. Databassökning i Cinahl

Sökning 06-04-22	**Sökord och sökblock**	**Antal träffar**	**Antal träffar med begränsningar**
S1	(MH "Nurses") OR (MH "Emergency Nurse Practitioners") OR (MH "Clinical Nurse Specialists") OR Nurs* OR “Emergency Nurse”	942,205	176,953
S2	(MH "Trauma Centers") OR (MH "Emergency Medical Services") OR (MH "Emergency Service") OR "Emergency department"	120,236	48,912
S3	(MH "Morals") OR (MH "Morale") OR "Moral stress" OR "Moral distress"	11,390	4,602
S4	(MH "Emergency Nursing") OR (MH "Patient Care") OR (MH "Nursing Care") OR (MH "Acute Care") OR (Care)	1,687,773	573,351
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	55	27

Begränsningar: abstrakt, engelska, peer reviewed, 2011–2022.

Manuell sökning innebär att sökningar utförs i referenslistan på artiklar med relevant innehåll (Polit & Beck 2021, s. 663). De manuella sökningarna utfördes genom att författarna av den här litteraturstudien var för sig tittade igenom referenslistor för att identifiera potentiell litteratur. Det här resulterade i två artiklar vilka bedömdes svara på litteraturstudiens syfte.

De kriterier som användes för att definiera en population för en studie har betydelse för tolkningen och generaliserbarheten av resultaten (Polit & Beck 2021, s. 261). I den här studien benämns de som arbetar som sjuksköterskor på en akutmottagning för akutsjuksköterskor även om det inte framkom i artiklarna om de hade en specialistutbildning inom akutsjukvård. Inklusionskriterierna för de valda artiklarna var att de skulle förekomma inom valt område och svara på syftet vilket var att utforska moralisk stress och dess konsekvenser för akutsjuksköterskors vårdande på akutmottagning och ha kvantitativ eller kvalitativ ansats. Exklusionskriterierna var om artiklarna inte handlade om sjuksköterskor eller akutsjuksköterskor med specialistutbildning inom akutsjukvård eller om platsen inte var somatisk akutmottagning. Artiklar vilka saknade etiskt godkännande exkluderades.

Litteraturstudier bör vara aktuella, artiklar äldre än 5–8 år rekommenderas inte men beroende på kvalité och betydelse för litteraturstudien kan även äldre artiklar inkluderas (Cathala & Moorley 2018; Moorley & Cathala 2019). Begränsningar i litteraturstudien var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska, vara peer reviewed granskade och skrivna efter år 2011.

Litteratursökningsprocessen enligt Bettany-Saltikov och McSherry (2016, s. 121) innefattade läsning av artiklarnas titel och abstrakt för att systematiskt välja de som motsvarar litteraturstudiens inklusionskriterier, därefter läses artiklarna i fulltext om artiklarna fortsatt var relevanta skulle de kvalitetsgranskas (Bettany-Saltikov & McSherry 2016, s. 121). Vid sökning i databaserna identifierades n=97 artiklar: PubMed n= 64 artiklar, Cinahl n= 27 artiklar och PsycInfo n=6 artiklar. Dubbletter förekom i n=21 artiklar, n=1 artikel förkom i tre databaser. Kvar fanns n=75 artiklar varav det exkluderades n=31 efter läst titel och n=25 efter läst abstrakt. Artiklar vilka lästes i full text n=19 varav n=12 artiklar exkluderades då de inte besvarade litteraturstudiens syfte, studier skiljde inte på yrkeskategorier eller på kontexten. Kvar efter databassökning n=7 artiklar och n=2 artiklar från manuell sökning. Kvar fanns totalt n=9 artiklar, se PRISMA bilaga 1.

Kvalitetsgranskning

För att höja trovärdigheten skulle artiklarna granskas och graderas, de med låg relevans och kvalité skulle uteslutas (Whittemore & Knafl 2005). Utvärdering av kvalitén hos de enskilda studierna vilka tagits fram skulle bestämmas genom granskning av studiernas interna validitet (Whittemore 2005). Hawkers granskningsmall var anpassad för bedömning av både kvantitativa och kvalitativa artiklar och hade ett tydligt utformat protokoll för att rättvis enhetlig bedömning skulle säkerställas oberoende av granskare. Systemet gav möjlighet att beräkna en sammanlagd poäng vilket indikerade på varje studies styrka eller svaghet (Hawker, Payne, Kerr, Hardey & Powell 2002). Författarna har granskat och poängsatt studierna enskilt initialt med hjälp av granskningsmallen se bilaga 2. Bedömning av studiernas kvalité utgick från det antal poäng de erhöll och fick hög, medel eller låg kvalité. Sedan har författarna diskuterat och jämfört resultaten med varandra. Ingen av de nio studierna uteslöts på grund av kvaliteten.

Dataanalys

Dataanalysen har utförts i fyra steg av författarna enligt Popenoe et al (2021). I första steget skulle en artikelmatris skapas för att kunna överblicka studiernas syfte, metod och resultat och i andra steget skulle dataenheter som besvarar studiernas syfte hittas. I tredje steget skulle en tabell med flera kolumner göras där dataenheterna skrevs in för att sedan kodas och grupperas. I steg fyra identifierades mönster i enheter och koder med likvärdiga eller liknande resultat och som svarade mot syftet (Popenoe, Langius-Eklöf, Stenwall och Jervaeus 2021). I första steget skapades en artikelmatris (se bilaga 3) och i andra steget markerades dataenheter av respektive författare för att sedan tillsammans jämföra fynden i studiernas resultat. I tredje steget skapades en tabell och korta dataenheter skrevs in och noggrant markerades med nummer vilka studier dataenheterna tillhörde, sedan sammanfattades och kodades data till 13 grupper tillsammans av författarna. I steg fyra diskuterade och jämförde författarna likheter och skillnader i anteckningarna för att komma fram till de kategorier som bäst representerade uppgiften vilket utmynnade i sju underkategorier och utifrån dem skapades två kategorier, exempel se tabell 5.

En tydligt beskriven analysprocess vilken fullföljts i alla steg med uppmärksamhet på specifika frågor för integrativ granskning stärker analysprocessen och resultatet (Whittemore & Knafl 2005). Under analysprocessen hade författarna ett kritiskt förhållningsätt där litteraturstudiens syfte beaktades, genom att författarna hade litteraturstudiens syfte i åtanke.

Tabell 5. Exempel på dataanalys

Dataenheter	Koder	Underkategorier	Kategorier
Många patienter med högre vårdbehov bidrog till att andra patienter erhöll mindre tid med akutsjuksköterskan, vilket orsakade moralisk stress (1).	Patientlidande i vården	Vara oprofessionell i sin yrkesutövning	Ett vårdarbete med begränsningar skapar moralisk stress
Akutsjuksköterskorna var hela tiden medvetna om att de inte utfördes säker vård med god kvalité vilket orsakade svåra känslor. (8)	Bristande vårdkvalité på akutmottagning		
Att följa familjers önskemål med livsuppehållande åtgärder trots att sannolikt inte är förenligt med patientens önskan. (3)	Familjers önskemål vid vårdandet på akutmottagning	Bristfällig vård orsakar lidande för patienten	
Patienter erhåller bristande vård till följd av bristande kontinuitet i vården. (2)	Bristande vård relaterat till bristande kontinuitet.		
Svårigheter att simultant ta hand om flera kritiskt sjuka patienter. (6)	Prioritering av svårt sjuka patienter.	Påverkas av patientflödet	En vårdmiljö som skapar moralisk stress
Akutsjuksköterskor arbetar under förhållanden som kräver mer bemanning och fler akutsjuksköterskor per patient, för att upprätthålla patientsäkerheten vid omhändertagandet på akutmottagningen. (2)	Hög arbetsbelastning påverkar vårdandet.		

Artiklar: Clark et al. 2022 (1). Eriksson et al. 2018 (8). Fernandez et al. 2013 (2). Trautmann 2015 (3). Wolf et al. 2017 (6).

Förförståelse

Att vara medveten om risker och att vara två författare minskade partiskhet och förutfattade meningar i resultatet (Bettany- Saltikov & McSherry 2016, s. 33). Förförståelsen kunde ses som en begränsning men även en styrka med litteraturstudien. Då författarna totalt arbetat på akutmottagningen i 19 år förelåg en viss förförståelse. Det här bidrog till förståelse för ämnet och för studiernas innehåll vilket sågs som en resurs. Risk förelåg dock att förförståelsen tog över den faktiska innebörden av valda studier. Under arbetet med litteraturstudien reflekterade författarna kring hur förförståelsen kunde påverka studien. Författarna var under arbetsprocessen medvetna om förförståelsen för att bibehålla objektivitet och pålitlighet i studiens innehåll och resultat.

Etiska överväganden

För att artiklarna skulle inkluderas i litteraturstudien krävdes att studien genomgått en etisk prövning via etisktråd eller etisk kommitté för att stärka forskningens validitet och reliabilitet (Bettany-Saltikov & McSherry 2016, s. 183). Det för att säkerställa kraven på att forskningen följde de forskningsetiska principerna gällande krav på information, samtycke, konfidentialitet, information och att omsorgen av individen alltid var viktigare än samhällets och vetenskapens intressen (Vetenskapsrådet 2017, s. 75). Litteraturöversikten skulle omfatta ett ämne vilket ansågs relevant för individen, professionen och för samhället (Kjellström 2017, s. 65). Författarna av den här litteraturstudien omfattades inte av något granskningskrav, däremot visade författarna respekt för de etiska aspekterna. Förfalskning, plagiering och vilseledning är otillåtet inom all forskning, för att visa på transparens redovisades metod och resultat öppet för att arbetet skulle kunna upprepas. Feltolkningar kan förekomma av artiklar vilka ingår i resultatet då författarna inte har engelska som modersmål.

RESULTAT

Resultatet framställdes utifrån nio vetenskapliga artiklar som besvarade syftet. Fem av artiklarna hade kvalitativ ansats och fyra kvantitativ. Artiklarna som inkluderades kom från olika delar av världen där en kom från Sverige, en från Kina och sju från USA. Resultatet presenterades i sju underkategorier vilka utmynnade i två kategorier, de beskrev moralisk stress och dess konsekvenser för akutsjuksköterskors vårdande på akutmottagning.

Tabell 6. Resultatets underkategorier och kategorier

Underkategorier	Kategorier
- Vara underordnad ett medicinskt förhållningssätt - Vara otillräcklig i sin yrkesutövning - Vara oprofessionell i sin yrkesutövning - Bristfällig vård orsakar lidande för patienten	Ett vårdarbete med begränsningar skapar moralisk stress
- Påverkas av patientflödet - Påverkas av arbetsbelastningen - Påverkas av informationsöverföringen	En vårdmiljö som skapar moralisk stress

Ett vårdarbete med begränsningar skapar moralisk stress

Kategorin ”*Ett vårdarbete med begräsningar skapar moralisk stress*” uppstod genom att akutsjuksköterskors prioriteringar av kritiskt sjuka eller skadade patienter påverkade vårdandet av patienter med mindre vårdbehov vilket skapade moralisk stress. Att patientsäkerheten påverkades av exempelvis bristfällig vårdkvalité och omvårdnad samt tidsbrist vilket bidrog till känslor av otillräcklighet. Moralisk stress sågs i förhållande till oprofessionella förhållningssätt vid vårdmötet. Bristande vård på akutmottagningen orsakade lidande hos patienten och moralisk stress hos akutsjuksköterskor.

Vara underordnad ett medicinskt förhållningssätt

Arbetet på akutmottagningen handlade konstant om prioriteringar där kritiskt sjuka patienter med uttalade behov av medicinskvård alltid prioriterades högst av akutsjuksköterskor, det resulterade i att patienters omvårdnadsbehov blev eftersatt och ned prioriterat, trots att omvårdnadsbehovet var betydande. Det här skapade en känsla av att något försummats i arbetet vilket bidrog till moralisk stress (Clark, Hulse & Polivka 2022; Eriksson, Gellerstedt, Hillerås & Craftman 2018). Arbetet på akutmottagningen handlade konstant om prioriteringar och på akutmottagningen prioriterades alltid kritiskt sjuka patienter högst av akutsjuksköterskor på grund av att de här patienterna oftast hade ett stort och krävande vårdbehov. Det här skapade en känsla av att något försummades i arbetet vilket bidrog till moralisk stress (Clark, Hulse & Polivka 2022; Eriksson et al. 2018).

