

Lunds Universitet
Sociologiska institutionen

Sjuksköterskor i mötet med vårdtagare

En fallstudie på en vårdcentral i Skåne

Författare: Maria Bjerkborn, Hanna Sundqvist

Kandidatuppsats: SOCK01, 15hp

Vårterminen 2011

Handledare: Bo Isenberg

Sammanfattning

Författare: Maria Bjerkborn och Hanna Sundqvist

Titel: Sjuksköterskor i mötet med vårdtagare: En fallstudie på en vårdcentral i Skåne

Kandidatuppsats: SOCK01, 15hp

Handledare: Bo Isenberg

Sociologiska institutionen, vårterminen 2011

Den här fallstudien avser att undersöka hur sjuksköterskors möte med vårdtagare inverkar på deras arbetsmiljö och välbefinnande. Genomgående i hela uppsatsen är tre huvudsakliga teman; patientkontakt, hälsa och ledningens arbete.

För att undersöka detta genomfördes studien med kvalitativ metod, med ett fenomenologiskt perspektiv. Valet av metod uppkom ur intresset för den enskilda individen och det personliga perspektivet som kvalitativ metod medför. I insamlingen av det empiriska materialet utfördes tio intervjuer med fem sjuksköterskor på en vårdcentral i Skåne. Det empiriska materialet analyserade med utgångspunkt i två teorier; Arlie Russell Hochschilds studie av flygvärdinnor och Erving Goffmans dramaturgi. Valet av teorier grundades i deras samstämmighet, samt att de kompletterar varandra.

Studien resulterade i en djupare förståelse för sjuksköterskans arbetssituation och vilken del patienterna har i den. Sjuksköterskorna utsätts dagligen för stressade situationer, dels när de möter patienter, dels när de utför övriga arbetsuppgifter. Trots att patienterna ofta är otrevliga väljer sjuksköterskorna att se förbi detta och fokusera på sin huvudsakliga uppgift, att hjälpa patienterna. De inser att patienternas beteende inte är riktat personligen mot dem utan ett resultat av exempelvis den stress som sjukdom kan medföra. Patienterna inverkar på sjuksköterskornas välbefinnande, både på ett positivt och negativt sätt. Den negativa delen är dock inte så stor att sjuksköterskorna inte trivs med sitt arbete. Sjuksköterskorna upplever att deras vardag underlättas av det arbete som verksamhetschefen utför och den uppmuntran hon erbjuder. Dessutom finns en stark sammanhållning inom sjuksköterskegruppen.

Nyckelord: Sjuksköterskor, patienter, välbefinnande, emotional labour

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	1
1.1 Avgränsning	1
1.2 Syfte och frågeställningar.....	2
1.3 Begreppsförklaringar	2
1.3.1 Arbetsmiljö	2
1.3.2 Välbefinnande	3
1.3.3 Stress.....	3
1.4 Disposition.....	3
2. Teori	4
2.1 Tidigare forskning	4
2.2 Teoretiska utgångspunkter.....	5
2.2.1 Emotional labour enligt Russell Hochschild	5
2.2.2 Roller enligt Goffman.....	7
3. Metod.....	8
3.1 Kvalitativ metod	8
3.2 Urval	9
3.3 Intervjuer	10
3.3.1 Konstruktion	10
3.3.2 Genomförande	10
3.4 Databearbetning.....	11
3.5 Etiska aspekter	12
3.6 Validitet	13
4. Vårdcentralen	14
5. Analys.....	15
5.1 Patientkontakt	15
5.1.1 Kommunikation och information	15
5.1.2 Personalbrist och dess konsekvenser.....	17
5.1.3 Att inte bli påverkad	19

5.2 Hälsa	20
5.2.1 Sjuksköterskornas vardag	20
5.2.2 Psykiskt och fysiskt välbefinnande	22
5.2.3 Sjuksköterskerollen	23
5.2.4 Brist på kontroll	24
5.3 Ledningens arbete	25
5.3.1 Verksamhetschefens arbete	25
5.3.2 Uppmuntran och stöd	27
5.3.3 Utbildning	28
6. Diskussion och slutsatser	30
6.1 Hur upplever sjuksköterskorna att patienterna bemöter dem?	30
6.2 På vilket sätt anser sjuksköterskorna att deras arbete påverkar deras välbefinnande?	31
6.3 Vad gör ledningen för att underlätta för sjuksköterskorna i deras vardag?	32
6.4 Reflektion och utveckling av studien	32
7. Källförteckning	34
8. Bilagor	
8.1 Intervjuguide 1, inledande intervju	
8.2 Intervjuguide 2, uppföljande intervju	

