



MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

UNDERSKÖTERS KOR OCH SJUKSKÖTERS KORS MORALISKA STRESS I DET DAGLIGA ARBETET

EN ENKÄTSTUDIE

IDA EMILIE BRANTELID
SARA LECANDER WINGÅRD

UNDERSKÖTERSORS OCH SJKSKÖTERSORS MORALISKA STRESS I DET DAGLIGA ARBETET

EN ENKÄTSTUDIE

IDA EMILIE BRANTELID
SARA LECANDER WINGÅRD

Brantelid, E, I & Lecander Wingård, S. Undersköterskors och sjuksköterskors moraliska stress i det dagliga arbetet. En enkätstudie. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Hälsa och samhälle, Utbildningsområde omvårdnad, 2009.

Etiska aspekter av vårddyrket spelar inte en framträdande roll i sjuksköterskeutbildningen. Etik är den teoretiska referensramen för ett korrekt moraliskt handlande och sjukvård handlar om att ge rätt omvårdnad till en individ i behov av detta. När moraliska värderingar och verkligheten kolliderar kan en konflikt uppstå, vilket i sin tur kan leda till moralisk stress. Psykisk ohälsa har på senare tid ökat bland sjukvårdspersonal som en direkt följd av moralisk stress.

Syftet med denna empiriska enkätstudie är att undersöka i vilken grad undersköterskor och sjuksköterskor upplever moralisk stress i det dagliga arbetet.

Studien har utförts på en medicinklinik på UMAS där alla undersköterskor och sjuksköterskor på avdelningen har inkluderats. Ett modifierat validerat mätinstrument har använts för att mäta vilka situationer som är särskilt känsliga för moralisk stress samt i vilken grad detta ger dåligt samvete.

Resultatet visar att det förekommer moralisk stress på avdelningen. Det finns inte någon skillnad mellan yrkeskategorierna i förekomsten av de utvalda situationerna däremot finns det en signifikant skillnad i vissa situationer när det gäller graden av dåligt samvete.

Nyckelord: Empirisk studie, enkät, etiskt dilemma, moralisk stress, sjuksköterskor, undersköterskor.

STAFF NURSES AND NURSES MORAL STRESS IN DAILY WORK

A SURVEY STUDY

IDA EMILIE BRANTELID

SARA LECANDER WINGÅRD

Brantelid E, I & Lecander Wingård, S. Staff nurses and nurses moral stress in daily work. A Survey study. *Degree Project, 15 Credit Points*. Nursing Programme, Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2009.

Ethical aspects of health care profession do not take a prominent role in nursing programme. Ethics is the theoretical reference for proper moral behavior and healthcare is about providing the right care to an individual in need of it. When moral values and reality collide a conflict can arise, which in turn can lead to moral stress. Psychological illness has recently increased among healthcare professionals as a direct result of moral stress. The aim of this empirical survey is to examine to which degree staff nurses and nurses experiencing moral stress in their daily work. The study was conducted at a medical clinic at UMAS where all the staff nurses and nurses in the department were included. A modified validated questionnaire has been used to measure the situations that are particularly sensitive to moral stress and to which degree these situations give troubled conscience. The result indicates that moral stress exists in the department. There is no difference in the presence of the selected situations between staff nurses and nurses, however, there is a significant difference between staff nurses and nurses in some situations to which they contribute troubled conscience.

Keywords: Empirical study, ethic dilemmas, moral stress, nurses, staff nurses and survey.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
Definitioner	5
BAKGRUND	6
Lagar	8
Tidigare forskning	8
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING	10
Avgränsningar	10
METOD	10
Urval	10
Datainsamling	10
Databearbetning och analys	11
Etiska överväganden	12
RESULTAT	12
Relationen mellan frekvens och dåligt samvete	12
Skillnader mellan undersköterskor och sjuksköterskor	15
<i>A- dimensionen</i>	16
<i>B- dimensionen</i>	17
DISKUSSION	18
Metoddiskussion	18
<i>Urval</i>	18
<i>Datainsamling</i>	18
<i>Databearbetning och analys</i>	18
<i>Bortfall</i>	19
Resultatdiskussion	19
<i>Brist på tid</i>	20
<i>Andras förväntningar/ yttre krav</i>	20
<i>Kränkning och undvikande</i>	21
Generell resultatdiskussion	21
<i>Klinisk tillämpning</i>	22
<i>Förslag på fortsatta studier</i>	22
Slutord	23
REFERENSER	24
BILAGOR	26

INLEDNING

Moralisk stress valdes för att öka kunskapen om de etiska dilemman som kan tänkas uppstå i vår framtida yrkesroll som sjuksköterska. Vi har ibland saknat en diskussion kring etiska aspekter inom vården under utbildningen och genom att skriva om moralisk stress i vår C-uppsats hoppas vi uppnå en djupare förståelse för de etiska frågorna.

Sådana frågor behandlas i Zuzelos (2007) artikel ”Exploring the Moral Distress of Registered Nurses” där han belyser hur sjuksköterskeutbildningar har förbisett etisk utbildning. Detta kan resultera i att sjuksköterskor är dåligt förberedda inför etiska dilemman som kan uppstå i yrkeslivet. Vidare är de inte utrustade med strategier för att identifiera och hantera de känslor som väcks när egna moraliska värderingar inte stämmer överens med verklighetens förväntningar (a a).

Sarvimäki & Stenbock-Hult (2008) skriver i boken *Omvårdnadens etik. Sjuksköterskan och det moraliska rummet* att:

”När man som sjuksköterska inte vågar möta det svåra tillgriper man försvar. /.../ Det kan till exempel innebära att sjuksköterskan utför sitt arbete enbart som en serie uppgifter utan engagemang eller delar upp patienten i olika undersöknings- och behandlingsdelar. Sjuksköterskan undviker att se patienten som en medmänniska i stället nonchalerar han eller hon patientens behov, inskränker patientens självbestämmanderätt, förminskar och kränker patienten och bemöter den som ett ting eller objekt.” (s 17)

Definitioner

Nedan förklaras för uppsatsen väsentliga begrepp.

Etik betyder sed eller vana och är teorin bakom moral. Utifrån etiken lär sig människan hur den skall handla samt om detta är rätt eller fel (Jansson & Blom, 2007).

Moral är den praktiska tillämpningen av etik. En individs etiska värderingar yttrar sig i människans handlade. Det moraliska tänkandet utvecklas successivt och är en del av individens utvecklingsprocess (Jansson & Blom, 2007).

Etiskt dilemma kan exempelvis uppstå när en individ står mellan valen att handla efter egen moralisk värdering eller följa avdelningens tillgängliga resurser. Oavsett val uppstår en inre konflikt (Malmsten, 2007).

Stress kan upplevas när det blir obalans mellan en individs egen förmåga och de inre och yttre krav som ställs på en individ. När kraven inte går att hantera kan det leda till en stressreaktion (Sjukvårdsrådgivningen, 2007).

Samvetsstress är en börda som uppkommer på grund av vårt mänskliga samvete, vilket innebär individens uppfattningsförmåga av handlandet av rätt och fel. När situationen kräver att en individ ska handla emot sina moraliska värderingar uppkommer dåligt samvete, vilket i sin tur kan leda till samvetsstress (Glasberg A-L et al, 2006).

Moralisk stress sammankopplas med etiskt svåra situationer som kan ha sin grund i organisatoriska hinder som bl.a. tidsbrist. Detta leder till att vårdgivaren inte kan handla efter sina moraliska värderingar utan handlar utifrån organisationens riktlinjer och kultur (Lützen K et al, 2003).

I föreliggande arbete kommer begreppen samvetsstress och moralisk stress att användas synonymt trots aningen varierande innebörd. I litteratur är gränserna mellan de olika begreppen flytande samt skiftande definitioner används för liknande förklaringar (Dahlqvist, 2008).

BAKGRUND

Fysiologiskt innebär stress att det blir obalans mellan det parasympatiska och sympatiska nervsystemet. Det parasympatiska nervsystemet sänker aktiviteten i kroppen och ger en möjlighet för återhämtning (Sjukvårdsrådgivningen, 2007). Däremot ökar det sympatiska nervsystemet vår prestationsförmåga genom fysiologiska- och beteendeförändringar (Ljung & Friberg, 2004). Genom att bl.a. tillföra mer blod till hjärnan och muskulaturen samt höja hjärtfrekvens och blodtryck ökar en individs prestationsförmåga. En långvarig aktivering av det sympatiska nervsystemet kan leda till ökad risk för stressrelaterade sjukdomar (a a).

Enligt Socialstyrelsens rapport från 2003 har långtidssjukskrivningar relaterat till psykisk ohälsa i Sverige ökat avsevärt sedan 1997. Ökningen kan framför allt ses bland de yrkeskategorier som har ansvar för och ett personligt engagemang i andra människor och hit här räknas hälso- och sjukvårdspersonal (a a).