När akutsjuksköterskor arbetade under pressade arbetsförhållanden var det tydligt att de medicinska bedömningarna, undersökningarna och åtgärderna hade den högsta prioriteringen och inte vårdandet. Det orsakade att akutsjuksköterskor endast utförde basala omvårdnadsbehov hos patienter, vilket bidrog till att vårdandet prioriterades lägre och orsakade att vårdande åtgärder inte utfördes. Fortsatt beskrevs att akutsjuksköterskor inte hade tid att vårda patienter med lägre prioritering och mindre akuta tillstånd, trots att behovet av vård och omvårdnad var betydande. Det resulterade i moralisk stress till följd av akutsjuksköterskors oförmåga att upprätta ett vårdande av kvalité. Frustration och känslor av otillräcklighet upplevdes när andra patienters behov inte kunde tillgodoses eftersom akutsjuksköterskan behövde vara hos den kritiskt sjuka patienten (Eriksson et al. 2018).

Vara otillräcklig i sin yrkesutövning

Moralisk stress sågs i direkt förhållande till oförmågan att leva upp till de moraliska förväntningarna att tillhandahålla säker och effektiv patientvård (Wolf, Perhats, Delao, Clark & Moon 2017). Akutsjuksköterskor upplevde otillräcklighet och kontrollförlust när de inte hade kontroll över patientens grundläggande behov, exempelvis lägespositioner, nutrition, välbefinnande, elimination samt behandling eller sjukdomshistoria. Känslor av skuld och skam för patienter och närstående uppstod då omvårdnaden var bristfällig. Patienter vilka drabbades hårt av bristande omvårdnad var de i behov av inneliggande vårdplats och där väntan blev lång på akutmottagningen (Eriksson et al. 2018).

Det fanns en medvetenhet hos akutsjuksköterskor att tid krävdes för att fokusera samt ta hand om patienter på ett professionellt sätt men de ansåg att tid för att vara närvarande saknades vilket var avgörande för god omvårdnad, det här skapade frustration (Wolf et al. 2017). Akutsjuksköterskor uppgav att avsaknad av närstående på akutmottagning kunde resultera i bristfällig vård, särskilt drabbade var utsatta patientgrupper, exempelvis äldre och patienter med kommunikationssvårigheter vilket skapade moralisk stress hos akutsjuksköterskor (Robinson & Stinson 2016). Den övergripande känslan utgjordes av oförmågan att ge den kvalitén på patientvården som patienterna förtjänade (Eriksson et al. 2018; Wolf et al. 2017). Utöver det sågs en oro för hur moralisk stress påverkade akutsjuksköterskors professionalitet och vårdande. Därtill identifierades oro för hur moralisk stress inverkade på akutsjuksköterskor personligen samt dess påverkan på akutsjukvården som organisation (Robinson & Stinson 2016). Moralisk stress sågs när patienter inte hade ekonomiska möjligheter att inneha försäkringar på grund av kostnader, där blev försäkringar avgörande för kvalitén av den fortsatta vården (Zavotsky & Chan 2016). Brist på teknisk utrustning som påverkade patientens vård gav upphov till moralisk stress (Clark, Hulse & Polivka 2022).

Tidspress ansågs vara en faktor vilket i hög utsträckning påverkade patientsäkerheten och vårdens kvalitét. Tidspressen beskrevs vara tid till triage och till röntgen, akutsjuksköterskor var medvetna att tid till bedömning var av betydelse men ibland var det omöjligt att utföra åtgärder inom önskat tidsintervall (Wolf, Perhats, Delao, Clark & Moon 2016). Akutsjuksköterskor upplevde oro, ångest och rädsla att ha missat något väsentligt vilket kunde få konsekvenser för patientens vård eller skapa lidande för patienten. Fortsatt sågs en rädsla att vårdandet som inte utfördes hade resulterat i sjukare patienter och att deras närstående drabbades av den bristfälliga vården (Eriksson et al. 2018). Konsekvenserna av hur moralisk stress drabbade akutsjuksköterskors vårdande och på sikt akutsjukvårdens organisation skapade en oro hos akutsjuksköterskor (Eriksson et al. 2018; Wolf et al. 2017). Akutsjuksköterskor var oroade att patienter som erhöll otillräcklig vård skulle drabbas av vårdskador, de upplevde även uppgivenhet över oförmågan att inte kunna tillgodose patientens vårdbehov och det beskrevs en önskan att vården som bedrevs skulle vara tillräcklig (Eriksson et al. 2018).

Vara oprofessionell i sin yrkesutövning

Moralisk stress uppstod när akutsjuksköterskor upplevde att kollegor agerade oprofessionellt och dömde patienter, gav dem minimalt med vård, otillräcklig information och/eller bortsåg från patientens självbestämmande eller integritet (Fernadez-Parsons, Rodriquez & Goyal 2013). Akutsjuksköterskor beskrev svårigheter att bibehålla ett professionellt förhållningssätt och agera professionell i vårdandet av återkommande patienter, patienter med missbruk eller med beteendemässig ohälsa och där det hade varit möjligt att omhänderta problemet inom annan del av hälso- och sjukvården eller myndighet. Akutsjuksköterskor upplevde även avsaknad av verktyg och resurser att omhänderta den här patientkategorin på ett adekvat sätt (Wolf et al. 2016).

Akutsjuksköterskor använde olika negativa copingstrategier för att skydda sig mot den moralisk stressen. När de här strategierna påverkade akutsjuksköterskors professionalism och vårdande skapades moralisk stress (Robinson & Stinson 2016; Wolf et al. 2016; Wolf et al. 2017). En strategi var att skapa distans till patienter för att skydda sig själv, vilket genererade i svårigheter att skapa vårdande möten och upprätta vårdande relationer (Robinson & Stinson 2016). En konsekvens av moralisk stress var att känslorna ”stängdes av” och orsakade en minskad känslighet för etiska och moraliska värderingar (Wolf et al. 2016).

Akutsjuksköterskor upplevde skuld och skam över oviljan att vårda patienter som exempelvis utfört våldshandlingar eller agerat med hot eller våldsbeteenden. Det oprofessionella förhållningssättet orsakade moralisk stress när omhändertagandet hamnade i konflikt med de personliga åtagandena, moraliska värderingar, etiska principer och professionella krav (Robinson & Stinson 2016). Akutsjuksköterskor upplevde svårigheter att skapa emotionella band med de här patienterna trots att det ansågs nödvändigt för att skapa vårdande relationer och vårdande av hög kvalité. Oförmågan att skapa vårdande relationer ansågs vara en bidragande faktor till att akutsjuksköterskor upplevde brister i sitt vårdande (Wolf et al. 2016). En av dem var att skapa distans till patienter för att skydda sig själv, vilket genererade i svårigheter att skapa vårdande möten och upprätta vårdande relationer (Robinson & Stinson 2016).

Bristfällig vård orsakar lidande hos patienten

Akutsjuksköterskor ställdes inför allvarliga etiska och praktiska dilemman i arbetet där patienters integritet förbisågs i situationer där de var tvungna att ignorera patientens värdighet, exempelvis när de var fick låta patienter använda en blöja i stället för att ge hjälp med att gå på toaletten (Eriksson et al. 2018). När omvårdnadsbehovet inte kunde tillgodoses efter en lång vistelse på akutmottagningen identifierades försämringar av patienters allmäntillstånd (Eriksson et al. 2018). Till följd av läkarkollegors rädsla att öka dosen smärtstillande läkemedel negligerades patientens behov av smärtlindring, det skapade lidande för patienter och moralisk stress för akutsjuksköterskor (Fernadez-Parsons, Rodriquez & Goyal 2013). Samband identifierades mellan moralisk stress hos akutsjuksköterskor och familjers önskan att fortsätta med livsuppehållande åtgärder trots att akutsjuksköterskor upplevde att det skapade lidande och sannolikt inte var förenligt med patientens önskan (Fernadez-Parsons, Rodriquez & Goyal 2013; Hou, Timmins, Zhou, & Wang 2021; Robinson & Stinton 2016; Trautmann, Epstein, Rovnyak & Snyder 2015; Zavotsky & Chan 2016). Moralisk stress uppstod även av att kollegor initierade omfattande livräddande åtgärder vilket akutsjuksköterskor ansåg endast förlängde döendet eller att utföra arbetsuppgifter vilka orsakade obehag hos patienten eller ansågs skapa onödigt lidande (Fernadez-Parsons, Rodriquez & Goyal 2013; Hou et al. 2021; Zavotsky & Chan 2016). Moralisk stress sågs i samband med utdraget vårdande av kritiskt sjuka eller döende patienter. Fördröjd beslutsfattning från ansvarig läkare att avsluta kurativ vård ansågs orsaka lidande (Fernadez-Parsons, Rodriquez & Goyal 2013; Hou et al. 2021). Bristande kontinuitet i patientens vård var ytterligare en orsak vilket genererade moralisk stress då det ansågs orsaka lidande för patienten (Fernandez-Parsons, Rodriguez & Goyla 2013; Trautmann et al. 2015).

En vårdmiljö som skapar moralisk stress

Kategorin ”*En vårdmiljö som skapar moralisk stress*” uppkom genom att patientflödet och patienters vårdbehov på akutmottagningen påverkade akutsjuksköterskors vårdande. Tillsammans med hög arbetsbelastning till följd av inadekvat bemanning, ökade krav och otillräcklig kompetens hos kollegor samt brister i informationsöverföringen och inadekvat stöd från kollegor och chefer.

Påverkas av patientflödet

När flera akut sjuka eller skadade patienter med en högre prioritet och ett större behov av vård kom till akutmottagningen samtidigt, riskerade det att påverka vården för de patienter vilka hade en lägre prioritet (Clark, Hulse & Polivka 2022; Wolf et al. 2017). Det framkom att ett högt inflöde av patienter till akutmottagningen orsakade bristande patientsäkerhet och moralisk stress uppstod när mindre akuta patienter inte kunde erhålla likvärdig vård likt patienter med akut kritisk sjukdom (Clark, Hulse & Polivka 2022). När akutsjuksköterskor blev låsta för att vårda patienter med kritiska tillstånd blev det mer patientosäkert för de patienter som hade en lägre prioritet, i jämförelse med högt patientflöde eller många patienter per akutsjuksköterska, det här bidrog till moralisk stress (Clark, Hulse & Polivka 2022; Wolf et al. 2017). Patienter med lägre prioritet erhöll mindre eller ingen personlig kontakt med akutsjuksköterskor, vilket bidrog till att akutsjuksköterskor upplevde att de inte givit adekvat vård (Clark, Hulse & Polivka 2022).

Oförutsägbarheten i patientinflödet och ovissheten i allvarlighetsgrad gjorde det svårt att bibehålla god och säker vård då patientantalet översteg kapaciteten av tillgängliga resurser. Fortsatt identifierades svårigheter att vårda flera kritiskt sjuka patienter simultant, det här ansågs vara en svår uppgift och vid tillfällen var det omöjligt att vårda samtliga (Wolf et al. 2017). Moralisk stress uppstod när akutsjuksköterskor blev avbrutna i vårdandet av en patient med behov av kontinuerlig övervakning. På grund av att en larmpatient kom, var akutsjuksköterskor tvungna att lämna patienten vilken ansågs vara i behov av övervakning och andra åtgärder. Flera simultana arbetsuppgifter krävde akutsjuksköterskors uppmärksamhet vilket orsakade moralisk stress. Dessutom kunde akutsjuksköterskor vara tvungna att prioritera mellan att vårda olika patienter med allvarliga och kritiska tillstånd där båda var i behov av akutsjuksköterskors vårdande (Wolf et al. 2017).

Påverkas av arbetsbelastningen

Inadekvat bemanning och hög arbetsbelastning orsakade brister i vårdandet till följd av att vården kompromissades eller inte var möjlig att utföra (Clark, Hulse & Polivka 2022; Fernandez-Parsons, Rodriguez & Goyal 2013; Trautmann et al. 2015; Wolf et al. 2017; Wolf et al. 2016). Otillräcklig eller inadekvat bemanning ökade arbetsbelastningen för akutsjuksköterskor vilka upplevde tidsbrist. Det här tillsammans med ökade krav från ledningen utan tillkomst av ytterligare bemanning, resulterade i att akutsjuksköterskor drabbades av moralisk stress och pressades till att ta genvägar, vilket ökade den potentiella risken att begå misstag. Tidsbristen ansågs hindra akutsjuksköterskors möjligheter att bedriva patientsäker vård med hög kvalité (Fernandez-Parsons, Rodriguez & Goyal 2013).