1. Inledning

På en vårdcentral är arbetstempot ofta högt och arbetsmiljön är under ständig förändring eftersom patienterna kommer och går. Sjuksköterskorna som arbetar där utsätts dagligen för påfrestande situationer då mötet mellan dem och patienterna ofta är korta och krävande. Enligt Lennart Lennerlöf är den sociala arbetsmiljön, det vill säga interaktionen mellan människor på arbetsplatsen, något som är avgörande för arbetstagarnas välbefinnande (Lennerlöf, 1981:186).

Den här uppsatsen är en fallstudie genomförd på en vårdcentral i en större stad i Skåne, genom intervjuer med ett urval av sjuksköterskorna som arbetar där. Den behandlar mötet mellan sjuksköterska och patient. Fokus ligger på sambandet mellan sjuksköterskornas välbefinnande och deras upplevelser av bemötandet från patienterna.

Den bakomliggande orsaken till varför vi valt detta ämne är att vi anser att alla fenomen som uppstår i möten mellan en privatperson och en person som vid tillfället är i sin yrkesroll är intressanta. Det blir en tydlig socialpsykologisk företeelse, då personerna har specifika förväntningar på vad syftet med mötet är.

Anledningen till varför vi valt att studera just sjuksköterskor är på grund av att de dagligen ställs inför olika situationer och olika typer av människor. Då de möter människor som är sjuka, rädda och har ont ställs krav på deras professionalitet som inte finns i många andra yrkeskategorier.

Balansen i relationen mellan de två parterna är intressant att studera, eftersom den ene har makten att hjälpa och lösa problem medan den andre inte bara förväntar sig utan även ofta kräver att detta ska hända. När det av någon anledning inte fungerar eller komplikationer uppstår kan detta leda till irritation som påverkar båda parter.

1.1 Avgränsningar

Vi har valt att genomföra vår undersökning på en vårdcentral med fem deltagande sjuksköterskor. På grund av tidsbegränsning fanns det inte utrymme för att göra en jämförande studie på en annan vårdcentral, trots att vi funnit detta intressant. Då hade vi exempelvis kunnat se vilka skillnader och likheter som kan finnas mellan vårdcentraler på

olika platser. Antalet intervjupersoner är också ett direkt resultat av vår och intervjupersonernas tidsbrist. Vi har valt att bara intervjua sjuksköterskor och utesluta andra yrkesgrupper på vårdcentralen, eftersom vi tror att sjuksköterskornas patientkontakt och hierarkiska mellanläge gör att deras arbetssituation blir intressant att studera i relation till vår frågeställning. Vi har valt att enbart göra intervjuer eftersom vi intresserar oss för sjuksköterskornas upplevda verklighet, deras känslor och tankar om arbetet. Just därför blir vår uppsats en fallstudie som endast rör den här specifika vårdcentralen och de sjuksköterskor som arbetar där. Detta diskuteras vidare i avsnitt 3 Metod.

För att få en struktur genom hela uppsatsen har vi valt att begränsa oss till tre teman: patientkontakt, hälsa och ledningens arbete. Dessa återfinns i såväl frågeställningar, analys som i intervjuguiden.

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med uppsatsen är att undersöka och analysera sjuksköterskors upplevelser av möten med patienter, samt diskutera hur dessa möten och upplevelser inverkar på sjuksköterskornas välbefinnande. För att kunna genomföra detta har vi valt att utgå från följande frågeställningar:

- Hur upplever sjuksköterskorna att patienterna bemöter dem?
- På vilket sätt anser sjuksköterskorna att deras arbete påverkar deras välbefinnande?
- Vad gör ledningen för att underlätta för sjuksköterskorna i deras vardag?