I svensk sjuksköterskeförening (2005) ICN: s Etiska kod för sjuksköterskor står det att:

”All omvårdnad har en etisk dimension och varje sjuksköterska har ett moraliskt ansvar för sina bedömningar och beslut.” (s 2)

Enligt Glasberg A-L et al (2008) handlar sjukvård i stor utsträckning om moraliskt bemödande. Målet med sjukvården är att ge rätt omvårdnad till en individ som är i behov av vård. Sparkraven i dagens sjukvård kan leda till en inre konflikt i form av tidsprioritering och yttre konflikt d v s hur de ekonomiska resurserna ska prioriteras. Detta kan vara en anledning till att sjukvårdspersonalen eventuellt känner en ökad moralisk börda (a a).

Sarvimäki & Stenbock-Hult (2008) påpekar att den etiska grunden i sjuksköterskans yrke är att ge omsorg till dem som är i behov av denna. God omvårdnad och omsorg är enligt Norberg m fl. (1995) att ”Vårdaren måste se patientens höghet och sårbarhet, känna med patienten, vilja hjälpa, kunna hjälpa och ha möjlighet att hjälpa”. (s 10)

Det kan vara problematiskt att tillämpa etiska regler i det dagliga arbetet som sjuksköterska då verkligheten oftast ser annorlunda ut än vad som beskrivs i teorin (Jansson & Blom, 2007). Trots denna problematik är det enligt Sarvimäki & Stenbock-Hult (2008) viktigt att etiken inte enbart stannar kvar i teorin utan den yttrar sig i varje omvårdnadshandling. Etik är ett verktyg för ett korrekt moraliskt handlande. Handlade måste få samvetets och omgivningens godkännande annars kan det uppstå en konflikt mellan handlande och samvete (a a). Detta kan i sin tur leda till ett dåligt samvete och eventuellt samvetsstress (Glasberg A-L et al, 2006). Samvete kan spela en betydande roll för hur stress upplevs av individen. Detta har på senare år uppmärksammats inom forskning om sjukvårdspersonal och stress (Glasberg A-L et al, 2008).

Sarvimäki & Stenbock-Hult (2008) skriver:

”Vad ser vi i en situation? Uppfattar vi den som en etisk situation? Ser vi det moraliska i varje situation eller tänker vi att det bara är i livsavgörande situationer som etiska frågor blir relevanta?” (s 85)

Etisk situationskunskap är avgörande för hur en individ handlar i en specifik vård-situation utifrån vad som normen anser etisk rätt eller fel (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2008) Medvetenheten om etisk situationskunskap kan därför hjälpa vårdpersonal att identifiera, uppfatta och agera när etiskt svåra situationer uppkommer. För att åstadkomma denna kunskap är det avgörande att kunna känna igen de krav som ställs på vårdgivaren, ha mod att se den egna ångesten, äga empatisk förmåga d v s förståelsen och medkänslan för den andra samt att kunna bemöta den egna sårbarheten (a a).

Enligt Sarvimäki & Stenbock-Hult (2008) är alla människor sårbara men olika människor är emellertid olika mottagliga. finns det två aspekter på sårbarhet. Den första aspekten är den kroppsliga och andliga som alla människor besitter. Den andra aspekten karaktäriseras som en egenskap och innebär i vilken grad människan uppfattar en situation samt hur känslig och påverkbar denne är. Sårbarhet är grunden för omsorg och av den orsaken präglas varje omvårdnadssituation av sjuksköterskans sårbarhet. Empati och sårbarhet samverkar tillsammans för att vårdgivaren ska kunna sätta sig in i patientens situation. Sjuksköterskans sårbarhet uttrycks som känslor att förstå, visa engagemang och vara öppen i vårdrelationen med patienten . Vidare beskriver Sarvimäki & Stenbock-Hult (2008) sårbarheten som en resurs för sjuksköterskan och att empati dessvärre i vissa fall undanhålls. Detta kan resultera i att vårdgivaren inte kan ge den vård som patienten behöver samtidigt som vårdarens känslor och empati inte visas (a a).

Moralisk stress kan uppstå när vårdgivaren visar sin empati och sårbarhet i en särskild vård-situation där förväntningarna från avdelningen strider emot den egna moralen (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2008) I vilken grad vårdgivaren upplever moralisk stress är beroende av hur denne uppfattar situationen samt graden av individens mottaglighet och känslighet . Enligt Sarvimäki & Stenbock-Hult (2008) kan moralisk stress lätt leda till undvikande och kränkning av en patient.

I en dansk undersökning om stress från 2002 har det framkommit att sjuksköterskor är mer stressade än resten av den danska befolkningen (Søndergaard, 2008). I studien beskrivs att 26 procent av alla sjuksköterskor på medicinska avdelningar i Danmark upplever stress i det dagliga arbetet. Studien belyser att stress är en bidragande faktor till högre sjukfrånvaro och ökad personalomsättning. Vidare framkommer det att stressade sjuksköterskor i större utsträckning har planer på att byta arbete. Stressen som upplevs grundar sig på organisatoriska faktorer så som arbetstempo, arbetsbörda, begränsade utvecklingsmöjligheter och brist på inflytande på individnivå, dåligt ledarskap, rollkonflikter, oövertidsarbete och brist på uppskattning (a a).

Moralisk stress kan uppkomma i situationer där vårdpersonal måste agera mot sina moraliska värderingar (Lagercrantz, 2004). Dessa situationer kan ha sitt ursprung både i ekonomiska intressen som nedskärningar av personal samt organisatoriska såsom högt arbetstempo och stor arbetsbörda. Moraliska dilemman kan även uppkomma på grund av att vårdpersonal handlar utifrån ett för dem etiskt riktigt perspektiv men genom detta förfarande bryter personalen samtidigt mot avdelningens regler. Sjukskrivning och uppsägning kan ha blivit ett sätt för vårdpersonal att hantera stressen som uppkommer vid de etiska dilemman som de upplever. Detta agerande kan således leda till att stressen vårdpersonalen känner inte

uppmärksammas av avdelningschefer och andra personer i ledande positioner därför att personalen slutar istället för att kommunicera problematiken (Lagercrantz, 2004).

Troliga orsaker till att moralisk stress har ökat bland vårdpersonal de senaste åren kan vara att vården har blivit mer avancerad och konkurrensinriktad parallellt med vårdtagare blivit mer pålästa (Wallin, 2003). Enligt Søndergaard (2008) beror ökad stress bland sjuksköterskor på organisationen som befinner sig i en kontinuerlig förändring. De ökade kraven på kvalitetskontroll och noggrann dokumentation i det dagliga arbetet leder till ökad stress bland sjuksköterskor. Patienters inställning och ökande kunskaper om deras egen sjukdom leder till högre krav på hälso- och sjukvården och på den enskilde sjuksköterskan (a a). I svensk sjuksköterskeförenings (2005) förord till etiska koder för sjuksköterskor står det att:

”Det som kanske är nytt för vår tid är att de etiska frågeställningarna i vården blir fler, mer svårbedömda och i större utsträckning än tidigare berör var och en av oss.” (s 2)

Moralisk stress avspeglas i arbetsklimatet på en avdelning (Swahn, 2007). Det behöver inte visa sig i öppna konflikter utan kan ligga dolt under ytan. Orsaker till moralisk stress kan vara tid-, plats-, och personalbrist, ekonomiska orsaker samt intressekonflikter. Det inte är lätt att få bort moralisk stress men genom samtal kan dess negativa effekt minska. Detta kan genomföras på två sätt; antingen genom att den mer erfarna personalen agerar som mentor eller genom etikrunder med reflektion och diskussion kring etiska dilemman handledda av etiskt kunnig personal. Genom att identifiera dilemman samt ta fram fakta och konsekvenser kan för- och nackdelar vägas mot varandra och på så sätt kan ett beslut komma till stånd. Detta förfarande underlättar hanteringen av etiska dilemman då ställningstagandet är genomtänkt och inte bara ett känslomässigt beslut. Detta kan i sin tur leda till minskad stress (a a).

Lagar

Målet för hälso- och sjukvården är enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:773) att främja hälsa och förebygga ohälsa samt att vården ges på likvärdiga villkor med respekt för alla individer. Kraven som ställs på arbetstagaren är att denna skall utföra arbetet så att kraven för vad som anses vara god vård utövas. Vidare anges att vården skall ges på sådant sätt att den bygger på respekt för patientens autonomi, att den främjar goda relationer mellan vårdgivaren och patienten samt att vården genomförs i samförstånd med patienten (a a).