Hos akutsjuksköterskor vilka drabbades av moralisk stress sågs en bristande arbetsvilja (Clark, Hulse & Polivka 2022). Moralisk stress identifierades till följd av utbrett och bestående användande av teknologi och krav på omfattande dokumentation vilket ansågs ta tid ifrån den patientnära vården (Wolf et al. 2016). Bristande kompetens hos kollegor var en utlösande faktor för moralisk stress (Fernandez-Parsons, Rodriguez & Goyal 2013; Hou et al. 2021; Wolf et al. 2017; Zavotsky & Chan 2016). Bristande kompetens kunde innefatta att akutsjuksköterskor eller annan yrkeskategori utförde vård de inte hade kompetens nog att utföra (Fernandez-Parsons, Rodriguez & Goyal 2013; Wolf et al. 2017) eller att vårdpersonalen inte hade förmågan att se till patientens bästa på grund av bristande kompetens (Hou et al. 2021).

Påverkas av informationsöverföringen

Moralisk stress identifierades i samband med bristande kommunikation vilket påverkade att vårdandet drabbades eller kunde ha drabbats (Clark, Hulse & Polivka 2022; Fernandez-Parsons, Rodriguez & Goyla 2013; Trautmann et al. 2015; Wolf et al. 2016; Zavotsky & Chan 2016). Akutsjuksköterskor upplevde frustration och oro när de inte fick gehör från chefer efter att ha uttryckt att patientsäkerheten var hotad. Trots uttryckt oro över vårdandets kvalité och patientsäkerhet ansågs stödet från ledningen otillräckligt (Wolf et al. 2016). Till följd av otillräckligt eller obefintligt stöd och bristande åtgärder från ledningen vid etiska problem uppstod moralisk stress (Fernandez-Parsons, Rodriguez & Goyal 2013; Zavotsky & Chan 2016). Kollegor och ledning hade uttryckt att etiska problem inte borde rapporteras (Fernandez-Parsons, Rodriguez & Goyal 2013). Bristande kommunikation från chefer eller kollegor inom organisationen samt avsaknad av konstruktiv återkoppling eller obefogad kritik bidrog till moralisk stress (Clark, Hulse. & Polivka 2022). Metriskt drivet beslutsfattande påverkade akutsjuksköterskornas förmåga att bedriva säker och högkvalitativ patientvård (Wolf et al. 2016). Bristande kommunikation inom teamet som orsakade konsekvenser för patientens vård gav upphov till moralisk stress (Clark, Hulse & Polivka 2022; Fernandez-Parsons, Rodriguez. & Goyla 2013; Zavotsky & Chan 2016).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Risker med integrativ metod enligt Whittemore och Knafl (2005) var svårigheter att sammanföra olika metoder samt bristande systematik, vilket resulterade i bristande stringens och risk för bias. Valet att genomföra en systematisk och integrativ litteraturöversikt var att samla in en bredare översikt av vetenskaplig litteratur. Eftersom forskningen var bristfällig kring moralisk stress hos akutsjuksköterskor var den valda designen en strategi för att samla tillgänglig litteratur inom både kvalitativ och kvantitativ forskning. Författarna minimerade riskerna genom att ta stöd ur metodbeskrivningen för att inte missa delar i metodförfarandet. En alternativ metod hade varit en kvalitativ intervjustudie med semistrukturerade intervjuer på akutmottagningar i Sverige för insamling av relevant data inom valt område. Polit och Beck (2021, s. 514) beskrev att en intervjustudie med förutbestämda frågor hade skapat möjlighet att besvara forskningsfrågan samt att följdfrågor kunde ställts.

En välbeskriven litteratursökning var av betydelse för trovärdighet och bekräftelsebarhet, då inkompletta sökningar i inadekvata databaser kunde vara en orsak till felaktigt resultat (Whittemore & Knafl 2005). Problemidentifiering gjordes utifrån problemformuleringen och syftet vilket skapade två problemformuleringsfrågor vilka var till stöd vid artikelgranskningen. För att få stöd vid val av sökord och för att skapa adekvata sökningar kontaktades en bibliotekarie vilket endast resulterade i begränsat stöd med litteratursökningen. På grund av den begränsade tiden efterfrågades ingen ytterligare handledning för litteratursökningen. Fortsatta sökningar gjordes av författarna vilket resulterade i befintliga sökord. En brist med litteratursökningen kan ha varit att sökningar inte utfördes utifrån begreppet etik. Däremot gjorde författarna testsökningar med fritextorden ”Ethics-related stress” och ”Ethical distress” vilket inte genererade i fler relevanta träffar. Examensarbetet har en tidsaspekt vilket begränsade tiden, mer tid till förfogande kunde resulterat i att litteraturstudien sett annorlunda ut.

Sökning i flera databaser med omvårdnadsfokus styrkte validiteten i arbetet då möjligheten att hitta relevanta artiklar ökade. Identifiering av dubbletter ökade resultatets sensitivitet och trovärdighet (Henricson 2017, s. 414). För litteraturstudien inkluderades databaser med forskning inom omvårdnad, medicin, psykologi och psykiatri. Databaserna som användes vid litteratursökningen hade omvårdnadsfokus. Sökningen i PsycInfo genererade få träffar och flera dubbletter. Utifrån det kan det ha varit fördelaktigt att använda en annan databas eller ytterligare en databas för att identifiera fler artiklar vilka besvarade litteraturstudiens syfte. Likadana studier förekom i olika databaser och med olika sökordskombinationer.

Exklusionskriterier redovisas för att få fram litteratur som är relevant (Rosén 2017, s. 377). För att bibehålla perspektivet somatisk akutmottagning valde författarna att exkludera studier från psykiatriska akutmottagningar. Det här kunde utgöra en risk att artiklar vilka inkluderade både psykiatrisk och somatiska akutmottagningar exkluderades. Däremot valde författarna att inte exkludera pediatriska akutmottagningar då båda författarna hade erfarenhet av akutmottagningar vilka gav somatisk vård till både barn och vuxna. Barnperspektivet framkom inte i någon av artiklarna.

För att säkerställa att litteraturstudier undersökt aktuell forskning borde artiklar vara publicerade de senaste åtta åren (Cathala & Moorley 2018; Moorley & Cathala 2019). Den initiala tanken var att använda vetenskapliga artiklar från de senaste åtta åren. På grund av för få träffar vid databassökning utvidgades det här till 11 år och därför söktes artiklar mellan tidsperioden 2011–2022, det här resulterade i att ytterligare en artikel inkluderades i litteraturstudien. Utöver databassökning rekommenderades enligt Whittemore och Knafl (2005) att manuellsökning utförs för att identifiera peer reviewed granskade artiklar vilka inte identifierats via databassökning. Författarna utförde manuella sökningar vilket resulterade i ytterligare två artiklar vilka inkluderades i resultatet.

Grå litteratur ansågs vara av betydelse för systematiska litteraturstudier för att säkerställa att samtliga befintliga data samlades in inom området för att möjliggöra evidens (Paez 2017). Däremot kunde insamling av grå litteratur vara en utmaning då det är komplicerat samt tidskrävande. Dessutom finns inget vedertaget accepterat sätt att utföra rigorösa sökningar för grå litteratur samt endast få specifika riktlinjer för hur sökningen skulle utföras. Vidare utförs sökningar via webbaserade plattformar vilka ständigt förändras, det här tycks försvåra möjligheten att göra om sökningar. I viss grå litteratur har oberoende vetenskaplig granskning utförts vilket kan orsaka brist på vetenskaplig stringens och kan orsaka metodologiska problem vilket minskar resultatets validitet avsevärt (Paez 2017). Utifrån den här kunskapen och författarnas begränsade tid utfördes inte sökningar för grå litteratur.

Artiklarna vilka inkluderades i litteraturstudiens resultat kommer ifrån: Kina, USA och Sverige. Hälso- och sjukvården i Kina skiljer sig i hög grad mellan tätort och landsbygd, endast grundläggande vård täcks av staten, övrig vård är mycket kostsam (Regeringskansliet 2018, s. 16). Sjukvårdsystemet i USA baseras på ett försäkringssystem vilken medför ojämlik vård till följd av höga kostnader för den enskilda individen (OECD 2021, s. 126). Medan svensk hälso- och sjukvård bedrivs med vård av god kvalité och patienter ska erhålla lika vård över hela landet (SFS 2017:30). Dessutom täcks hälso- och sjukvårdens kostnader i hög utsträckning av finansieringssystem (OECD 2021, s. 194). De här skillnaderna mellan länderna kunde påverka överförbarheten av litteraturstudiens resultat. Överförbarheten kunde påverkas genom faktorer som orsakar moralisk stress och kunde variera beroende på sjukvårdssystemets uppbyggnad samt skillnader på organisatorisk nivå. Det kunde innefatta skillnader i flöden, arbetsbelastning, bemanning och kompetensnivå.

Utbildningsnivån skiljde sig åt mellan länderna, i Sverige omfattar en sjuksköterskeutbildning på grundnivå, heltidsstudier i tre år (180 högskolepoäng) med avslutande sjuksköterskeexamen. Sjuksköterskeexamen innefattar både teoretisk samt praktisk undervisning (SFS 1993:100). USA ligger i framkant när det gäller sjuksköterskeutbildningen med fastställda kärnkompetenser och var jämförbart med Sverige men i Kina hade inte den standarden utvecklats (Fan, Gui, Xi & Qiao 2016). I Sverige omfattar magisterexamen 60 högskolepoäng med specifik inriktning där krav finns på kandidatexamen (SFS 1993:100) vilket i litteraturstudien var med inriktning mot akutsjukvård. USA är i framkant då specialistsjuksköterskor med inriktning akutsjukvård kom fram för 60 år sedan och kontinuerligt utvecklats medan Kina sent upprättade magisterutbildning för sjuksköterskor inom akutsjukvård och inte har samma krav då kompetensen baseras på kliniska prestationer vilket gör att de skiljde sig från Sverige och USA (Fan et al. 2016). Generaliserbarheten påverkades till följd av extern validitet vilket handlade om vilken omfattning olika studier kunde generaliseras till andra miljöer, populationer eller omständigheter (Polit & Beck 2021, s. 221). Litteraturstudiens resultat kunde utifrån den här kunskapen påverka överförbarheten från den studie vilken utförts i Kina. Från övriga studier ökade överförbarheten av resultatet till svenska kontext. Ingen världsomfattande bild gavs på grund av avsaknad av studier från fyra av världens kontinenter.

Hawkers et al. (2002) granskningsmall är särskilt anpassad för både kvantitativa och kvalitativa data. Granskningsmallen (se bilaga 2) var fördelaktig då samtliga artiklar bedömdes utifrån samma kriterier vilket gav förståelse för mallens uppbyggnad och innehåll och gav en konsekvent bedömning av vetenskaplig litteratur. Andra val av mallar för kvalitetsgranskning kunde varit Critical Appraisal Skills Programme (CASP) eller SBU:s granskningsmallar. Däremot hade båda författarna arbetat utifrån de här mallarna tidigare och upplevt dem komplicerade. Dessutom tillhandahålls inte en enhetlig mall för granskning av kvalitativa och kvantitativ forskning vilket hade medfört att flera olika mallar hade behövts utifrån den valda designen. Vid kvalitetsgranskning granskade författarna hälften av artiklarna självständigt och sedan presenterades dess innehåll och diskuterades artiklarnas kvalité. När författare tillsammans för resonemang angående artiklarnas kvalité stärks reliabiliteten i litteraturstudien enligt Henricson (2017, s. 414).

När olika kvalitativa och kvantitativa mätinstrument eller enkäter användess i litteraturstudier kunde det bli svårt att dra några enhetliga slutsatser (Henricson 2017, ss. 414–415). I litteraturstudien höll samtliga artiklar hög eller medelkvalité och ingen artikel exkluderades på grund av kvalitén. Kvalitéten på samtliga artiklar i resultatet är medel eller hög vilket ökade pålitligheten. Artiklarna är både kvalitativa och kvantitativa vilket innebar att både olika mätinstrument och olika enkäter har använts och att det blev svårt att dra några enhetliga slutsatser i examensarbetets resultat.