1.3 Begreppsförklaringar

I uppsatsen är följande begrepp återkommande; arbetsmiljö, välbefinnande och stress. De är alla breda, svårdefinierade samt beroende av vilken kontext de används i. Vi kommer här ta upp hur vi i samstämmighet med olika författare definierar begreppen.

1.3.1 Arbetsmiljö

Enligt Birgitta Wadell och Bertil Larsson är arbetsmiljö alla förhållanden som påverkar människan i arbetet, såsom fysiska, tekniska, arbetsorganisatoriska och sociala förhållanden. Dessa påverkar arbetstagarna både var för sig och tillsammans och de kan på olika vis ha en inverkan på det psykiska välbefinnandet och hälsan. Då vår frågeställning rör förhållandet

mellan sjuksköterska och patient är det den sociala arbetsmiljön som står i fokus. Den består framför allt av relationer, till exempel mellan arbetskamrater eller mellan anställda och patienter. (Wadell, Larsson, 1988:30) Lennerlöf anser att den sociala arbetsmiljön är skapad av dem som befinner sig i den och skiljer sig därför från arbetsplats till arbetsplats. De enskilda individerna är visserligen en del av den, men har mycket små möjligheter att påverka den och förändra den på egen hand. (Lennerlöf, 1981:15-17)

1.3.2 Välbefinnande

Välbefinnande är enligt Liselotte Ohlson nära kopplat till hälsa, både fysisk och psykisk. Hennes definition av begreppet är att det innebär lustkänslor, välbehag och god hälsa. Varianter på olika sorters välbefinnande är fysisk, psykisk, social, ekonomisk, kulturell samt andlig sådan. Dessa samverkar med varandra och ett mångfacetterat välbefinnande är eftersträvansvärt. I den här uppsatsen kommer fokus ligga främst på det psykiska, vilket här syftar till ett inre lugn, ett allmänt tillstånd av välbehag och känsla av inre harmoni och kontroll. Till viss del kommer även det fysiska välbefinnandet vara ett inslag. (Ohlson, 2008:20)

1.3.3 Stress

Wadell och Larsson skriver att begreppet stress används i vardagligt tal för att beskriva situationer, upplevelser och händelser i livet som är belastande och jäktande. Olika människor hanterar stress på olika vis när de utsätts för framkallande faktorer. I arbetslivet kan det till exempel vara tidsbrist, konflikter med kollegor eller nedskärningar och omorganisationer som orsakar det. Stressen kan uppbåda känslor av vanmakt, olust och tristess och behöver inte bara vara besvärlig i stunden, utan kan också på lång sikt inverka på välbefinnandet. (Wadell, Larsson, 1988:126-127) Ingemar Eile tar dock upp motsatsen och hävdar att stress även kan ha en positiv inverkan på arbetstagarens välbefinnande. Stress kan få människor att prestera och bli effektiva. (Eile, 1997:61)

1.4 Disposition

Uppsatsen är indelad i sex huvudkapitel och dessa är inledning, teori, metod, en beskrivning av vårdcentralen, analys och slutsatser. I det första kapitlet presenteras vad uppsatsen handlar om, vilka frågeställningar vi har samt hur arbetet har avgränsats. Där presenteras även viktiga begrepp som återkommer genom hela arbetet. Under kapitel två läggs tidigare forskning och relevanta sociologiska teorier fram. Detta följs av det tredje kapitlet där metodval presenteras,

det vill säga hur vi gick tillväga när vi genomförde vår fallstudie. Detta inkluderar både varför vi valde just en kvalitativ metod och hur intervjuerna utfördes och bearbetades. Detta avsnitt innehåller även självkritiska reflektioner såsom etiska aspekter och validitet. Det fjärde kapitlet är kortare och beskriver hur vårdcentralen fungerar och hur sjuksköterskornas arbete är upplagt. Detta är viktigt för att få en djupare förståelse för det som beskrivs i det femte kapitlet, analysen. Där presenteras resultatet av intervjuerna med sjuksköterskorna och analyseras med stöd av teorierna som vi lägger fram i teorikapitlet. I det sjätte och slutgiltiga kapitlet besvarar vi frågeställningarna utefter det material vi har fått fram samt presenterar våra slutgiltiga reflektioner. Genomgående finns tre teman i uppsatsen; i frågeställningarna, i hur intervjuerna lades upp och i analysen. Dessa teman är patientkontakt, hälsa samt ledningens arbete.