Enligt Arbetsmiljölagen (1977:1117) är arbetsgivaren skyldig att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet. Lagen syftar till att främja en god arbetsmiljö. Arbetsförhållanden skall anpassas till de anställdas psykiska och fysiska hälsa. Arbetsgivaren skall enligt allmänna skyldigheter samarbeta med arbetstagaren för att tillsammans uppnå en god arbetsmiljö. Detta kan exempelvis vara att eliminera de risker i arbetsmiljön som kan leda till ohälsa eller olycksfall. Slutligen ansvarar arbetsgivaren för att strukturera, planera, kontrollera och leda hälso- och sjukvården så att kraven för en god arbetsmiljö efterlevs (a a).

Tidigare forskning

I den empiriska studien ”Factors associated with ’stress of conscience’ in health care” har Glasberg A-L et al (2008) undersökt faktorer relaterade till samvetsstress. Studien visar att sjukvårdspersonal upplever samvetsstress i det dagliga arbetet. Bidragande orsak till samvetsstressen är att inte kunna följa samvetets röst

samt moralisk börda vilket innebär oförmåga att hantera moralisk dilemman på individnivå. Enligt studien kan det vara svårt att följa samvetes röst på grund av bristande stöd från arbetsgivaren samt organisatoriska restriktioner. Moralisk börda kan vara känslighet inför patientens sårbarhet, oförmåga att göra vad som är bäst för patienten på grund av externa faktorer samt känsla av bristande kontroll i specifika situationer. I studien framkommer att det är av yttersta vikt att sjukvårdspersonal får möjlighet att sätta ord på etiska dilemman annars finns det en risk att grubblerierna blir till en börda (Glasberg A-L et al, 2008).

Studien "Clinical nursing supervision in the workplace- effects on moral stress and job satisfaction" av Severinsson E.I et al (1999) visar att moralisk stress orsakas av en obalans mellan de krav organisationen ställer i förhållande till sjuksköterskans förmåga att leva upp till dessa krav. Två mätinstrument användes i studien för att få en bild av sjuksköterskornas uppfattning av deras arbetsmiljö respektive deras moraliska känslighet. Studiens resultat visar att sjuksköterskan oberoende av andra måste utveckla förmågan att analysera situationer av moraliska dilemman genom ett kritisk tänkande för att kunna uppfatta moralisk stress. Genom att förstå detta utvecklas förmågan att själv identifiera de vårdssituationer som går emot den egna moralen. Vidare måste organisationen använda sig av handledning för att minska moralisk stress. Handledning skulle kunna ge individuellt moralisk stöd och stärka sjuksköterskan. Via denna guidning kan sjuksköterskan följaktligen skapa en balans mellan yttre krav och personliga resurser som i sin tur minskar upplevelsen av moralisk stress (a a).

I studien "Nurses lived experiences of moral stress support in the intensive care unit" av Cronqvist A et al (2006) beskrivs sjuksköterskors erfarenheter av stöd i situationer då moralisk stress förekommer i intensivvården. Studiens resultat visar att sjuksköterskans förmåga att hantera moralisk stress i intensivvården inte enbart beror på organisatoriska faktorer utan även existentiella faktorer hos den enskilde sjuksköterskan. Studien presenterar begreppen availability, accessibility och receptivity. Begreppet availability innebär vilken form av stöd som arbetsgivaren kan erbjuda den enskilde sjuksköterskan eller gruppen. Accessibility innebär hur lättillgängliga stöden är för individen beroende på arbetsschema d v s typ av anställning och hur timmarna är planerade. Avslutningsvis beskrivs begreppet receptivity som innebär i vilken grad sjuksköterskan är mottaglig för det stöd som erbjuds. Ovanstående tre begrepp är beroende av varandra och för att sjuksköterskan skall kunna få adekvat stöd i moraliskt stressade situationer måste denne reagera och agera utifrån de tre begreppen (a a).

I Sverige har det kommit ut ett flertal avhandlingar om moralisk stress de senaste åren. Ann-Louise Glasbergs (2007) avhandling "Stress of conscience and burnout in healthcare: the danger of deading one's conscience" är anledningen till att mätinstrumentet som använts i denna uppsats har utvecklats. Andra avhandlingar som utkommit de senaste åren är Vera Dahlqvist (2008) "Samvete i vården i att möta det moraliska ansvarets röster" och Sofia Källemark Sporrongs (2007) avhandling "Ethical competence and moral distress in the health care sector: a prospective evaluation of ethics rounds".

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Syftet med den empiriska studien är att undersöka i vilken grad undersköterskor och sjuksköterskor upplever moralisk stress i det dagliga arbetet. Den fråga som det särskilt fokuseras på är hur moralisk stress kan påverka undersköterskan och sjuksköterskan i deras yrkesutövning samt vilka specifika situationer som är känsliga för moralisk stress. Vidare kommer relationen mellan ”hur-det-är-dimensionen” d v s hur ofta utvalda etiskt känsliga situationer uppkommer och ”upplevelsedimensionen” d v s i vilken grad detta ger dåligt samvete att beskrivas samt eventuella skillnader mellan yrkeskategorierna att belysas.

Avgränsningar

Studien omfattar alla undersköterskor och sjuksköterskor på en utvald medicinavdelning på UMAS. I resultatet kommer undersköterskor respektive sjuksköterskor initialt behandlas som en helhet och därefter som två separata grupper där skillnader mellan yrkesgrupperna kommer att belysas. I inledning, bakgrund, klinisk tillämpning, förslag på fortsatt forskning samt diskussion har fokus främst lagts på sjuksköterskan.

METOD

Här presenteras urval, datainsamling, databearbetning och analys samt etiska övervägande.

Urval

Studien som är ett beställningsarbete från en medicinklinik på UMAS har utförts på hela populationen av undersköterskor och sjuksköterskor på avdelningen. Inkluderingskriterium är att arbeta som undersköterska eller sjuksköterska på den utvalda medicinkliniken samt frivilligt deltagande. På avdelningen arbetar 13 undersköterskor och 16 sjuksköterskor. Av de 13 undersköterskorna arbetar nio på dagen, tre på natten och en i öppenvården. Bland de 16 sjuksköterskorna arbetar 10 som dagsjuksköterskor, tre som nattsjuksköterskor och tre i öppenvården.

Datainsamling

I undersökningen har en enkät används som mäter samvetsstress (Glasberg A-L et al, 2006). Enkäten består av nio frågor med två dimensioner, A och B, där respondenten ska svara på frågorna utifrån egen erfarenhet. A-dimensionen undersöker hur ofta en utvald stressrelaterad situation uppkommer d v s ”hur-det-är-dimensionen”. B-dimensionen undersöker i vilken grad detta påverkar samvetet d v s ”upplevelsedimensionen”. I originalversionen av enkäten skattas A-dimensionen i en ordinalskala från noll till fem där noll är aldrig och fem är dagligen (a a). Vad avser B-dimensionen används en tio centimeter lång visuell analogskala som kan jämföras med VAS för smärtbeskrivning. Skalan som mäter upplevelsen är indelad i tio delar (noll till tio) där noll representerar ”Nej inte alls” och tio representerar ”Ja, ger mig mycket dåligt samvete” (se bilaga 1) (Glasberg A-L et al, 2006).

Glasbergs A-L et al (2006) mätinstrument har omarbetats för att underlätta analysen. Det modifierade mätinstrumentet består fortfarande av nio frågor som beskrivs i en A-dimension och en B-dimension. Däremot har den sexgradiga skattningsskalan och den visuella analoga skalan omarbetats till en tiogradig ordinalskala vilket innebär att data kan rangordnas (Ejlertsson, 2003). A-dimensionen som mäter frekvensen av hur ofta en utvald stressrelaterad situation uppkommer är indelad i tio steg där ett är "Aldrig" och tio "Dagligen". B-dimensionen som mäter graden av dåligt samvete är också indelad i tio steg där ett är "Nej, inte alls" och tio "Ja, mycket dåligt samvete" (se bilaga 2).

På enkäterna finns det inledningsvis två frågor där respondenten fyller i vilken yrkeskategori som de tillhör dvs undersköterska respektive sjuksköterska.

Enkäten och informationsbilaga (se bilaga 3) om studien distribuerades i informanternas personliga postfack i samband med ett informationsmöte på avdelningen. För att garantera anonymitet delades enkäten ut i omärkta kuvert som de även returnerades i. Vita A4 kuvert valdes därför att det förmedlar neutralitet i motsats till bruna som kan förmedla tristess. Enligt Trost (2007) ska samma format väljas på kuvert och enkät. Upprepad information om studien gavs på en arbetsplatsträff tio dagar senare. Vid informationstillfällena fanns det möjlighet för respondenterna att ställa frågor.