Att analysera och syntetisera redan befintliga data vilken inte ställer exakt samma fråga likt litteraturaturstudien är en utmaning. Fortsatt beskrevs att den valda analysmetoden möjliggör analys av redan befintlig forskning och är särskilt riktad till studenter, analysen utgörs av fyra steg vilket möjliggör systematik i analysprocessen (Popenoe et al. 2021). Individuell och gemensam dataanalys av författare möjliggör kvalitetssäkring (Henricson 2017, s. 415). Författarna har enskilt markerat dataenheter i artiklar och sedan diskuterades, kodades, sammanfattades och identifierades resultat över zoom och underkategorier och kategorier skapades. Under analysprocessen har författarna haft kritiskt förhållningssätt.

Inlämning av examenarbetet gjordes för att handledaren skulle kontrollera om resultatbeskrivningarna var rimliga och om de svarade på syftet vilket stärkte trovärdigheten (Henricson 2017, s. 415). Handledning har erhållits kontinuerligt under arbetet med litteraturstudien, vilket ägde rum via zoom och mailkontakt.

Resultatdiskussion

I litteraturstudiens resultat redogörs att akutsjuksköterskor möter utmaningar dagligen i vårdandet. Moralisk stress och dess relation till akutsjuksköterskors vårdande på akutmottagning berörs av flera olika faktorer. Akutsjuksköterskors prioriteringar mellan olika arbetsuppgifter riskerar att påverka omvårdnaden av patienter och patientsäkerheten är svår att upprätthålla, vilket riskerar orsaka lidande hos patienten. Utmaningen för akutsjuksköterskor är att behålla sin profession oavsett vilken situation eller patient de ställs inför. Arbetsbelastningen på akutmottagningen påverkas av inflödet av patienter och hur svårt sjuka patienterna är samt hur bemanningen ser ut. Resultatet visade även att kompetensbrist hos kollegor bidrar till att vården påverkas då inte patientens bästa

uppmärksammas eller att vård utförs trots att kunskapen saknas hos akutsjuksköterskor eller kollegor. Bristande kommunikation i teamet eller av chefer samt frånvaron av stöd från ledning eller kollegor riskerade att påverka patientvården vilket bidrog till moralisk stress.

Ett vårdarbete med begränsningar skapar moralisk stress

Resultatet visade att hög arbetsbelastning orsakade att de medicinska åtgärderna prioriterades högre än omvårdnaden vilket orsakade att endast grundläggande omvårdnad utfördes. Den bristande omvårdnaden orsakade moralisk stress och riskerade att leda till nya medicinska problem hos patienterna vilket framkom i resultatet. Ytterligare vetenskaplig litteratur styrkte resultatet men menade även att tidskrävande vård samt omvårdnad vilken krävde hjälp från andra ofta blev eftersatt. Det kunde vara åtgärder vilka innefattade hygien, mobilisering, psykosocialt stöd och patientkommunikation (Pavedahl et al. 2021; Pavedahl, Muntlin, Summer Meranius, von Thiele Schwarz & Holmström 2022). Vårdandet drabbades när den vårdande relationen inte kunde upprättas eftersom kommunikation, interaktion, närvaro och gemenskap krävdes för att patienten skulle bli delaktig (Eriksson 2018, s. 264). För att agera vårdande krävdes ansning, lekande och lärande för att skapa välbefinnande, tillfredställelse, tillit samt en känsla att vilja förändra. Utan dem kunde inte hälsoprocesser skapas för att generera välbefinnande-, sundhet- och friskhetsprocesser (Eriksson 2018, s. 237). Vårdmiljön på akutmottagningen borde skapa förutsättningar och möjligheter för akutsjuksköterskor att agera vårdande, för att främja hälsoprocesser och stödja patienters hälsa.

I resultatet framkom att akutsjuksköterskor upplevde oförmågan att ge adekvat patientvård av god kvalité, vilket skapade moralisk stress. Det här resultatet styrktes då annan litteratur beskrev att moralisk stress kunde påverka kvalitéten på akutsjuksköterskors vårdande (Arnold 2020; Babamohamadi, Katrimi & Paknazar 2021; Lamiani, Borghi & Argentero 2017). Akutsjuksköterskor vilka var direkt involverade i patientvården upplevde moralisk stress, känslor likt oro och ångest uppstod när de visste vad som behövde göras utifrån ett moraliskt perspektiv men hindrades från att utföra det (Clark et al. 2021; Colaco et al. 2018). Höga nivåer av engagemang i arbetet kunde resultera i överengagemang eller överdrivna insatser utöver vad som krävdes formellt vilket innebar svårigheter att dra sig tillbaka från arbetet och vilket kunde leda till utbrändhet (Wijn, Fokkerna & Doef 2022). Att inte ha möjlighet att hjälpa till med vård och omvårdnad av patienter trots att man såg att behovet fanns kunde skapa svårhanterliga känslor, vilket kunde leda till konsekvenser om akutsjuksköterskor saknade strategier för att hantera dem.

Litteraturstudiens resultat visade att akutsjuksköterskor hade svårigheter att bibehålla ett professionellt bemötande och agera vårdande vid omhändertagande av patienter med missbruk, beteendemässig ohälsa samt till våldsutövare på grund av moralisk stress. Tillskillnad från litteraturstudiens resultat sågs även moralisk stress vid vårdandet av patienter med icke akuta tillstånd, psykisk ohälsa eller missbruk samt hos patienter med delirium (Arnold 2020). Att de här patienterna inte erhöll likvärdig vård går emot de juridiska kravställningar akutsjuksökterskor arbetar utifrån då 1 kap 2§ Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30) menar att vården skall bedrivas med respekt för människors lika värde och för individens enskilda värde. Bristande professionellt bemötande och

undermålig kommunikation kunde i sin tur orsaka att patienter inte följde ordinationer, behandlingsrekommendationer, inte förstod viktig information eller återkom till vårdinstansen trots att tillståndet inte krävde det (Socialstyrelsen 2015, s. 33). Moralisk stress identifierades även vid vårdande av patienter vilka krävde att begränsningar tillämpades i terapeutiskt syfte, då det upplevdes förolämpa patientens värdighet. Att inte veta det slutliga resultatet av vården för de patienter vilka lämnade akutmottagningen eller intensivvårdsavdelningen orsakade moralisk stress (Arnold 2020). Det här kunde orsaka att patientens förtroende för akutsjuksköterskor minskade. För att lösa problemet behövde akutsjuksköterskor ta sitt ansvar och informera patienten och med hänsyn till att underlätta informationsöverföring behövde ansvarig läkare kommunicera vårdbeslutet.

I resultatet av litteraturstudien identifierades att akutsjuksköterskor använde olika strategier för att skydda sig själva mot moralisk stress vilket skapade konsekvenser för patientvården. Moralisk stress påverkade akutsjuksköterskors privata och professionella liv då den överskuggade den personliga och professionella identiteten (Arnold 2020; McCarthy & Gastman 2015). Akusjuksköterskor beskrev upplevelsen av att leva i någon annans mardröm eller att det gjort personliga misslyckanden, de beskrev även en förlust av sig själva i sin praktik och maktlöshet inför situationen (Arnold 2020). Moralisk stress kan minska den etiska känsligheten och akutsjuksköterskor kan bli okänsliga, passiva, tysta, döva eller blinda till moraliska utmaningar. Fortsatt bidrog det till bristande kvalité i vårdandet och försämrad patientsäkerhet till följd av inadekvat vård, tvång av patienter, undvikande, flykt från eller att överge patienter (McCarthy & Gastman 2015). Tillskillnad från litteraturstudiens resultat vilken beskrev negativa effekter av moralisk stress har en del positiva aspekter beskrivits i litteraturen. Utifrån det här indikerade moralisk stress en moralisk känslighet vilket är grunden för att göra det rätta, moralisk stress triggar reflektion kring de morala ansvaret. Fortsatt kan moralisk stress öppna upp för personligt och professionellt lärande till följd av bättre självkännedom, coping strategier, tydligare etiska ställningstaganden samt en starkare förmåga att lösa etiska och morala problem (McCarthy & Gastman 2015). Konsekvenser som kan uppstå är att akutsjuksköterskor kan reagera med att bli innesluten eller få en hård jargong mot patienter eller kollegor vilket bidrar till icke patientsäker och otrivsam arbetsplats. Däremot kan arbetsplatsen upplevas positiv om hanteringen kring stress uppmärksammas vilket bidrar till en bättre arbetsmiljö.

I litteraturstudiens resultat beskrevs att akutsjuksköterskor drabbades av moralisk stress när patienten blev lidande till följd av inadekvata beslut att utföra livsuppehållande vård eller att det gick emot de moraliska värderingarna att aktivt arbeta med återupplivning av vissa patienter. På samma sätt beskrev en systematisk översikt att akutsjuksköterskor och intensivvårdssjuksköterskor upplevde att vården de gav liknade tortyr. Akutsjuksköterskorna ifrågasatte hur mycket lidande patienter kunde utstå i strävan att hålla dem vid liv till varje pris och om hänsyn kvarstod för det mänskliga värdet (Arnold 2020). Till skillnad från litteraturöversiktens resultat, beskrev artikeln att sjuksköterskor inom akutsjukvård och intensivvård upplevde moralisk stress när patientens vård drabbades på grund av avsaknad av samsyn. Det här på grund av att de inblandade i patientens vård inte hade samma syn eller vetskap om den fortsatta vården. Det kunde handla om att akutsjuksköterskor inte instämde med läkarens åtgärder eller att läkaren inte uppgav all information till patient och/eller närstående (Arnold 2020). Etiska dilemman bör leda akutsjuksköterskor till en etisk diskussion med både kollegor och

närstående för att tillsammans skapa en gemensam bild av det bästa för patienten. Akutsjuksköterskor ska stå upp för och försvara patienten för att förhindra lidande, oavsett vem eller vad orsaken är.

En vårdmiljö som skapar moralisk stress

Litteraturstudiens resultat och annan litteratur visade att om flera patienter med hög prioritet kom samtidigt till akutmottagningen riskerade det att påverka vården för patienter med en lägre prioritet. Fortsatt beskrevs att på grund av att akutsjuksköterskor blev låsta för att vårda patienter med kritiska tillstånd, bidrog det till hotad patientsäkerhet för de patienter vilka hade en lägre prioritet. Pavedahl et al (2021) beskrev att vid vårdande av kritisk sjuka patienter hade akutsjuksköterskor svårt att skapa vårdande relationer med patienterna, trots att akutsjuksköterskor var på samma sal som patienten och ansvarade för omvårdnaden så blev den otillräcklig och försämrades över tid. Akutsjuksköterskors fokuserade under det initiala omhändertagande på patienten, med tiden sjönk engagemanget och patienten blev lämnad ensam under perioder. Akutsjuksköterskorna var mer benägna att möta patientens fysiska behov än psykosociala (Pavedahl et al. 2021). Akutsjukvården är bygd för att omhänderta patientens medicinska tillstånd och det fundamentala vårdandet och omvårdnaden blev underordnad (Pavedahl et al. 2022). Utifrån den kunskapen kan man fundera på hur vårdandet såg ut för patienter med lägre prioritet och som vistats länge på akutmottagningen. Långa besök på akutmottagningen kunde resultera i att patienter fick vänta med toalettbesök, blev lämnade ensamma (Pavedahl et al. 2022), patientens behov negligerades (Pavedahl et al. 2021; Pavedahl et al. 2022), de erhöll ingen vätska eller nutrition på flera timmar (Pavedahl et al. 2021). I resultatet beskrevs att inte ha möjlighet att vårda de här patienterna till följd av olika hinder gav upphov till moralisk stress hos akutsjuksköterskor.