2. Teori

Relationen mellan sjuksköterska och patient är sedan tidigare undersökt på en rad olika vis. I teoriavsnittet väljer vi att först presentera tidigare forskning. Eftersom uppsatsen handlar om sjuksköterskors upplevelser i svensk sjukvårdsmiljö har vi valt att fokusera på tidigare forskning som genomförts i Sverige. Vi går sedan vidare med att redogöra för två teorier som vi finner lämpliga för vår undersökning.

2.1 Tidigare forskning

Ulla Holm behandlar i sin bok *Det räcker inte att vara snäll* förhållandet mellan sjukhuspersonal och patienter, genom att analysera vad som krävs för att hålla relationen på en professionell nivå. I studien belyser hon sjukhuspersonalens perspektiv och redogör för hur de hanterar de olika psykiska utmaningarna i arbetet genom olika strategier. Fokus i studien ligger på begreppet empati och hur personalen kan använda sig av empatin som ett redskap i mötet med patienterna. Empati enligt Ulla Holm handlar inte bara om att vara vänlig, utan också om att fånga upp och förstå en annan människas känslor och sedan handla utefter dem. (Holm, 1995)

Det har även skrivits en del studentuppsatser som behandlar detta ämne, som till exempel kandidatuppsatsen ”Sjuksköterskornas arbetsförhållanden - En kvantitativ studie gjord på ett sjukhus i södra Sverige...” av Milica Kostov och Lotta Wernebeck (2010). Studien gjordes med hjälp av enkäter och syftet var att undersöka om det fanns ett samband mellan

sjuusköterskors arbetsförhållanden och stress. De kom i sin uppsats fram till att det inte var så. Snarare mådde sjuusköterskorna överlag väldigt bra på sin arbetsplats.

Förutom en rad studier inom sjukhusmiljö har förhållandet mellan yrkesperson och kund studerats på flera andra arbetsplatser, exempelvis mellan hotellreceptionister och gäster samt kundtjänstmedarbetare och kunder. För hotellreceptionisterna, som fick ett personligt möte med gästerna, var det grundläggande kravet för att kunna fortsätta vid sin tjänst att kunna skilja på sig själv och sin arbetsroll (Jonsson, 2010). För kundtjänstmedarbetaren, som enbart mötte sin kund via telefon eller mail, blev arbetsmiljön med kollegorna och relationen till chefen desto viktigare eftersom det gav möjlighet till support inom den egna gruppen (Ellingsson, 2010).

2.2 Teoretiska utgångspunkter

Som teoretiska utgångspunkter har vi valt Arlie Russell Hochschilds och Erving Goffmans teorier. Russell Hochschilds teori är delvis baserad på Goffmans, men eftersom vi anser den första vara mest relevant för oss har vi valt att presentera dem i den ordningen, istället för i den kronologiska ordningen.

2.2.1 Emotional labour enligt Russell Hochschild

Till teoriavsnittet har vi valt att utgå från Russell Hochschilds bok *The Managed Heart* och hennes idé om *emotional labour* och *feeling rules*. Russell Hochschild genomförde och presenterade en större studie av flygvärdinnor och deras arbetsmiljö i början på 1980-talet, där framförallt flygvärdinnornas känslor och hur de anpassade dem i sitt arbete låg i fokus. Där lade hon grunden för begreppen emotional labour, arbete som innebär att den anställda får betalt för att uppvisa vissa känslor, samt feeling rules, de regler som styr hur individen bör känna.

Emotional labour, menar Russell Hochschild, kräver av individen att hon trycker undan vissa känslor och frammanar andra för att skapa en atmosfär och utstråla känslor som påverkar andra människor. För att klara av det krävs det att individen åsidosätter sig själv och sina personliga upplevelser för att utföra sitt arbete. Att kunna kontrollera och styra sina känslor är något grundläggande vi bär med oss. Problemen uppkommer när en yrkesroll kräver en viss typ av känslor, inte bara på ett ytligt plan, utan att individen verkligen ska uppleva känslan för

att föra den vidare, såkallad *deep acting*. Genom att utagera känslor efter en organisations önskemål om vad som är lämpligt och hur den känslan bör framställas finns risken att individen till slut anammar organisationens uppfattning om känslan även utanför arbetet. (Russell Hochschild, 2003:7, 17, 21) Russell Hochschild refererar till Wright Mills som menar att en individ i ett serviceyrke i längden kan alienera sig från service, så som en individ inom ett produktionsarbete kan alienera sig från produkten (Russell Hochschild, 2003:7).