Studien presenterades muntligen till samtliga som deltog vid de två informationstillfällena samt information om studien sattes upp på den gemensamma anslags-tavlan. Detta skedde efter godkännande av etikprövningsnämnden på Malmö Högskola. I enlighet med etikprövningslagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor, innehöll både den muntliga och skriftliga information den övergripande planen för studien, syftet med studien, de metoder som avsågs att använda, de eventuella följder och risker som studien skulle kunna medföra, vem som är forskningshuvudman och författare, att det är frivilligt att delta samt att personalen på avdelningen när som helst kan avstå från att delta i studien (a a).

Ifyllda enkäter återlämnades på avdelningsföreståndarens kontor senast tre veckor efter det första informationsmötet. Avdelningsföreståndaren påminde personalen om studien så att enkäterna returneras innan sista inlämningsdatum. Ifyllda enkäter har betraktats som ett samtycke. För att garantera anonymiteten har informanterna fyllt i enkäten i hemmet alternativt på avskild plats på avdelningen.

Under studiens gång har insamlade data behandlats konfidentiellt och efter avslutad studie kommer alla enkäter att lämnas till Malmö Högskola för dokumentförstoring.

Databearbetning och analys

En deskriptiv kvantitativ dataanalys har använts vilket innebär att data kan organiseras, tolkas och kommuniceras i form av siffror (Polit & Beck, 2006). Bearbetning av data har skett med hjälp av statistikprogrammet SPSS version 13. Vid analys har den tiogradiga ordningsskalan sammanslagits till en tvågradig skala för varje dimension beroende på det låga antalet informanter. Grad ett till fem representerar i A-dimensionen "hur det är dimensionen" "Aldrig/ sällan" och grad sex till tio representerar "Ofta/ dagligen". I B-dimensionen "upplevelse dimensionen" har grad ett till fem sammanslagits till "Ej dåligt samvete" och grad sex till tio till "Dåligt samvete".

I SPSS har två olika dataanalyser gjorts. Dels har korstabeller för de två dimensionerna tagits fram. Dessa korstabeller gör det möjligt att identifiera situationer

som är särskilt intressanta t ex sådana som förekommer ofta och ger dåligt samvete. Beroende på få informanter (n=17) har någon signifikansprövning med t ex chi-tvåtest inte kunnat genomföras i detta fall.

Däremot har en signifikansprövning av skillnader mellan undersköterskor och sjuksköterskor på de två dimensionerna gjorts med hjälp av Kruskal Wallis test för oberoende stickprov. Detta test är lämpligt vid användning av ordinalskalor och är oberoende av hur fördelningen ser ut (Siegel, 1956) och $p \leq 0,05$ har därför betraktas som en signifikant skillnad.

Etiska överväganden

Inga etiska överväganden av urval har gjorts då alla undersköterskor respektive sjuksköterskor på den utvalda avdelningen har inkluderats i studien.

Med utgångspunkt från Helsingforsdeklarationen har etiska överväganden gjorts angående anonymitet, konfidentialitet, integritet, informerat samtycke samt nyttoprincipen (Milton, 2002). Returnerade ifyllda enkäter har tolkats som ett samtycke för deltagande i studien. Information gavs på avdelningen efter godkännande av etiska nämnden. Anonymitet garanterades genom att alla lämnade enkäter i ett omärkt A4 kuvert, ifyllda eller ej. Bakgrundsinformation som efterfrågades om informanterna var endast yrkeskategori vilket gör det omöjligt att identifiera enskild informant. Enkäterna skulle fyllas i på avskild plats på avdelningen eller i hemmet. Det insamlade materialet behandlas konfidentiellt och förstörs efter avslutad studie. Ur ett nyttoperspektiv är det av yttersta vikt att belysa i vilken grad moralisk stress förekommer inom sjukvården.

Etikprövningsnämnden på Malmö Högskola har godkänt genomförandet av studien (Dnr HS60-08/922:10).

RESULTAT

Av undersköterskorna (usk) var det sju av de 13 tillfrågade som besvarade enkäten. Bland de 16 tillfrågade sjuksköterskorna (ssk) besvarade 10 enkäten d v s totalt besvarade 17 av 29 enkäten (59 %).

I kapitlet presenteras inledningsvis resultatet för relationen mellan A- och B dimensionen. Här läggs fokus på de situationer som förekommer ”ofta/ dagligen” och ger dåligt samvete. I redovisningen av dessa resultat är usk och ssk sammanslagna till en gemensam grupp.

I andra den delen av resultatet redovisas skillnader mellan yrkeskategorier dels vad avser A-dimensionen (förekomst), dels vad avser B-dimensionen (upplevelse).

Relationen mellan frekvens och dåligt samvete

Här presenteras resultatet i form av korstabeller där kopplingen mellan frekvens ”hur-det-är-dimensionen” och dåligt samvete ”upplevelsedimensionen” visas. Situationer som uppkommer ”Ofta/ dagligen” och ger dåligt samvete är de mest intressanta eftersom situationer där relativt många informanter lagt sig i denna cell indikerar att situationen skulle behöva bearbetas. Dessa celler har i nedanstående

tabeller markerats med grått. Under varje tabell anges det interna bortfallet på frågan.

Tabell 1. Hur ofta händer det att du inte hinner ge den vård patienten behöver?

		1b		Total
		Ej dåligt samvete	Dåligt samvete	
1a	Aldrig/sällan	2	5	7
	Ofta/dagligen	2	8	10
Total		4	13	17

Internt bortfall = 0

Tabell 2. Händer det att du är tvungen att ge vård som känns fel?

		2b		Total
		Ej dåligt samvete	Dåligt samvete	
2a	Aldrig/sällan	4	10	14
	Ofta/dagligen	0	2	2
Total		4	12	16

Internt bortfall = 1

Tabell 3. Händer det att du utsätts för oförenliga krav i ditt arbete?

		3b		Total
		Ej dåligt samvete	Dåligt samvete	
3a	Aldrig/sällan	6	3	9
	Ofta/dagligen	1	5	6
Total		7	8	15

Internt bortfall = 2

Tabell 4. Händer det att du blir vittne till att en patient kränks och/eller skadas?

		4b		Total
		Ej dåligt samvete	Dåligt samvete	
4a	Aldrig/sällan	8	5	13
	Ofta/dagligen	0	2	2
Total		8	7	15

Internt bortfall = 2

Tabell 5. Händer det att du undviker en patient eller närstående som behöver hjälp eller stöd?

		5b		Total
		Ej dåligt samvete	Dåligt samvete	
5a	Aldrig/sällan	5	6	11
	Ofta/dagligen	0	3	3
Total		5	9	14

Internt bortfall = 3

Tabell 6. Händer det att ditt privatliv är så krävande att du inte orkar ägna dig åt ditt arbete så som du skulle vilja?

		6b		Total
		Ej dåligt samvete	Dåligt samvete	
6a	Aldrig/sällan	8	3	11
	Ofta/dagligen	1	1	2
Total		9	4	13

Internt bortfall = 4

Tabell 7. Händer det att vårdarbetet är så krävande att du inte orka ägna dig åt dina närmaste så som du skulle vilja?

		7b		Total
		Ej dåligt samvete	Dåligt samvete	
7a	Aldrig/sällan	3	6	9
	Ofta/dagligen	0	7	7
Total		3	13	16

Internt bortfall = 1

Tabell 8. Händer det att du upplever att du inte kan leva upp till andras förväntningar på din arbetsinsats?

		8b		Total
		Ej dåligt samvete	Dåligt samvete	
8a	Aldrig/sällan	8	1	9
	Ofta/dagligen	1	5	6
Total		9	6	15

Internt bortfall = 2

Tabell 9. Händer det att du gör avkall på dina ambitioner att ge god vård?

		9b		Total
		Ej dåligt samvete	Dåligt samvete	
9a	Aldrig/sällan	7	2	9
	Ofta/dagligen	1	5	6
Total		8	7	15

Internt bortfall = 2

Ovanstående situationer i fråga 1, 3, 7, 8 och 9 förekommer frekvent bland en tredjedel och i vissa fall nästan hälften av respondenterna. Detta indikerar att situationerna bör diskuteras och eventuellt åtgärdas på avdelningen eftersom en stor del av personalen anser att de inte hinner utföra den omvårdnad som patienter är i behov av, personalen utsätts för oförenliga krav på arbetsplatsen, vårdarbetet påverkar privatlivet negativt, att de inte kan leva upp till andras förväntningar samt gör avkall på ambitionen att ge god vård. Situationerna i fråga 2, 4, 5 och 6 förekommer endast bland ett fåtal av respondenterna men bör även uppmärksammas på avdelningen då frågeställningarna tar upp svåra etiska dilemman. Dessa situationer är att ge vård som känns fel, vittne till att patient kränks och/eller skadas, undviker patienter eller närstående i behov av hjälp eller stöd samt att privatlivet påverkar vårdarbetet negativt.