Litteraturstudiens resultat visade att vårdandet drabbades av akutsjuksköterskors höga arbetsbelastning till följd av inadekvat bemanning. Likt det här resultat identifierades bristande resurser, otillräcklig eller inadekvat bemanning samt högt antal patienter per sjuksköterska vilka var orsaker till moralisk stress och kompromissad vårdkvalité (Arnold 2020; Elder et al. 2020; Gorman 2019; Gustavsson et al. 2020; Lamiani, Borghi & Argentero 2017; McCarthy & Gastman 2015). Överbelastning orsakade inte bara organisatoriska och logistiska hinder utan även etiska problem vilket bidrog till konflikter mellan de moraliska värderingarna (Agrawal 2007; McCarthy & Gastman 2015; Moskop, Sklar, Geiderman, Svhears & Bookman 2009). Även patienter upplevde ett sämre bemötande, bristande information, längre väntetider och bristande grundläggande omvårdnad exempelvis smärtlindring, nutrition, empati, information om egenvård och avsaknad av intresse för patientens livssituation (Muntlin, Gunningsberg & Carlsson 2006). I en ogynnsam miljö kan det naturliga vårdandet avaktiveras (Eriksson 2018, s. 245). Utifrån den här kunskapen kan vårdandet på akutmottagningen upphöra när vårdmiljön blev så ansträngd att akutsjuksköterskor inte kunde hantera den.

Överbelastning och hög arbetsbelastning på akutmottagningar är inget nytt fenomen då vetenskaplig litteratur beskrivit problemen i årtionden (Feferman & Cornell. 1989; Grumback, Keane. & Bindman. 1993). Det är ett internationellt problem vilket visats öka mortaliteten och bidragit till låg patientsäkerhet samt vårdkvalité (Bernstein et al. 2009;

Gabayan et al. 2015; Gorman 2019; King et al. 2021). Fenomenet förekom även på svenska akutmottagningar (Ugglas et al. 2021; Wretborn, Henricson, Ekelund, Wilhelms 2020). Trots att problemen funnits länge är de fortsatt omfattande och utspridda samt förekommer inom akutsjukvården i allt högre utsträckning (Ugglas et al. 2021). Överbelastningen kunde orsaka stora konsekvenser för akutsjuksköterskor, (Agrawal 2007; Arnold 2020; McCarthy & Gastman 2015; Moskop et al. 2009; Gorman 2019) patienten, (Agrawal 2007; Arnold 2020; McCarthy & Gastman 2015; Moskop et al. 2009; Ugglas et al. 2020), organisationen (Agrawal 2007; Moskop et al. 2009) och akutsjukvården (Agrawal 2007; Moskop et al. 2009). Akutsjuksköterskors vårdande på en överbelastad akutmottagning borde inte bara ses ur ett systemiskt perspektiv utan även ett etiskt. Överbelastningen på akutmottagningen bidrog till många etiska dilemman och moraliska konflikter vilket genererade i moralisk stress och dess konsekvenser. Att se överbelastningen ur etiskt perspektiv kanske kunde hjälpa akutsjukvården att komma runt problemet och alternativt ifrågasätta om den vård vilken bedrivs är etiskt försvarbar.

I litteraturstudiens resultat sågs att moralisk stress uppstod till följd av bristande stöd och hantering av etiska problem av kollegor samt chefer inom organisationen. Utöver de brister vilka presenterades i litteraturstudiens resultat sågs bristande respekt för patienter och kollegor, dåligt stöd från kollegor vid vårdande av komplicerade patienter samt bristande delaktighet i beslut angående patientens vård (Lamiani, Borghi & Argentero 2017). I litteraturstudiens resultat benämndes bristande kommunikation inom teamet som en orsak till moralisk stress. Däremot beskrev annan litteratur att otillräckligt samarbetet mellan akutsjuksköterskor och läkare hade negativa effekter på frekvensen av moralisk stress hos akutsjuksköterskor (Arnold 2020; Elder et al. 2020; Gustavsson et al. 2020; Lamiani, Borghi & Argentero 2017; McCarthy & Gastman 2015). Det kan ha att göra med att akutsjuksköterskor erhöll lägre inflytande på patientens vård. Det betydde att akutsjuksköterskor var i behov av bättre stöd av sina chefer och kollegor för hjälp att hantera den moraliska stressen. Kommunikationen och samarbete vid arbete i team behövde förbättras för att minska akutsjuksköterskor frekvens av moralisk stress.

Akutmottagningen var en stressig miljö där akutsjuksköterskor dagligen ställdes inför etiska problem och utsattes för moralisk stress vilket kunde ha skadliga effekter på akutsjuksköterskor och på patientvårdens kvalitét (Babamohamadi, Katrimi & Paknazar 2021). Moralisk stress fanns med långt efter att den utvecklades och även efter att situationen hanterats, det här definierades moraliska rester. Det fanns en risk att moraliska rester byggdes upp efterhand vid varje exponering, den här uppbyggnaden kallades för cresendoeffekten (Trautmann 2015). Långvarig och upprepad moralisk stress kunde leda till identitetsförluster, utbrändhet, försämrat vårdande, minskad arbetsnöjdhet att akutsjuksköterskor valde mindre stressiga arbetsplatser eller att akutsjuksköterskor lämnade yrket (Clark et al. 2021; McCarthy & Gastman 2015; Trautmann 2015). Konsekvenserna av det blir en ohållbar akutsjukvård då organisationen och hälso- och sjukvårdssystemets kapacitet, patientsäkerhet och utvecklingsförmåga kommer att minska i takt med att akutsjuksköterskor lämnar akutsjukvården.

I de flesta kliniska situationer hade akutsjuksköterskor en tydlig idé på hur problemet skulle lösas, men etiska problem tycktes svårare att lösa (Jameton 1984, s. 66). Det fanns flera olika vägar att lösa situationer med moralisk stress, en strategi var att resonera utifrån patientfall för att belysa olika vinklingar och utforska ett ”vanligt” dilemma i en klinisk

miljö. Andra lösningar var effektiv kommunikation, stödjande nätverk, konsulttjänst för moralisk stress eller seminarier där identifiering och lindring av moralisk stress ägde rum (Trautmann 2015). Hantering av stress kunde göras med copingstrategier vilka kunde vara känslofokuserade eller problemfokuserade (Elder et al. 2020; Jameton 2017). Känslofokuserade strategier lyfte fram känslor vilka uppstod vid exponering av stressfaktorer och problemfokuserade strategier som skulle fokusera på att förbättra orsaken till stress. Att uppmuntra copingstrategier var avgörande för att säkerställa akutsjuksköterskors välbefinnande (Elder et al. 2020). Att stödja vårdpersonal att prata om etiska frågor samt uppmuntra akutsjuksköterskor när de vågade tala ut och var motståndskraftiga var alternativa lösningar eller utbildningar kring etiskt resonemang för att lindra moralisk stress (Jameton 2017; Lamiani Borghi & Argentero 2017).

I en tid av budgetnedskärningar inom hälso- och sjukvården kunde organisationens ledning investera i ”immateriella varor” såsom - samarbete och stöd i teamet och/eller positivt etiskt klimat för att minska moralisk stress (Kälvemark et al. 2006; Lamiani, Borghi & Argentero 2017). Där till var debriefing efter svåra händelser, möjlighet att ta pauser efter att ha blivit utsatt för stress samt goda relationer med kollegor viktiga faktorer för att minimera moralisk stress (Clark et al. 2021). Insatser behövdes för att stärka akutsjuksköterskors kompetens i etiskt beslutsfattande då det ofta saknades information om var akutsjuksköterskor erhöll etiskt stöd. Etiska utbildningar efterfrågades av de som upplevt moralisk stress (Colaco et al. 2018). Olika interventioner föreslogs för att minska moralisk stress såsom egen schemaläggning, rotationstjänst mot enheter med mindre arbetsbelastning (Clark et al. 2021), mentorskap för nyanställda (Clark et al. 2021; Lamiani, Borghi & Argentero 2017), rådgivning och etikronder (Lamiani, Borghi & Argentero 2017). Etiska ronder med interprofessionell medverkan kunde vara en strategi för att minska moralisk stress. Genom att tillsammans identifiera etiska dilemman och öka toleransen och respektera andras moraliska värderingar och därigenom reducera moralisk stress (Calaco et al. 2017; Kälvemark et al. 2006). Om organisationen ville att akutsjuksköterskor skulle agera utifrån sina moraliska värderingar borde moralisk stress inte bara ses utifrån varje individs egenskaper. Utan organisationen måste kritisk bedöma sin organisationskultur, etiska klimat, policyer och praxis för att lösa problemet (Oh & Gastmans 2015; Jameton 2017; Kälvemark et al. 2006).

Hållbar akutsjukvård

Hållbar utveckling innefattade ekologisk-, ekonomisk- och socialhållbarhet, de olika dimensionerna inverkade på varandra vilket medförde att det inte har någon betydelse var fokus låg då det i slutändan var hållbarheten inom akutsjukvården som var målet (Sandman & Kjellström 2018, s. 410). Hållbar utveckling inom akutsjukvården innefattade det hälsofrämjande perspektivet vilket skulle ske genom personcentrerad vård (Socialstyrelsen 2018, ss. 22, 38). Litteraturstudiens resultat visade att arbetsbelastning och tidsbrist orsakade svårigheter för akutsjuksköterskor att utföra grundläggande omvårdnad (Eriksson et al. 2018). Dessutom saknades tid att vara närvarande och skapa vårdande relationer (Wolf et al. 2017). Det här bidrog till att akutsjuksköterskor hindrades från att bedriva en personcentrerad vård (Muntlin, Gunningsberg & Carlsson et al. 2006). För att lösa de etiska problemen inom akutsjukvården behövde någon av dimensionerna lösas (Jameton 2017). Ett etiskproblem var det direkta förhållandet mellan moralisk stress och akutsjuksköterskors otillräcklighet i vårdandet. Oförmåga att vårda skapade svårigheter att tillhandahålla säker vård med hög kvalité (Wolf et al. 2017).

Lösningar på en hållbar utveckling av akutsjukvården borde fokuseras på förbättringar av livskvalitet och förbättrad hälsa för alla med respekt för det naturliga systemets integritet (Whitmee et al. 2015). För att förbättra akutsjuksköterskors hälsa behöver nivåerna av moralisk stress minskas (McCarthy & Gastman 2015; Trautmann 2015). Det här bör ske genom individen själv men förändringar borde även ske inom akutsjukvårdens organisation (Oh & Gastmans 2015; Jameton 2017). Om moralisk stress förkom i låga nivåer som inte var ohälsosamma kunde stora samhällsvinster erhållas då den sociala, ekonomiska och ekologiska hållbarheten inom akutsjukvården skulle öka. Lägre nivåer av moralisk stress bidrog till patientsäkerhet, arbetsvilja, trygghet i vårdandet, färre sjukskrivningar och misstag, förbättrad hälsa samt att fler akutsjuksköterskor klarade av att arbeta inom akutsjukvården. Akutsjuksköterskor är betydelsefulla för hållbarhet inom akutsjukvården då akutsjuksköterskor värnar om och bidrar med strategier för främjande och upprätthållande av hållbarutveckling inom akutsjukvården (SENA 2017, s. 9).

Sammantaget visade litteraturstudiens resultat att moralisk stress påverkade vårdandet till följd av flera olika faktorer. I resultatet sågs moralisk stress ha ett direkt förhållande till oförmågan att leva upp till förväntningar och tillhandahålla en säker och effektiv patientvård (Wolf et al. 2017). Bristande patientsäkerhet kunde i sin tur orsaka vårdskador (Socialstyrelsen 2020). Vårdskador innefattade lidande till följd av kroppslig eller psykisk sjukdom eller skada vilket kunde undvikits om åtgärder vidtagits (SFS 2010:659). Vårdskador orsakade konsekvenser för patienten, personalen samt för individens förtroende till akutsjukvården och bidrog till onödigt användande av de samhälleliga resurserna. Kostnaderna för vårdskador i Sverige är cirka 8 miljarder kronor per år (Socialstyrelsen 2020). Utöver de sociala och ekonomiska konsekvenserna av vårdskador kunde den ekologiska hållbarheten påverkas då ytterligare resurser exempelvis material, transporter och antibiotika påverkade hållbarhetens samtliga dimensioner (Whitmee et al. 2015). Ökad förståelse för moralisk stress och dess påverkan på akutsjuksköterskor och vårdandet skulle kunna generera en mer hållbar akutsjukvård.