Vid utförandet av emotional labour är individen i hög grad styrd av feeling rules. I en viss situation upplever individen att det är lämpligt att känna exempelvis skam, lycka, tillgivenhet, ilska eller avundsjuka. På samma sätt kan det även vara lämpligt att hålla tillbaka en eller flera känslor eller att framhäva andra. (Russell Hochschild, 2003:18) För att upptäcka feeling rules och hur de verkar menar Russell Hochschild att det kan vara lämpligt att fokusera på de två frågorna ”hur känner jag?” och ”vad borde jag känna?”. Vid eventuella skillnader i svaren kan vi se att vi antingen är styrda av feeling rules, eller tar avsteg från dem. Ofta är det en omedveten process att agera i enlighet med feeling rules men den kan även styras av individen. Russell Hochschild tar upp ett exempel där en intervjuperson menade att det finns en skillnad mellan att känna och agera i enlighet med sina känslor. Att exempelvis bli upprörd på ett barn och vilja skada det skulle alltså gå bra, så länge det aldrig leder till faktisk handling. (Russell Hochschild, 2003:56-58)

Feeling rules i yrket kan i längden leda till *emotive dissonance*, att individen upplever att dennes privata känslor och de känslor som bör uppvisas inom yrket inte stämmer överens. För att undvika den situationen och underlätta dissonansen försöker individen få de två känslolösorna att närma sig varandra, antingen genom att ändra sin privata uppfattning eller genom att avvika från de feeling rules som finns. Russell Hochschild menar att i en sådan situation är det vanligast att det är de privata känslorna som får stryka på foten, vilket i längden avskärmar oss från dem. (Russell Hochschild, 2003:90)

För att skildra de känslor som anses lämpliga inom yrket kan individen använda sig av två olika typer av agerande, *surface acting* eller *deep acting*. Surface acting innebär att individen agerar en viss känsla, för att föra den vidare till sin publik. I Russell Hochschilds fall innebär publiken till större delen de passagerare som flygvärdinnorna kom i kontakt med. I surface acting upplever individen alltså inte känslan personligen, utan för vidare den till sin publik, genom att gestalta den. (Russell Hochschild, 2003:37-38) I deep acting måste individen

verkligen uppleva den känsla som ska föras vidare till publiken. Detta görs genom att individen drar sig till minnes det som har hänt tidigare, vilket har skapat genuina känslor och personliga minnen, och applicerar dem på situationen. (Russell Hochschild, 2003:42) Genom att förändra sitt känslospel efter vad som är önskvärt inom yrket förändrar även individen sig själv, genom att skapa och föreställa sig känslor som inte är de egna (Russell Hochschild, 2003:33).

2.2.2 Roller enligt Goffman

I vårt teoriavsnitt har vi även valt att använda oss av Goffmans teori om *roller* och dess betydelse. Anledningen till detta ligger framförallt i att Russell Hochschild har baserat många av sina tankar kring emotional labour på Goffmans teorier om beteende och framställandet av *jaget* (Russell Hochschild, 2003:x) men även på grund av att den förkunskap vi själva bär med oss sedan tidigare härstammar från denna teori och vi finner den relevant för våra frågeställningar.