Skillnader mellan undersköterskor och sjuksköterskor

Nedan följer resultatet av en jämförelse av medelvärdet mellan usk och ssk i A-dimensionen hur ofta de beskrivna aspekterna/situationerna förekommer i vårdarbetet. Därefter visas resultatet där jämförelse av medelvärdet i B-dimensionen mellan usk och ssk avseende hur ofta de beskrivna aspekterna/situationerna ger dåligt samvete. I tabellerna betecknar *mean* det aritmetiska medelvärdet.

A- dimensionen

Här presenteras skillnaden mellan yrkeskategorierna avseende hur ofta situationerna förekommer (se tabell 10).

Tabell 10. Resultat rörande bedömning av situationernas förekomst för de två yrkeskategorierna.

Förekomst/ situation nr	Yrkes- kategori	Central- tendens	Statistik ¹	Kruskal Wal- lis, p-värde	Signi- fikans
1a	Usk	Mean	4,71	0,235	ES
		Median	3		
	Ssk	Mean	6,4		
		Median	7		
2a	Usk	Mean	3,43	0,841	ES
		Median	3		
	Ssk	Mean	3,3		
		Median	3		
3a	Usk	Mean	4	0,455	ES
		Median	2		
	Ssk	Mean	4,5		
		Median	4		
4a	Usk	Mean	2,43	0,595	ES
		Median	2		
	Ssk	Mean	2,7		
		Median	2		
5a	Usk	Mean	2,14	0,119	ES
		Median	1		
	Ssk	Mean	3,3		
		Median	3		
6a	Usk	Mean	1,57	0,351	ES
		Median	2		
	Ssk	Mean	2,9		
		Median	2		
7a	Usk	Mean	3,71	0,053	ES
		Median	3		
	Ssk	Mean	5,9		
		Median	5,5		
8a	Usk	Mean	5	0,395	ES
		Median	6		
	Ssk	Mean	3,3		
		Median	2		
9a	Usk	Mean	3,57	0,183	ES
		Median	2		
	Ssk	Mean	4,9		
		Median	4,5		

¹ I den skala som använts innebär 1=Aldrig och 10=Dagligen

B- dimensionen

Nedanstående tabell visar skillnaden mellan yrkeskategorier vad avser dåligt samvete (se tabell 11).

Tabell 11. Resultat för upplevelsedimensionen (situationen ger dåligt samvete) för de två yrkeskategorierna usk och ssk.

Upplevelse/ situation nr	Yrkes- kategori	Central- tendens	Statistik ¹	Kruskal Wallis, p- värde	Signi- fikans
1b	Usk	Mean	7,5	0,035	S
		Median	9,5		
	Ssk	Mean	7,11		
		Median	7		
2b	Usk	Mean	7,5	0,079	ES
		Median	9		
	Ssk	Mean	6		
		Median	6		
3b	Usk	Mean	8,5	0,019	S
		Median	8,5		
	Ssk	Mean	5		
		Median	4		
4b	Usk	Mean	6,25	0,106	ES
		Median	7		
	Ssk	Mean	3,89		
		Median	3		
5b	Usk	Mean	7,5	0,467	ES
		Median	9,5		
	Ssk	Mean	6,11		
		Median	7		
6b	Usk	Mean	5,75	0,207	ES
		Median	6,5		
	Ssk	Mean	3,56		
		Median	3		
7b	Usk	Mean	6,5	0,510	ES
		Median	6		
	Ssk	Mean	7,44		
		Median	8		
8b	Usk	Mean	8	0,004	S
		Median	8		
	Ssk	Mean	3,22		
		Median	2		
9b	Usk	Mean	4	0,664	ES
		Median	2,5		
	Ssk	Mean	5,78		
		Median	6		

¹ I den skala som använts innebär 1=Inte dåligt samvete alls och 10=Ger mycket dåligt samvete

Det finns ingen skillnad mellan yrkeskategoriernas i A- dimensionen d v s undersköterskor och sjuksköterskor bedömer att situationerna förekommer lika ofta (eller sällan). Inget internt bortfall finns i A- dimensionens frågor.

I B-dimensionen finns signifikanta skillnader mellan yrkeskategorierna på frågorna 1, 3 och 8. Skillnaderna innebär att undersköterskor i högre grad upplever dåligt samvete än sjuksköterskor i de situationer som beskrivs. Det interna bortfall som finns i denna studie uppträder i B-dimensionen och domineras av undersköterskorna där frågorna 5 och 6 visar de högsta bortfallet.

DISKUSSION

Nedan följer metod- respektive resultatdiskussion. I metoddiskussionen behandlas tillvägagångssätt, för- och nackdelar med vald metod samt internt och externt bortfall. I resultatdiskussionen reflekteras kring resultatet av frågor i enkäten som anses vara av särskild betydelse. Därefter presenteras den generella resultatdiskussionen.

Metoddiskussion

Här presenteras diskussion av urval, datainsamling, databearbetning och analys samt bortfall.

Urval

Det hade varit av intresse att insamla mer bakgrundsinformation om respondenterna i form av arbetslivserfarenhet inom vården, typ av tjänst d v s dag/ natt/ öppenvård, ålder, kön, civilstatus, barn och etnicitet. Detta valdes bort pga. att det hade blivit för många variabler till för lite material. Ett sätt att komma runt detta hinder hade varit att utöka urvalet med hjälp av fler avdelningar. På grund av tidsbrist samt svårigheter att få tillgång till ytterligare avdelningar valdes detta alternativ bort.

Datainsamling

Glasbergs A-L et al (2006) mätinstrument av samvetsstress valdes i samråd med beställningsansvarig därför att det är lätt att administrera och tar lite tid i anspråk för respondenten att fylla i. Enkäten bygger på tidigare forskning där det har framkommit specifika situationer som är särskilt känsliga för moralisk stress. Vidare är instrumentet utprovat och använt i tidigare forskning. Instrumentet har en konstaterad validitet och visat lämplighet för användning till vidare forskning av sjukvårdspersonals upplevelse av moralisk stress (a a).

Databearbetning och analys

En fördel med standardiserade enkätfrågor är att de kan ge underlag för andra typer av analyser bl.a. skillnader mellan grupper och relationen mellan olika variabler. Om ett standardiserat och utprovat instrument används kan också jämförelser med andra studier lättare göras (Ejlertsson, 1996; Polit & Beck, 2006).

Uppdelningen av den tiogradiga skalan till en tvågradig skala var en nödvändighet för att kunna analysera materialet och få fram ett resultat pga. få informanter samt internt bortfall. Det kan visserligen anses att denna tvådelade skala blir ett mer trubbigt instrument och att chansen att få varians minskar. Samtidigt finns genom denna skalförändring möjligheter att använda andra ickeparametriska test.

Bortfall

Ett problem med enkätundersökningar kan vara externt bortfall vilket innebär att respondenten avstår helt från att delta i studien (Ejlertsson, 1996). Detta kan bero på att en personlig kontakt inte har etablerats i samma utsträckning som vid intervjuer. Även det interna bortfallet dvs bortfall av svar på enskilda frågor i formuläret tenderar att öka vid enkätundersökningar. Vid enkätundersökningar finns det ingen möjlighet för respondenten att ställa frågor till den som utför undersökningen om något i frågeformuläret är oklart vilket kan vara en bidragande faktor till ökat bortfall. Internt bortfall kan också vara orsakat av bristande språkkunskaper (Ejlertsson, 1996).

För att minska problemen med internt och externt bortfall gavs information på avdelningen angående studien vid två tillfällen för att etablera en personlig kontakt samt för att ge utrymme för eventuella frågor. Även kontaktinformation såsom telefonnummer samt e-mailadresser lämnades i informationsbilagan som medföljde enkäten utifrån respondenterna hade ytterligare frågor.

Vid flera tillfällen har önskemål från personal och avdelningsföreståndare uttryckts om presentation av resultatet på avdelningen. Personalen har även påpekat att tidigare avtal från studenter om presentation av studieresultat inte har hållits. Detta kan vara en av anledningarna till det låga deltagandet i studien.

Enligt Ejlertsson (1996) är det viktigt att studiens syfte är förankrat hos avdelningsföreståndaren så denne i sin tur kan förmedla studiens eventuellt positiva effekt för både avdelningen samt de anställda. Studien var ett beställningsarbete från en medicinklinik på UMAS och med tanke på detta fanns det goda förutsättningar för ett högt deltagande.

Ovanstående resonemang kan därför ifrågasättas och det låga deltagandet kan bero på bristande förankring hos personalen. En bidragande faktor till detta kan vara att avdelningsföreståndaren var på semester periodvis under tiden för datainsamling.