Slutsats

Moralisk stress påverkade akutsjuksköterskors vårdande på akutmottagningen vilket orsakade att patienterna inte erhöll den goda vård och vårdkvalité de var i behov av. Akutsjuksköterskor tvingades gå emot sina moraliska värderingar när vårdande åtgärder och omvårdnad prioriterades under de medicinska åtgärderna på grund av hög belastning. Moralisk stress kunde orsaka oprofessionella förhållningssätt i mötet med patienter vilket inverkade på patientens vårdkvalité, för att skydda sig själv mot den moraliska stressen vidtogs åtgärder vilket förhindrade att vårdande relationer uppstod. Moralisk stress uppstod hos akutsjuksköterskor när samsyn saknades med kollegor eller närstående när god vård skulle upprättas och i stället skapades ett lidande hos patienten. Bristande kompetens hos kollegor vilket riskerade att påverka eller påverkade patientens vård var en utlösande faktor för moralisk stress. Dessutom sågs moralisk stress vid otillräcklig kommunikation eller bristande stöd från kollegor och chefer gällande faktorer vilka påverkade vårdandet. Fortsatta studier behövs, avseende hur moralisk stress påverkar vårdandet, hur väl implementerade åtgärder fungerar för att förhindra och underlätta hanteringen av moralisk stress hos akutsjuksköterskor samt dess konsekvenser för vårdandet.

Kliniska implikationer

Utifrån litteraturstudiens resultat, med syfte att stödja akutsjuksköterskor vilka möter moralisk stress och för att tillgodose en god och patientsäkervård på akutmottagningen föreslås följande:

- Akutmottagningens chefer bör upprätta adekvat personalbemanning i förhållande till antalet patienter på akutmottagningen.
- Akutmottagningens chefer bör tillgodose akutsjuksköterskor med utbildning och skapa rutiner kring moralisk stress för att värna om den psykiska hälsan.
- Akutsjuksköterskor behöver skaffa individuella strategier för att hantera moralisk stress.
- Akutsjuksköterskor och chefer behöver gemensamt skapa tid för kollegial reflektion kring moraliskt utmanande situationer och hur de kan hanteras.
- Akutmottagningens chefer och akutsjuksköterskor bör gemensamt utveckla strategier för att säkerställa korrekt informationsöverföring mellan yrkesgrupper.

REFERENSER

* Artikeln ingår i resultatet

Agrawal, S. (2007). Emergency department crowding: an ethical perspective. *Society for Academic Emergency Medicine,* 14(8), ss. 750-751. doi:10.1197/j.aem.2006.11.036

Andersson, E. K., Willman, A., Sjöström-Strand, A. & Borglin, G. (2015). Registered nurses' descriptions of caring: a phenomenographic interview study. *BMC Nursing*, 14(16). doi:10.1186/s12912-015-0067-9

Arnold, T. (2020). Moral distress in emergency and critical care nurses: A metaethnography. *Nursing Ethics,* 27(8), ss. 1681-1693. doi:10.1177/0969733020935952
Babamohamadi, H., Katrimi, S. B. & Paknazar, F. (2021). Moral distress and its contributing factors among emergency department nurses: A cross sectional study in Iran. *International Emergency Nursing,* 56. 100982. doi:10.1016/j.ienj.2021.100982

Bagherzadeh, M., Jafari, H., Charati, J. Y. & Shafipour, V. (2021). The effect of an empowerment program om the moral sensitivity and caring behaviors of emergency nurses in Iran. *Nurse Education in Practice,* 57, N. PAG. doi:10.1016/j.nepr.2021.103243

Basu, S., Qayyum, H. & Mason, S. (2016). Occupational stress in the ED: a systematic literature review. *Emergency Medicine Journal,* 34(7), ss. 441-447. doi:10.1136/emermed-2016-205827

Bernstein et al. (2009). The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes.
Academic Emergency Medicine, 16(1), ss. 1–10. doi:10.1111/j.1553-2712.2008.00295.x

Bettany-Saltikov, J. & McSherry, R. (2016). *How to do a systematic literature review in nursing: a step by-step guide.* 2. uppl., London: McGraw-Hill Education/Open University Press.

Boman, E., Levy-Malmberg, R. & Fagerström, L. (2020). Differences and similarities in scope of practice between registered nurses and nurse specialists in emergency care: an interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(2), ss. 492-500. doi:10.1111/scs.12753

Cathala, X. & Moorley, C. (2018). How to appraise quantitative research. *Evidence - Based Nursing,* 21(4), 99. doi:10.1136/eb-2018-102996

Clark, P., Crawford, T. N., Hulse, B. & Polivka, B. J. (2021). Resilience, Moral Distress, and Workplace Engagement in Emergency Department Nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 43(5), ss. 442–451. doi:10.1177/0193945920956970

*Clark, P., Hulse, B. & Polivka, B. J. (2022). Resilience, Moral Distress, and Job Satisfaction Driving Engagement in Emergency Department Nurses: A Qualitative

Analysis. *JONA: The Journal of Nursing Administration,* 52(2), ss. 112–117. doi:10.1097/NNA.0000000000001111

Colaco, K. A., Courtright, A., Andreychuk, S., Frolic, A., Cheng, J. & Kam, A. J. (2018). Ethics consultation in paediatric and adult emergency departments: an assessment of clinical, ethical, learning and resource needs. *Journal of Medical Ethics,* 44(1), 13. doi:10.1136/medethics-2016-103531

Corkery, N., Avsar, P., Moore, Z., O'Connor, T., Nugent, L. & Patton, D. (2021). What is the impact of team triage as an intervention on waiting times in an adult emergency department – A systematic review. *International Emergency Nursing,* 9(58), ss. 1-7. doi:10.1016/j.ienj.2021.101043

Elder, E., Johnstron, A., Wallis, M. & Crilly, J. (2020). The demoralization of nurses and medical doctors working in the emergency department: A qualitative descriptive study. *International Emergency Nursing,* 52(2020). doi:10.1016/j.ienj.2020.100841

Eriksson, K. (2018). *Vårdvetenskap: Vetenskapen och vårdandet om den tidlösa i tiden.* Samlingsverk av Katie Eriksson. Stockholm: Liber AB.

*Eriksson, J., Gellerstedt, G., Hillerås, P. & Craftman, Å. (2018). Registered nurses' perceptions of safe care in overcrowded emergency departments. *Journal of Clinical Nursing,* 2018(27), ss. 1061-1067. doi:10.1111/jocn.14143

Fan, L., Gui, L., Xi, S. & Qiao, A. (2016). Core competence evaluation standards for emergency nurse specialist: Developing and testing psychometric properties. *International Journal of Nursing Sciences,* 3(3), ss. 274-280. doi:10.1016/j.ijnss.2016.08.005

Feferman, I. & Cornell, C. (1989). How we solved the overcrowding problem in our emergency department. *Canadian Medical Association Journal,* 140(3), ss. 273-276.

*Fernandez-Parsons, R., Rodriguez, L. & Goyal, D. (2013). Moral Distress in Emergency Nurses. *JEN: Journal of Emergency Nursing,* 39(6), ss. 547–552. doi:10.1016/j.jen.2012.12.009

Gabayan, G. Z., Derose, S. F, Chiu, V. Y., Yiu, S-C., Sarkisian., C-A, Jones., J. P. & Sun, B. (2015). Emergency Department Crowding and Outcomes After Emergency Department Discharge. *Annals of Emergency Medicine,* 66(5), ss. 483–492. doi:10.1016/j.annemergmed.2015.04.009

Gorman V. L. (2019). Future Emergency Nursing Workforce: What the Evidence Is Telling Us. *Journal of Emergency Nursing,* 45(2), ss. 132–136. doi:10.1016/j.jen.2018.09.009

Grumback, K., Keane, D. & Bidman, A. (1993). Primary Care and Public Emergency Department Overcrowding. *American Journal of Public Health,* 83(3), ss. 372-378. doi: 10.2105/ajph.83.3.372

Gustavsson, M., Arnberg, F., Juth, N. & Von Schreeb, J. (2020). Moral Distress among Disaster Responders: What is it? *Prehospital and Disaster Medicine*, 35(2), ss. 212-219. doi:10.1017/S1049023X20000096

Haddaway, N. R., Collins, A. M., Coughlin, D. & Kirk, S. (2015). The Role of Google Scholar in Evidence Reviews and Its Applicability to Grey Literature Searching. *PloS one*, 10(9), e0138237. doi:10.1371/journal.pone.0138237

Hawker, S., Payne, S., Kerr, C., Hardey, M. & Powell, J. (2002). Appraising the Evidence: Reviewing Disparate Data Systematically. *Qualitative Health Research*, 12(9), ss. 1284-1299. doi:10.1177/1049732302238251

Henricson, M. (2017). Diskussion. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad.* Lund: Studentlitteratur AB, ss. 411-419.

*Hou, Y., Timmins, F., Zhou, Q. & Wang, Z. (2021). A cross-sectional exploration of emergency department nurses' moral distress and nursing practice environment. *International Emergency Nursing*, 55, 100972. doi:10.1016/j.ienj.2021.100972

Håkansson Eklund, J., Holmström, I. K., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Höglander, J., Sundler, A. J., Condén, E. & Summer Meranius, M. (2019). "Same same or different?" A Review of reviews of person-centered care and patient-centered care, *ACTION - A Person-Centered Communication Intervention.* 102(1), ss. 3-11. doi:10.1016/j.pec.2018.08.029

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) (2015). *Hur står det till med våra akutmottagningar?* Stockholm: IVO. https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2015/hur-star-det-till-med-vara-akutmottagningar-rapport.pdf

International council of nurses (ICN) (2021). *The ICN Code of Ethics for Nurses.* Schweiz: ICN. https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf

Jameton, A. (1984). *Nursing Practice: The Ethical Issues*. New Jersey: Prentice Hall.

Jameton, A. (1993). Dilemmas of Moral distress: Moral responsibility and Nursing Practice. *AWHONNS Clinical Issues Perinat Womens Health Nurse*, 4(4), ss. 542-551.

Jameton, A. (2017). What Moral Distress in Nursing History Could Suggest about the Future of Health Care. *AMA Journal of Ethics*, 19(6), ss. 617-628. doi: 10.1001/journalofethics.2017.19.6.mhst1-1706.

Karlsson, M. & Pennbrant; S. (2020). Ideas of caring in nursing practice. *Nursing Philosophy*, 21(4), ss. 123-125. doi:10.1111/nup.12325

King, D., Vakkalanka, P., Junker, C., Harland, K. & Nugent, A. (2021). Emergency Department Overcrowding Lowers Patient Satisfaction Scores. *Society for Academic Emergency Medicine,* 28(3), ss. 363-366. doi: 10.1111/acem.14046

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad.* Lund: Studentlitteratur AB, ss. 57-80.

Källberg, A-S., Göransson, K., Florin, J., Östergren, J., Brixey, J. & Ehrenberg, A. (2014). Contributing factors to errors in Swedish emergency departments. *International Emergency Nursing,* 23(2), ss. 156-161. doi: 10.1016/j.ienj.2014.10.002

Kälvemark, S., Höglund, A., Hansson, M., Westerholm. & Arnetz, B. (2006). Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social Science & Medicine,* 58(6), ss. 1075-1058. doi:10.1016/s0277-9536(03)00279-x

Lamiani, G., Borghi, L. & Argentero, P. (2017). When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. *Journal of Health Psychology,* 22(1), ss. 51-67. doi: 10.1177/1359105315595120

Ljungbeck, B., Sjögren Forss, K., Finnbogadóttir, H. & Carlson, E. (2021). Content in nurse practitioner education - A scoping review. *Nurse Education Today*, 98, 104650. doi:10.1016/j.nedt.2020.104650

Lärn-Nilsson, J., Malmquist, J., Björn, L.O., Frankenhaeuser, M. & Meurling, P. (u.å.). *Stress.* Malmö: Nationalencyklopedin. https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/stress [22-04-26]

McCarthy, J. & Gastman, C. (2015). Moral distress: A Review of the argument-based nursing ethics literature. *Nursing Ethics,* 22(1), ss. 131-152. doi: 10.1177/0969733014557139

Misty, B., Stewart De Ramirez, S., Kelen, B., Schmitz, P S. K., Balhara, K. S., Levin, S., Martinex, D., Psoter, K., Anton, X. & Hinson, J. S. (2018). Accuracy and Reliability of Emergency Department Triage Using the Emergency Severity Index: An international Multicenter Assessment. *Annuals of Emergency Medicine*, 71(5), ss. 581-587. doi:10.1016/j.annemergmed.2017.09.036.