Innan godkännande från etiska nämnden hade erhållits var det arbetsplatsträffs möte på avdelningen för nattpersonalen. På grund av detta kunde ingen muntlig information ges till nattpersonalen utan endast skriftlig information var möjlig att tillhandahålla. Dessvärre var inget nytt möte inplanerat för nattpersonalen inom rimlig tid för att information om studien skulle kunna ges. Detta kan vara orsak till externt bortfall. Det hade varit av intresse om det kunnat påvisas att det externa bortfallet till stor del beror på detta. En annan möjlig orsak är att nattpersonalen inte är lika utsatt för moraliska dilemman då patienterna i större utsträckning sover och på så sätt utsätts inte personalen för lika många etiskt svåra vårdssituationer.

Trots det stora bortfallet visar resultatet ändå upp en varians som gjort det möjligt att göra vissa analyser. Detta argument styrks av Trost (2007) som påpekar att det i enkätundersökningar kan vara acceptabelt med en svarsfrekvens på mellan 50-75 %. Med tanke på detta ger en svarsfrekvens på, i detta fall 59 %, vissa möjligheter att generalisera resultatet.

Resultatdiskussion

Nedan följer en diskussion av utvalda frågor i enkätunderlaget där underrubriken symboliserar essensen av innehållet i diskussionen. Därefter kommer en generell resultatdiskussion samt förslag på klinisk tillämpning och på fortsatt forskning samt slutord.

Brist på tid

Nästan hälften av respondenterna upplever att de ”Ofta/ dagligen” inte hinner ge den vård patienten behöver vilket kan innebära att patienterna inte får den goda omvårdnad och omsorg som patienterna är i behov av. Som tidigare nämnts strider detta mot den etiska grunden i sjuksköterskans yrke, som Sarvimäki & Stenbock-Hult (2008) påpekar är att ge god omvårdnad till dem som är i behov av detta. Vidare kan resultatet innebära att undersköterskor och sjuksköterskor ser patientens behov och sårbarhet samt besitter vilja att hjälpa men däremot inte har möjlighet att hjälpa (Norberg m fl.1995). Orsaken till begränsad möjlighet att ge adekvat omvårdnad kan bero på tidsbrist (Glasberg A-L et al 2008). Obalansen mellan att vilja hjälpa en patient som är i behov av omvårdnad kontra omöjligheten att kunna hjälpa skapar en inre konflikt hos den enskild vårdgivare som i sin tur kan leda till moralisk stress (a.a).

Trots att det i fråga 1A framkommer att både undersköterskor och sjuksköterskor upplever att de inte har tid att ge patienter den vård de är i behov av visar det sig att undersköterskor och sjuksköterskor i mindre utsträckning behöver göra avkall på ambitionen att ge god vård (fråga 9). Detta kan uppfattas som paradoxalt då att inte hinna ge vård som det finns behov av är lika med mindre god omvårdnad. Ett annat sätt att tolka resultatet kan vara att respondenterna inte ser något samband mellan att inte hinna ge vård som patienten är i behov av och göra avkall på ambitioner att ge god vård. Anledningen till detta kan vara att vårdpersonalen inte anser att de inte kan göra avkall på sina ambitioner att ge god vård, då möjlighet att utföra vården inte finns pga. yttre faktorer.

Andras förväntningar/ yttre krav

Fråga 3A ”Händer det att du utsätts för oförenliga krav i ditt arbete?” är en intressant fråga eftersom den kan uppfattas mångtydig. Olika aspekter av tolkningen på frågan kan vara att oförenliga krav ställs antingen från arbetskolllegor, verksamheten, vårdtagare eller individen själv. Även en kombination av dessa aspekter kan tillsammans bidra till oförenliga krav på den enskilde individen. Det finns en signifikant skillnad mellan yrkeskategorierna i B-dimensionen d v s graden av upplevt dåligt samvete. Anledningen kan vara att undersköterskor som grupp i större utsträckning blir delegerad att utföra omvårdnadsåtgärder utan någon större möjlighet till eget inflytande. Även här kan roll- och intressekonflikter spela in då undersköterskans yrkesroll kan medföra begränsat inflytande och medbestämmande.

Fråga 8A ”Händer det att du upplever att du inte kan leva upp till andras förväntningar på din arbetsinsats?” visar även en signifikant skillnad mellan yrkeskategorierna i B-dimensionen där undersköterskor upplever högre grad av dåligt samvete. A- dimensionen i fråga 3 och 8 kan tolkas på samma sätt. Oklarheten ligger i fråga 3A då denna ger utrymme för en mångtydig tolkning för respondenten. Denna oklarhet kan ligga till grund för liktydig tolkning av fråga 8A. Alltså kan de båda frågorna tolkas av respondenterna som att de oförenliga kraven de utsatts för kommer antingen från arbetskolllegor, verksamheten eller patienter, alternativt en kombination av dessa faktorer.

Som tidigare påpekats i bakgrunden så ställs allt högre krav på noggrann dokumentering och bättre kvalitetskontroll vilket kan innebära att sjuksköterskor lägger en större del av sin arbetstid på administrativa uppgifter (Søndergaard, 2008). Detta kan således innebära att undersköterskor tar över arbetsuppgifter från sjuksköterskor som undersköterskor kanske anser att de varken har tid eller kompetens att utföra. Möjligtvis är detta en av anledningarna till att undersköterskor upplever

en signifikant högre grad av dåligt samvete än sjuksköterskor på fråga 1, 3 och 8 då dessa frågor handlar om tidsbrist samt andras förväntningar och yttre krav.

Kränkning och undvikande

Uppmärksamhet i fråga 4 riktas mot att detta fenomen överhuvudtaget förekommer. Två av 15 respondenter upplever att en patient kränks och/eller skadas ”Ofta/dagligen”. Intressant vore att veta hur kränkningen tar sig uttryck. Är det i handling eller verbalt? Uppkommer det pga. tidsbrist relaterat till mindre och/eller sämre omvårdnad? Vem är det som utför den kränkande handlingen? Vid bevittnande av ovanstående situation har personen endast reagerat och inte agerat? Ett sätt att förebygga situationer där patienter kränks skulle kunna vara att situationen uppmärksammas på avdelningen och utrymme ges för reflektion och samtal kring situationen. Genom samtal kan alternativ på olika åtgärder komma till stånd och på så sätt skapar sig vårdgivarna en beredskapsbank att ta ur vid etiskt svåra situationer.

Tre av respondenterna anser att de ”Ofta/dagligen” undviker patient eller närstående (fråga 5A) vilket leder till dåligt samvete. Detta kan tolkas som det finns en koppling till tidsbrist. Det näst högsta interna bortfallet i B-dimensionen framkommer på fråga 5. Orsaken till detta kan vara att frågan är förknippad med en hög grad av dåligt samvete eftersom en individ i behov av stöd och hjälp undviks vilket strider emot sjuksköterskeyrkets etik (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2008). Genom att vårdgivaren erkänner för sig själv att patienter eller närstående undviks erkänns samtidigt att yrkets basala etiska grunder inte följs (Norberg et al 1995). Glasberg A-L et al (2006) belyser i sin artikel att en konsekvens av samvetsstress är att vårdgivaren kan distansera sig från vårdtagaren. Även Sarvimäki & Stenbock-Hult (2008) påpekar i sin bok *Omvårdnadens etik. Sjuksköterskan och det moraliska rummet* att konsekvenserna av moralisk stress kan vara undvikande och kränkning av patient.

Generell resultatdiskussion

Som tidigare nämnts i metoddiskussionen hade det varit av intresse att insamla mer bakgrundsinformation om respondenterna. På så sätt hade bl.a. det externa bortfallet kunnat kartläggas och då hade det tydligare framkommit om bortfallet varit större bland dag, natt eller öppenvårdspersonalen eller om bortfallet varit spritt över alla anställningsformer. Genom sådan information hade åtgärder kunnat vidtas och respondenterna hade kunnat fångats upp. Samtidigt måste det beaktas att deltagande i studien är frivillig och anonymt. Med hänsyn till detta är urvalet för litet och anonymitet hade inte kunnat upprätthållas eftersom respondenterna lätt hade kunnats identifieras.

Av ovanstående resultatdiskussion om frågor i enkäten framgår att det är ett högt internt bortfall i fråga 5B och 6B. Generellt förekommer det internt bortfall på nästan alla frågor i B-dimensionen. Fråga 6B uppvisas det högsta interna bortfallet. En bidragande faktor till detta kan vara att respondenten inte vill erkänna i vilken grad arbetet påverkar privatlivet. Som berörts i tidigare kan detta bero på att medvetenheten om etiska dilemman kan väcka oönskade känslor. Detta kan tolkas som om respondenterna inte velat reflektera över graden av dåligt samvete som vissa situationer ger eftersom vårdgivarens medvetenhet om detta skulle kunna leda till att skuld-känslor uppstår vilket i sin tur kan orsaka samvetsstress.