Moorley, C. & Cathala, X. (2019). How to appraise qualitative research. *Evidence - Based Nursing,* 22(1), 10. doi:10.1136/ebnurs-2018-103044

Moskop, J., Sklar, D., Geiderman, J., Schears, R. & Bookman, K. (2009). Emergency Department Crowding, Part 1 – Concepts, Causes and Moral Consequences. *Annals of Emergency Medicine,* 55(5), ss. 609-611. doi:10.1016/j.annemergmed.2008.09.019

Muntlin, Å., Gunningberg, L. & Carlsson, M. (2006). Patients' perception of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *Emergency Care,*15(8), ss. 1045-1056. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01368.x

OECD (2021). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators.* Paris: OECD Publishing. https://www.oecdilibrary.org/docserver/ae3016b9-en.pdf?expires=1652182516&id=id&accname=guest&checksum=EE2D96A15D1C7182AED04D6381F67FB9

Oh, Y. & Gastman, C. (2015). Moral distress experienced by nurses: A quantitative literature review. *Nursing Ethics,* 22(1), ss. 15-31. doi:10.1177/0969733013502803

Paez, A. (2017). Gray literature: An important resource in systematic reviews. *Journal of Evidence-Based Medicine,* 3(10), ss. 233-240. doi:10.1111/jebm.12266

Page et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *British Medical Journal,* 372, doi:10.1136/bmj.n71

Pavedahl, V., Holmström, I., Summer Meranius, M., von Thiele Schwars, U. & Muntlin, Å. (2021). Fundamentals of care in the emergency room – an ethnographic observational study. *International Emergency Nursing*, 58(2021), ss. 1-7. doi:10.1016/j.ienj.2021.101050.

Pavedahl, V., Muntlin, Å., Summer Meranius, M., von Thiele Schwarz, U. & Holmström, I. K. (2022). Prioritizing and meeting life-threateningly ill patients´ fundamental care needs in the emergency room – An interview study with registered nurses. *Journal of Advanced Nursing.* doi:10.1111/jan.15172

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice.* 11. uppl., Philadelphia: Wolters Kluwer.

Popenoe, R., Langius-Eklöf, A., Stenwall, E. & Jervaeus. A. (2021). A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic Journal of Nursing Research,* 41(4), ss. 175-186. doi: 10.1177/2057158521991949

Regeringskansliet (2018). Kina – Mänskliga rättigheter, demokrati och rättsstatens principer: situationen per den 31 december 2018. Stockholm: Utrikesdepartementet. https://www.regeringen.se/4a7346/contentassets/f8f0525faeaf4673affbb62159c57189/kina---manskliga-rattigheter-demokrati-och-rattsstatens-principer-2019.pdf

Riksföreningen för akutsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening (SENA) (2017). *Kompetensbeskrivning. Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot akutsjukvård*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c00306231c00/1584088433640/Kompetensbeskrivning%20sjuksk%C3%B6terskor%20inom%20akutsjukv%C3%A5rd.pdf

*Robinson, R. & Stinson, C. K. (2016). Moral Distress. *Dimensions of Critical Care Nursing,* 35 (4), ss. 235-240. doi: 10.1097/DCC.0000000000000185

Rosén, M (2017). Systematisk litteraturöversikt. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad.* Lund: Studentlitteratur AB, ss. 375-389.

SFS 1993:100 *Högskoleförordning.* Stockholm: Utbildningsdepartementet

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

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

Socialstyrelsen. (2015). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: Handbok för vårdgivare, chefer och personal*. Stockholm: Socialstyrelsen. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2015-4-10.pdf

Socialstyrelsen (2018). *Bästa möjliga hälsa och en hållbar hälso- och sjukvård.* Stockholm: Socialstyrelsen. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-2-4.pdf

Socialstyrelsen (2019). *Att kunna följa patientens väg genom vården - Sätt att koppla samman vårdhändelser i patientens vårdprocess*. Stockholm: Socialstyrelsen. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-2-10.pdf

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

Socialstyrelsen (2021). *Statistik om akutmottagningar, väntetider och besök 2020.* Stockholm: Socialstyrelsen. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2021-10-7610.pdf

Statensberedning för medicinsk och social utvärdering (SBU) (2017). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten: En handbok.* Stockholm: SBU. https://www.sbu.se/contentassets/d12fd955318f4feab3709d7ebcc9a72b/sbushandbok.pdf

Svensk sjuksköterskeförening (2010). *Vårdmiljöns betydelse*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening. https://swenurse.se/download/18.21c1e38d175977459261545a/1605101845570/V%C3%A5rdmilj%C3%B6ns%20betydelse.pdf

Trautmann, J. (2015). Moral Distress. *Journal of Infusion Nursing,* 38(4), ss. 285-289. doi:10.1097/NAN.0000000000000111

*Trautmann, J., Epstein, E., Rovnyak, V. & Snyder, A. (2015). Relationships Among Moral Distress, Level of Practice Independence, and Intent to Leave of Nurse Practitioners in Emergency Departments. *Advanced Emergency Nursing Journal,* 37(2), ss.134–145. doi:10.1097/TME.0000000000000060

Ugglas, B., Lindmarker, P., Ekelund, U., Djärv, T. & Holzmann, M. (2021). Emergency department crowding and mortality in 14 Swedish emergency departments, a cohort study leveraging the Swedish Emergency Registry (SVAR). *PLoS one.* doi: 10.1371/journal.pone.0247881

Vetenskapsrådet (2017). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet. https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf

Whitmee et al. (2015). Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation-Lancet Commission on planetary health. *Lancet (London, England)*, 386(10007), ss.1973–2028. doi:10.1016/S0140-6736(15)60901-1

Whittemore, R. (2005). Combining Evidence in Nursing Research: Methods and Implications. *Nursing Research,* 54 (1), ss. 56-62. doi:10.1097/00006199-200501000-00008

Whittemore, R. & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advance Nursing*, 52(2), ss. 546-553. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x

Wijn, A. N., Fokkema, M. & Doef, M. P. (2022). The prevalence of stress-related outcomes and occupational well-being among emergency nurses in the Netherlands and the role of job factors: A regression tree analysis. *Journal of Nursing Management,* 30(1), ss. 187-197. doi:10.1111/jonm.13457

*Wolf, L. A., Perhats, C., Delao, A. M., Clark, P. R. & Moon, M. D. (2017). On the Threshold of Safety: A Qualitative Exploration of Nurses' Perceptions of Factors Involved in Safe Staffing Levels in Emergency Departments: JEN. *Journal of Emergency Nursing*, 43(2), ss. 150-157. doi:10.1016/j.jen.2016.09.003

*Wolf, L. A., Perhats, C., Delao, A. M., Moon, M. D., Clark, P. R. & Zavotsky, K. E. (2016). "It's a Burden You Carry": Describing Moral Distress in Emergency Nursing: JEN. *Journal of Emergency Nursing*, 42(1), ss. 37–46. doi:10.1016/j.jen.2015.08.008

Woo, B., Lee, J. & Tam, W. (2017). The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review. *Human resources for health*, 15(1), 63. doi:10.1186/s12960-017-0237-9

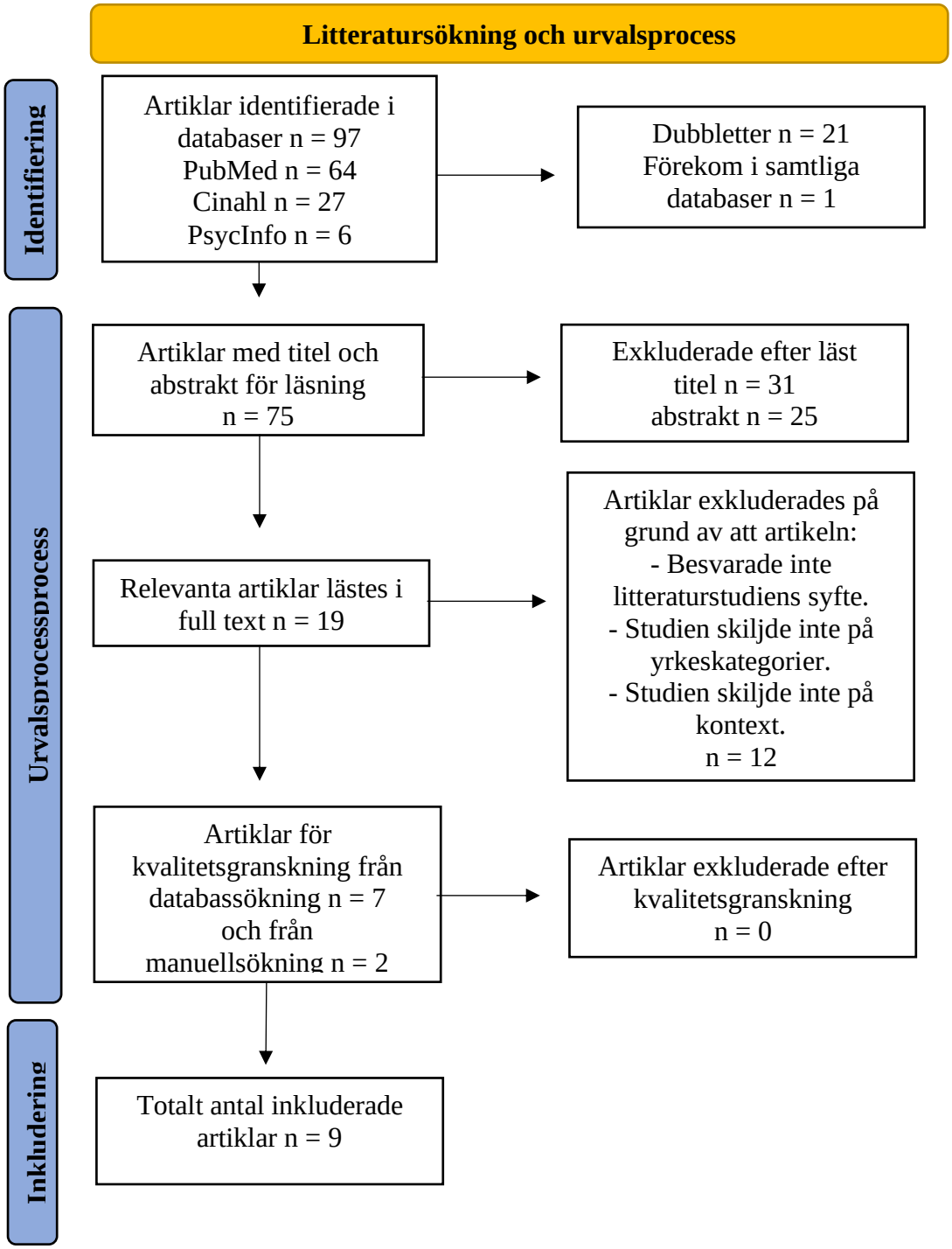
Wretborn, J., Henricson, J., Ekelund, U. & Wilhelms, D. (2020). Prevalence of crowding, boarding and staffing levels in Swedish emergency departments – A National Cross Sectional Study. *BMC Emergency Medicine,* 20(50), ss. 1-8. doi:10.1186/s12873-020-00342-x

*Zavotsky, K. & Chan, G. (2016). Exploring the Relationship Among Moral Distress, Coping, and the Practice Environment in Emergency Department Nurses. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 38 (2), ss. 133-146. doi:10.1097/TME.0000000000000100.

BILAGOR

Bilaga 1. PRISMA 2020

PRISMA 2020 flödesschema för nya systematiska översikter som endast omfattade sökningar i databaser och register.



Från: Page MJ, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

Bilaga 2. Granskningsmall

BILAGA D

1. Sammanfattning och titel: Var de en tydlig beskrivning av studien?

Bra **-** Strukturerad abstrakt med fullständig information och tydlig titel.

Ganska bra **-** Abstrakt med de flesta uppgifterna.

Dåligt **-** Otillräckligt abstrakt.

Mycket dåligt **-** Inget abstrakt.

2. Inledning och mål: Fanns det en bra bakgrund och en tydlig redogörelse för målen av forskningen?

Bra **-** Fullständig men kortfattad bakgrund till diskussionen/studien som innehåller en aktuell litteraturöversikt och kunskapsluckor framhävs. Tydlig redogörelse för syfte och mål, inklusive forskningsfrågor.

Ganska bra **-** Viss bakgrund och litteraturöversikt. Forskningsfrågorna beskrivs.

Dålig **-** Viss bakgrund men inget syfte, mål eller frågor, ELLER Syfte/mål men otillräcklig bakgrund.

Mycket dåligt **-** Inget omnämnande av syfte/mål. Ingen bakgrund eller litteraturgenomgång.

3. Metod och data: Är metoden lämplig och tydligt förklarad?

Bra **-** Metoden är lämplig och tydligt beskriven (t.ex. frågeformulär ingår). Tydliga uppgifter om datainsamling och registrering.

Ganska bra - Metoden är lämplig, men beskrivningen kunde vara bättre. Data beskrivs.

Dålig **–** Tveksamt om metoden är lämplig. Metoden är otillräckligt beskriven. Lite data beskrivs.

Mycket dålig - Ingen beskrivning av metoden, OCH/ELLER Metoden är olämplig, OCH/ELLER Inga uppgifter om data.

4. Urval: Var urvalsstrategin lämplig för att uppnå målen?

Bra - Detaljer (ålder/genus/ras/kontext) om vem som studerades och hur de rekryterades. Varför den här gruppen valdes ut. Urvalsstorleken var motiverad för studien. Svarsfrekvenserna visas och förklaras.

Ganska bra - Urvalsstorlek motiverad. De flesta uppgifter finns, men vissa saknas.

Dåligt - Urval nämns men få beskrivande detaljer.

Mycket dåligt - Inga detaljer om urvalet.

5. Dataanalys: Var beskrivningen av dataanalysen tillräckligt rigorös?

Bra **-** Tydlig beskrivning av hur analysen gjordes. Kvalitativa studier: Beskrivning av hur teman fastställdes/validering eller triangulering av respondenten. Kvantitativa studier: Skäl till att testerna valdes hypotesstyrda/siffror som stämmer/statistisk signifikans diskuteras.

Ganska bra - Kvalitativa studier: Beskrivande diskussion av analysen. Kvantitativ.

Dålig - Minimala detaljer om analysen.

Mycket dålig - Ingen diskussion om analysen.

6. Etik och bias: Har etiska frågor tagits upp, och vad har nödvändiga etiska godkännande erhållits? Har förhållandet mellan forskare och deltagare beaktats på ett adekvat sätt?

God - Etik: Vid behov, har frågor om konfidentialitet, känslighet och samtycke behandlats. Bias: Forskaren var reflexiv och/eller medvetna om sin egen partiskhet.

Ganska bra - Ovanstående frågor har beaktats (dvs. de har erkänts).

Dåligt **-** Kort omnämnande av frågorna.

Mycket dåligt - Inga frågor nämns.

7. Resultat: Finns det en tydlig redogörelse för resultaten?

Bra **-** Resultaten är tydliga, lätta att förstå och har en logisk utveckling. Tabeller, om de finns, förklaras i texten. Resultaten är direkt kopplade till målen. Tillräckliga uppgifter presenteras för att stödja resultaten.

Ganska bra - Resultaten nämns men skulle kunna förklaras mer. De uppgifter som presenteras är direkt kopplade till resultaten.

Dåligt **-** Resultaten presenteras slumpmässigt, förklaras inte och har ingen förklaring logiskt från resultaten.

Mycket dåligt - Resultaten nämns inte eller har inget samband med målen.

8. Överförbarhet eller generaliserbarhet: Är resultaten av den här studien överförbar (generaliserbar) till en större population?

Bra - Undersökningens sammanhang och miljö beskrivs tillräckligt för att möjliggöra jämförelse med andra sammanhang och miljöer, plus hög poäng i Fråga 4 (urval).

Ganska Bra - En del sammanhang och miljö beskrivs, men det behövs mer för att replikera eller jämföra studien med andra, plus rättvis poäng eller högre i fråga om Fråga 4.

Dåligt **-** Minimal beskrivning av sammanhanget/omgivningen.

Mycket dålig - Ingen beskrivning av sammanhanget/omgivningen.

9. Konsekvenser och användbarhet: Hur viktiga är de här resultaten för policy och praxis?

Bra **-** Bidrar till något nytt och/eller annorlunda i fråga om förståelse/insyn eller perspektiv. Föreslår idéer för ytterligare forskning. Föreslår konsekvenser för policy och/eller praxis.

Ganska Bra - Två av ovanstående (ange vad som saknas i kommentarerna).

Dåligt - Endast en av ovanstående punkter.

Mycket dålig - Inget av ovanstående

Bilaga 3. Artikelmatris

Författare, år & Land	Design	Syfte	Deltagare	Datainsamling	Dataanalys	Resultat från abstrakt	Kvalité
Clark, P., Hulse, B.& Polivka, B. (2022). USA.	Kvalitativ	Syftet med studien var att undersöka hur motståndskraft, arbetstillfredsställelse och moralisk ångest påverkar sjuksköterskors engagemang på akutmottagning.	n=15 akutsjuksköterskor n=14 kvinnor n=1 man Arbetade år: n=6 i 0-10 år n=3 i 11-20 år n=2 i 21-30 år n=4 i >30 år	Först fyllde deltagarna i ett demografiskt formulär sedan semistrukturerade intervjuer.	Teoretiskt kvalitativ innehållsanalys användes.	Deltagarnas omvårdnadserfarenheter, självförtroende i yrkesutövningen, att kunna bemästra stressfaktorer och tillfredsställelse vid patientvård förbättrade motståndskraften och engagemanget på arbetsplatsen. Oengagerade och moraliskt stressade sjuksköterskor saknade autonomi och möjlighet till förändring på arbetsplatsen.	Medel kvalité
Eriksson, J., Gellerstedt, L., Hillerås, P. & Craftman, Å. (2018). Sverige.	Kvalitativ induktiv och deskriptiv studie.	Syftet var att undersöka sjuksköterskors upplevelse av säker vård för patienter med långa vårdtider på akutmottagningen.	n=14 Sjuksköterskor. N=11 kvinnor n= 3 män. Arbetat på akutmottagning 1-18 år.	Bekvämlighetsurval, semistrukturerade intervjuer.	Kvalitativ innehållsanalys.	Patientsäkerheten möter hinder i den kliniska miljön. Sjuksköterskor möter hinder för deras arbetsansvar för att skapa balans mellan basalomvårdnad och den faktiska arbetsbelastningen, vilket orsakar känslan att ha förlorat kontrollen.	Hög kvalité
Fernadez-Parsons, R., Rodriguez, L. & Goyal, D. (2013). USA.	Tvärsnittsstudie, deskriptiv design.	Syfte att undersöka moralisk stress och hur den påverkar sjuksköterskor.	n=51 akutsjuksköterskor. Ålder mellan 27-68 år. Erfarenhet på akutmottagning var mellan 3 månader och 27 år.	Moralisk stress skala ett självskattnings frågeformulär ifylldes.	Statistisk analys.	Sjuksköterskor med mycket moralisk ångest var relaterade till kompetens och att följa familjers önskemål om livsuppehållande åtgärder. Moralisk stress är en orsak till övervägande att sluta arbeta. Resultaten visade en total genomsnittlig nivå av moraliskt lidande på 3,18, vilket tyder på lågt moraliskt lidande.	Hög kvalité

Hou, Y., Timmins, F., Zhou, Q. & Wang, J. (2021). Kina.	Tvärsnittsstudie, deskriptiv design.	Syftet var att undersöka relationen mellan moralisk stress, etiskklimat och vårdmiljön bland akutsjuksköterskor.	n=237 akutsjuksköterskor. Ålder: n=92, 18-29 år n=122, 30-39 år n=18, 40-49 år n=5, ≥50 år Minst 1 års erfarenhet.	Bekvämlighetsurval. Frågeformulär och självskattningsskalor, MDS-R för att skatta moralisk stress. NPES-R för att skatta vårdmiljön. HECS, skattar etiskklimat.	Statistisk analys.	Ett positivt etiskt klimat och hälsosammare vårdmiljö visade på lägre nivåer av moralisk stress bland akutsjuksköterskor. Låg kompetens hos kollegor orsakade i hög grad moralisk stress.	Medel kvalité.
Robinson, R. & Stinson, C. (2016). USA.	Fenomenologisk kvalitativ design.	Syftet var att undersöka hur akutsjuksköterskor definierar moralisk stress, upplevelsen av moralisk stress, dess konsekvenser samt identifiera strategier för att hantera moralisk stress.	n=8 akutsjuksköterskor från tre olika akutmottagningar n=5 kvinnor n=3 män	Bekvämlighetsurval. Strukturerade intervjuer med öppna frågor.	Analys enligt 7-stegsmodell av Colaizzi.	Fyra stora teman identifierades: Avsaknad av närstående, be gud om förlåtelse, stänga av känslorna, att det förändrar den vi är.	Medel kvalité
Trautmann, J., Epstein, E., Rovnyak, V. & Snyder, A. (2015). USA.	Tvärsnittsstudie med korrelationsdesign.	Syftet var att undersöka relationen mellan moralisk stress, självständigt arbete och intention att lämna arbetsplatsen bland sjuksköterskor på akutmottagning.	n=207 akutsjuksköterskor. n=167 kvinnor n=40 män Arbetade år på akutmottagning: n=137 i 0-10 år n=62 i 10,1-20 år n=5 i 20,1-30 år	Webbaserat formulär med bekvämlighetsurval.	Statistisk analys.	Resultatet visade att moralisk stress leder till sämre vård för patienten, till följd av okunniga medarbetare och bristande kommunikation inom teamet. Hög moralisk stress var en stor orsak till att vilja byta arbetsplats. Resultatet visade att 27 % övervägt att lämna sin tjänst och 25 % hade lämnat sin tjänst relaterat till moralisk stress.	Medel kvalité
Wolf, L. A., Perhats, C., Delao, A. M., Moon, M. D., Clark, P. R. & Zavotsky, K. E. (2016). USA.	Kvalitativ studie. Explorativ design.	Syftet med den här studien var att undersöka karaktären av moralisk ångest som den upplevs och beskrivs av akutsjuksköterskor.	n=17 akutsjuksköterskor. 94 % var kvinnor Erfarenhet som sjuksköterska i 24 ± 13 år och som akutsjuksköterska i 19 ± 11 år.	Demografisk information insamlades via online enkät. Semistrukturerade fokusgrupps intervjuer.	Tematisk analys.	Deltagarna beskrev akutmottagningens omgivning som en dåligt fungerande arbetsplats, de beskrev även att vara besegrad som orsak till moralisk oro och adativ/maladativ coping. Deltagarna beskrev överlag en djup känsla av att inte kunna ge den patientvård som de önskade.	Hög kvalité

Wolf, L. A., Perhats, C., Delao, A. m., Clark, P. R. & Moon, M. D. (2017). USA.	Kvalitativ explorativ design.	Syftet med studien är att undersöka akutsjuksköterskornas uppfattningar om faktorer som spelar in för en säker bemanning och att identifiera faktorer vilka påverkar bemanningen negativt och positivt och som kan ge upphov till effektivare insatser och utvärderingar.	n=26 akutsjuksköterskor. 69,2 % kvinnor Erfarenhet som akutsjuksköterska var 14,6 ± 8,1 år.	Först besvarades en online enkät om demografi och arbetsmiljö. Deltagarna anmälde sig till en av tre fokusgrupper sedan genomfördes intervjuer.	Induktiv tematisk innehållsanalys.	Fem teman identifierades: osäker vårdmiljö, säkerhetskomponenter, patientutfall: riskfylld vård, sjuksköterskors utfall: lämna yrket och möjliga lösningar. Hög nivå av moralisk stress bidrar till att sluta på arbetsplatsen. Osäker bemanning relaterat till oförmågan att kunna förutse allvarlighetsgrad på patienter.	Hög kvalité
Zavotsky, K. & Chan, G. K. (2016). USA.	Kvantitativ deskriptiv korrelationsdesign.	Syftet var att undersöka moralisk stress bland akutsjuksköterskor och dess relation till coping	n=198 akutsjuksköterskor. n=169 kvinnor Medelvärde antal år på akutmottagning var 14,2 år.	Bekvämlighetsurval utfördes. Datainsamling via frågeformulär.	Statistisk analys	Resultatet visade att moralisk stress har hög prevalens hos akutsjuksköterskor. Copingstrategier hade viss effekt på den moraliska stressen. Arbetsmiljön hade stor betydelse för förekomst av moralisk stress.	Hög kvalité