En annan intressant aspekt är att det interna bortfallet domineras av undersköterskor. Resultatet i B-dimensionen i fråga 1, 3 och 8 visar att undersköterskor i högre grad upplever dåligt samvete i förhållande till sjuksköterskor. En förklaring till detta utfall kan vara att undersköterskor undviker att svara pga. att de känner dåligt samvete. En annan tolkning är att undersköterskor är utsatta för högre grad av dåligt samvete eftersom de oftare arbetar med patientnära vård. Möjligen har resultatet i B-dimensionen påverkats av det interna bortfallet.

Däremot kan inga signifikanta skillnader påvisas i A- dimensionen mellan de båda yrkeskategorierna vilket tyder på att frekvensen av utvalda situationer förekommer i förhållandevis lika utsträckning.

Resultatet som framkommit reflekterar över hur situationen på avdelningen såg ut under datainsamlingsperioden. Respondentens mentala status d v s hur den mår vid tillfället av ifyllnad av enkäten kan ha inflytande på resultatet. Både inre och yttre faktorer kan ha påverkat respondenternas svar på enkäten.

Med tanke på att hälften av respondenterna upplever att vårdarbetet är så krävande att de inte orkar ägna sig åt sina närmaste som de skulle vilja (fråga 7A) kan tolkas som om arbetsmiljön på avdelningen inte är optimal . De yttre kraven överstiger de inre resurserna vilket skapar en inre obalans som inte går att bortse från efter avslutat arbete. Otillfredsställelsen som detta skapar leder i sin tur till att vederbörande inte orkar ägna sig åt sina närmaste. Med ovanstående resonemang menas att stressfyllda situationer i arbetet har blivit för många och på så sätt tagit överhand och därför inte längre begränsas till arbetsplatsen. Detta kan tolkas som att avdelningen är i behov av inventering av anledningen till att nästan hälften av respondenterna upplever att arbetet går ut över de närmaste.

Studiens resultat ger i en del fall en motbild till hälso- och sjukvården och arbetsmiljölagens mål då dessa ska främja hälsa och god arbetsmiljö samt förebygga ohälsa för såväl patient som arbetstagare (Arbetsmiljölagen, 1977:1117; Hälsö och sjukvårdslagen, 1982:773).

Klinisk tillämpning

Förslag på klinisk tillämpning är utbildning i samverkan mellan olika yrkeskategorier så som exempelvis undersköterskor, sjuksköterskor, läkare och sjukgymnaster, där dessa möts och fokuserar på etiska problem som kan uppstå i arbetet som vårdgivare. Detta kan öka förståelsen för andra yrkeskategoriers etiska ståndpunkt samt gynna reflektion över egna moraliska värderingar. Vidare skulle detta kunna bidra till ökad förståelse för andra yrkeskategoriers etiska hållpunkt, prioriteringar och beslut. På så sätt kan strategier för att hantera moralisk stress utarbetas vilket kan underlätta hanteringen av stressen när den uppstår i det dagliga arbetet.

Förslag på fortsatta studier

Det hade varit intressant att genomföra en fenomenologisk studie med djupintervjuer med fokus på någon av enkätfrågorna för att få en större förståelse för orsaken till varför dessa situationer är känsliga för moralisk stress. Fråga 1 "Hur ofta händer det att du inte hinner ge den vård patienten behöver?" hade varit intressant att exploatera då denna fråga är fundamental eftersom tiden inte är tillräcklig för att utföra arbetsuppgifter. Vidare hade fråga 7 "Händer det att vårdarbetet är så krävande att du inte orkar ägna dig åt dina närmaste som du skulle vilja?" varit intressant att undersöka då den kan belysa vilka faktorer som påverkar vårdgiva-

ren så denne inte orkar med de närmaste samt tid av exponering av stress faktorer innan det påverkar privatlivet.

Som nämnts i bakgrunden har etisk diskussion under sjuksköterskeutbildning inte varit tillräcklig. Därför vore det intressant att ta reda på om införande av etisk utbildning under studietiden skulle kunna medföra positiva effekter så som ökad medvetenhet om individens egna moraliska värderingar, den egna sårbarheten samt verktyg att identifiera och hantera moraliska dilemman i det kommande yrkeslivet.

Slutord

Resultatet kan ha påverkats av både externt och internt bortfall. Detta bortfall har bidragit till ett litet material att analysera. Trots detta har signifikanta skillnader mellan undersköterskor och sjuksköterskor kunnat påvisas i upplevelsen av dåligt samvete. Resultatet visar att det förekommer situationer på avdelningen som är särskilt känsliga för moralisk stress men däremot finns det ingen skillnad mellan yrkeskategorierna i frekvensen av hur ofta etiskt svåra situationer uppkommer.

Moralisk stress är ett generellt fenomen hos personalen inom sjukvården och förekommer ofta vid interaktion mellan sjuksköterska och patient. Det kan tänkas att patienter som kräver mer empatisk tid och känslomässigt engagemang av olika anledningar väcker en högre grad av moralisk stress.

Som påpekats i avsnittet tidigare forskning är det viktigt att sjuksköterskor får möjlighet att sätta ord på sina känslor som uppstår vid etiskt svåra situationer, får adekvat stöd och handledning samt är öppen och tillgänglig för det stöd som erbjuds (Cronqvist A et al, 2006) (Glasberg et al, 2008; Severinsson E.I et al, 1999). Vidare anses att det är viktigt att fenomenet moralisk stress uppmärksammas så att sjuksköterskor kan förstå att moralisk stress existerar och att det inte är en brist på kompetens hos personalen.

I sjuksköterskeyrket förutsätts att det finns en empatisk förmåga och sårbarhet samt vilja att ge omsorg till individer i behov av vård. Stress som orsakas av obalans mellan sjuksköterskans inre krav på sig själv och de resurser som tillhandahålls av arbetsgivarna kan därför upplevas som en börda eftersom viljan att vårda finns. Hade vilja att vårda inte funnits kan det antas att annat yrke valts. Har sjuksköterskeyrket valts för att kunna ge omvårdnad men yttre faktorer hindrar vårdgivaren att ge en vård som överensstämmer med egna moralisk värderingar kan det skapas en uppgivenhet. Som nämnts i inledningen kan moralisk stress leda till sjukskrivning, byte av arbetsplats eller yrket lämnas (Søndergaard, 2008; Lagercrantz, 2004).

Inledningsvis citeras Sarvimäki & Stenbock-Hult (2008) där hon påpekar konsekvenserna av att sjuksköterskan hamnar i konflikt mellan inre värderingar och externa krav. Dessa konsekvenser understryker vikten att vara etiskt förberedd inför kommande arbete som sjuksköterska. Det är viktigt att våga erkänna den egna sårbarheten, identifiera etiska dilemman och ha mod att ställa krav på arbetsgivare för att få adekvat stöd för hantering och undvikande av moralisk stress.

REFERENSER

- Arbetsmiljölagen, 1977:1117
- Cronqvist, A et al (2006) Nurses' lived experiences of moral stress support in the intensive care context. *Journal of Nursing Management*, 14, 405-413.
- Dahlqvist, V (2008) Samvete i vården: att möta det moraliska ansvarets röster. Umeå Universitet.
- Ejlertsson, G (1996) *Enkäten i praktiken – en handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur
- Ejlertsson, G (2003) *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur
- Glasberg, A-L (2007) Stress of conscience and burnout in healthcare: the danger of deadening one's conscience. Umeå universitet.
- Glasberg A-L et al (2006) Development and Initial Validation of the Stress of Conscience Questionnaire. *Nursing Ethics*, 13, 633-648.
- Glasberg A-L et al (2008) Factors associated with 'stress of conscience' in health-care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 22, 249-258.
- Hälso- och sjukvårdslagen, 1982:773
- Jansson A & Blom A (2007) *Etiska dilemman I vård och omvårdnad Hur skulle du har gjort?* Stockholm: Författarna och Gothia Förlag AB.
- Kälvemark Sporrang, S (2007) Ethical competence and moral distress in the health care sector: a prospective evaluation of ethics rounds. Uppsala Universitet.
- Lag om etikprövning av forskning som avser människor, 2003:460
- Lagercrantz, A (2004) Dilemmor i vården skapar moralisk stress. http://www.svd.se/nyheter/idagsidan/artikel_130576.svd<2008-11-12.
- Ljung, T, & Friberg, P (2004) Stressreaktionernas biologi. *Läkartidningen*, 12, 1089-1094.
- Lützen K, Cronqvist A, Magnusson A & Andersson L (2003) Moral Stress: synthesis of a concept. *Nursing Ethics*, 10, 312-322.
- Malmsten, K (2007) *Etik i basal omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Milton, A (2002) Världsläkarförbundets Helsingforsdeklaration. *Läkartidningen*, 11, 1214-1216.
- Norberg, A m fl. (1995) *God omvårdnad - Grundvärderingar*. Stockholm: Bonnier Utbildning AB.
- Polit, D & Beck, C (2006) *Essentials of Nursing research. Methods, appraisal and utilization*. Philadelphia: Lippincott.
- Sarvimäki, A & Stenbock-Hult, B(2008) *Omvårdnadens etik. Sjuksköterskan och det moraliska rummet*. Stockholm: Liber AB.

- Severinsson, E.I & Kamaker, D (1999) Clinical nursing supervision in the work-place-effects on moral stress and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 7, 81-90.
- Siegel, S. (1956) *Nonparametric statistics for the behavioral sciences*. New York: McGraw-Hill, pp 184-193.
- Sjukvårdsrådgivningen (2007) Stress.
><http://www.1177.se/artikel.asp?CategoryID=25145><. 2008-01-15.
- Socialstyrelsen (2003) Utmattningsyndrom- Stressrelaterad psykisk ohälsa. Stockholm: Socialstyrelsen (Artikel nr 2003-123-18).
- Svensk sjuksköterskeförening (2005) ICN: s Etiska kod för sjuksköterskor.
- Swahn, C (2007) Moralisk stress av svåra val.
><http://www.ka.se/index.cfm?c=77440>< 2008-11-14.
- Søndergaard, B (2008) Hver sjette sygeplejerske føler sig stresset. *Sygeplejersken*, 19, 15-17.
- Trost, J (2007) *Enkätboken*. Pozkal: Författarna och Studentlitteratur.
- Wallin, G (2003) Forskning: Etikrond lindrar moralisk stress.
>http://www.ethos.se/se/Tidningsnummer/Nr_3_2003/43-44/<2008-11-12 .
- Zuzelo, P R (2007) Exploring the Moral Distress of Registered Nurses. *Nursing Ethics*, 14, 344-359.

BILAGOR

Bilaga 1: Validerat mätinstrument av Glasberg A-L et al (2006).

Bilaga 2: Modifierat validerat mätinstrument.

Bilaga 3: Informationsbilaga.

Bilaga 1

Originalskalans utformning enligt Glasberg A L et al (2006) Development and Initial Validation of the Stress of Conscience Questionnaire. *Nursing Ethics*, 13, 633-648.

Samvetsstress

Skalan Samvetsstress består av 9 frågor med delfråga A och B. För varje delfråga A ringa in den siffra som du anser stämmer bäst in på dig. Använd skalan nedan för att välja hur ofta detta sker. För varje delfråga B gradera med ett kryss på linjen, hur pass dåligt samvete detta ger dig. Du kan skriva kommentarer till frågorna längst ner på sidan 5.

0	Aldrig
1	Mindre än 1 ggr/halvår
2	Mer än 1 ggr/halvår
3	Varje månad
4	Varje vecka
5	Dagligen

Fråga 1		Skala
A) Hur ofta händer det att du inte hinner ge den vård patienten behöver?		0 1 2 3 4 5
B) Ger detta dig dåligt samvete?		
Nej inte alls	<input type="radio"/> ————— <input type="radio"/>	Ja, ger mig mycket dåligt samvete

Fråga 2		Skala
A) Händer det att du är tvungen att ge vård som känns fel?		0 1 2 3 4 5
B) Ger detta dig dåligt samvete?		
Nej inte alls	<input type="radio"/> ————— <input type="radio"/>	Ja, ger mig mycket dåligt samvete

Fråga 3		Skala
A) Händer det att du utsätts för oförenliga krav i ditt arbete?		0 1 2 3 4 5
B) Ger detta dig dåligt samvete?		
Nej inte alls	<input type="radio"/> ————— <input type="radio"/>	Ja, ger mig mycket dåligt samvete

Bilaga 2

SAMVETSSTRESS I VÅRDEN

Malmö högskola – Hälsa och samhälle

Sjuksköterskeprogrammet

Sara Lecander Wingård

Ida Emilie Brantelid

2008-10-21

Markera först vilken yrkeskategori du tillhör.

Undersköterska

Sjuksköterska

Skalan Samvetsstress innehåller nio frågor som vi ber dig fundera över på två olika sätt.

(A) Beskriv först hur ofta den situation som beskrivs inträffar.

(B) Beskriv därefter hur situationen påverkar ditt samvete.

Sätt kryss i den ruta som stämmer in på dig.

1A) Hur ofta händer det att du inte hinner ge den vård patienten behöver?

Aldrig

Dagligen

1B) Ger dig detta dåligt samvete?

Nej,
inte alls

Ja,
mycket dåligt
samvete

2A) Händer det att du är tvungen att ge vård som känns fel?

Aldrig

Dagligen

2B) Ger dig detta dåligt samvete?

Nej,
inte alls

Ja,
mycket dåligt
samvete

3A) Händer det att du utsätts för oförenliga krav i ditt arbete?

Aldrig

Dagligen

3B) Ger dig detta dåligt samvete?

Nej,
inte alls

Ja,
mycket dåligt
samvete

4A) Händer det att du blir vittne till att en patient kränks och/eller skadas?

Aldrig

Dagligen

4B) Ger dig detta dåligt samvete?

Nej,
inte alls

Ja,
mycket dåligt
samvete

Bilaga 2

5A) Händer det att du undviker en patient eller närstående som behöver hjälp eller stöd?

Aldrig Dagligen

5B) Ger dig detta dåligt samvete?

Nej, Ja,
inte alls mycket dåligt
samvete

6A) Händer det att ditt privatliv är så krävande att du inte orkar ägna dig åt ditt arbete så som du skulle vilja?

Aldrig Dagligen

6B) Ger dig detta dåligt samvete?

Nej, Ja,
inte alls mycket dåligt
samvete

7A) Händer det att vårdarbetet är så krävande att du inte orkar ägna dig åt dina närmaste så som du skulle vilja?

Aldrig Dagligen

7B) Ger dig detta dåligt samvete?

Nej, Ja,
inte alls mycket dåligt
samvete

8A) Händer det att du upplever att du inte kan leva upp till andras förväntningar på din arbetsinsats?

Aldrig Dagligen

8B) Ger dig detta dåligt samvete?

Nej, Ja,
inte alls mycket dåligt
samvete

9A) Händer det att du gör avkall på dina ambitioner att ge god vård?

Aldrig Dagligen

9B) Ger dig detta dåligt samvete?

Nej, Ja,
inte alls mycket dåligt
samvete

Tack för att du tog dig tid att besvara enkäten!

Bilaga 3

Formulär

Informationsbilaga

Projektets titel: I vilken grad upplever sjuksköterskor och undersköterskor moralisk stress i det dagliga arbetet?	Datum: 14/10-08
Studieansvarig/a: Sara Lecander Wingård Ida Emilie Brantelid Din E-post som student vid Malmö högskola: Hss05130@stud.mah.se Hss06183@stud.mah.se	Studerar vid Malmö högskola, Hälsa och samhälle, 206 05 Malmö, Tfn 040-6657000 Utbildning: sjuksköterskeutbildning Nivå: Kandidatnivå, c-uppsats
Information om projektet Vi är två sjuksköterskestudenter på Malmö Högskola som ska utföra en studie på din avdelning. Syftet med studien är att undersöka i vilken grad du som sjuksköterska eller undersköterska upplever moralisk stress i det dagliga arbetet på din avdelning. Den fråga som särskilt fokuseras är hur moralisk stress kan påverka dig i din yrkesutövning samt i vilka situationer som är särskilt känsliga för moralisk stress. Datainsamlingen kommer att ske i form av en enkät som kommer att delas ut i ditt postfack. Anonymitet kan garanteras genom att du lämnar enkäten ifylld eller ej i ett omärkt A4 kuvert som enkäten kommer att ligga i. För att upprätthålla anonymiteten förutsätts att du fyller i enkäten i hemmet alternativt på avskild plats på avdelningen. Den enda personliga information som efterfrågas är den yrkeskategori du tillhör. En postbox kommer att sättas upp på Maarits kontor där enkäter återlämnas senast den 10/11-08. I fyllda enkäter kommer att betraktas som ett samtycke att delta i studien. Det är frivilligt att delta i studien och du kan avbryta när som utan att bli ifrågasatt. Härmed tillfrågas Du om deltagande i studien. Mvh, Ida Emilie Brantelid & Sara Lecander Wingård	