Goffmans grundläggande tankar kring socialt samspel definieras lättast i enlighet med hans egna benämningar, som är kopplade till teaterns värld. En individ i ett möte med en annan individ befinner sig i en *interaktion*, individens aktivitet benämns som *framträdande*, individen själv är en *aktör*, de som bevittnar detta blir *medaktörer* eller *publik*, ett återkommande framträdande skapar en *roll* och i kombination med flera olika roller som alla samspelar till någon grad skapas även *sociala roller*. Skillnaden mellan roll och social roll ligger alltså i den mer sammansatta kombinationen av olika framträdanden inom den sociala rollen. Goffman menar även att individen i sin interaktion med andra använder sig av *intrycksstyrning*, det vill säga att styra och påverka sin publik till att se individens fördelaktiga egenskaper. (Goffman, 2009:23)

Det Goffman menar är grundläggande i en aktörs framträdande är den egna tron på att medaktörerna uppfattar agerandet och framträdandet som genuint och ärligt. Detta ger upphov till tanken om att aktören agerar till förmån för sina medaktörer, vilket antingen kan resultera i att aktören duperar sig själv och intalar sig att den äkthet som försöker förmedlas är ärlig, eller skiljer sig själv från det agerande som framförs. I det senare alternativet kallar Goffman aktören för *cynisk*, då aktören inte själv tror på sitt agerande utan istället använder det för att kontrollera och styra sina medaktörer. Viktigt att poängtera är att den cyniske aktören inte nödvändigtvis agerar och lurar sin publik för att vinna något för egen del eller för

att vara elak, utan gör det med tanken om att det är ett nödvändigt ont. Goffmans egna exempel på detta inkluderar bland annat ”läkare som drivs till att ge sina patienter placebos”. (Goffman, 2009:25-26)

Goffman diskuterar även *regioner*, den direkta platsen för agerandet. Han menar att det finns både en *främre*, där aktören gör sitt framträdande, och en *bakre region*, där aktören har möjlighet att förbereda sig inför sitt framträdande. I den bakre regionen finns det även möjlighet att samspela med andra aktörer, vad Goffman benämner som *team* eller *teamframträdande*. (Goffman, 2009:75, 97, 101-102)

3. Metod

I metodavsnittet presenterar vi varför vi har valt att arbeta enligt kvalitativ metod, samt dess för- och nackdelar. Därefter följer en diskussion om urval, intervjukonstruktion, genomförande, databearbetning, de etiska aspekter som är relevanta för studien samt studiens validitet.

3.1 Kvalitativ metod

Då vi är intresserade av sjuksköterskornas egna upplevelser av arbetsmiljön och mötet med patienterna finner vi det lämpligt att använda oss av kvalitativ metod. För att skapa en förståelse för sjuksköterskorna kommer vi utgå från ett fenomenologiskt perspektiv då det har sin grund i att förstå sociala fenomen genom individers upplevelser och personliga perspektiv. Detta innebär även att världen som intervjupersonen uppfattar är den verklighet som är relevant för just denne. Som intervjuare är det viktigt att ha en öppen inställning till intervjupersonens erfarenheter och uppfattningar, försöka lägga undan sin förförståelse och nå fram till intervjupersonens beskrivningar av fenomen i dennes världsuppfattning. (Kvale, Brinkmann, 2009:42-43, 68)

Då fenomenologin främst utgår från att klargöra hur individer upplever sin verklighet och händelserna inom den blir den kvalitativa forskningsintervjun ett praktiskt redskap (Kvale, Brinkmann, 2009:30). Vi har valt att göra semistrukturerade intervjuer med ett antal öppna frågor för att få en uppfattning om hur intervjupersonerna resonerar kring de teman vi har valt ut. Validiteten avgörs exempelvis genom i vilken grad intervjuaren lyckas tolka intervjun under händelseförloppet, för att följa upp och utveckla frågorna, hur balansen mellan frågor

och svar ser ut samt hur svaren utvecklas beroende på intervjupersonens sätt att ställa frågorna på (Kvale, Brinkmann, 2009:180). Kritiska röster kring den kvalitativa intervjun rör bland annat att intervjun inte skulle ge några vetenskapliga svar då den speglar olika individers uppfattningar och att den inte kan ses som en hypotesprövande metod utan snarare en explorativ. Detta, menar Kvale och Brinkmann, är inte helt sant då informationen som uppkommer under intervjun kan bidra till ny vetenskap och att intervjuer kan fungera både som hypotesprövande och explorativ metod beroende på hur forskaren använder intervjun. (Kvale, Brinkmann, 2009:184-185)

3.2 Urval

Under planeringen av vårt uppsatsarbete har vi haft ett intresse av att ta kontakt med vården, då vi har uppfattningen att det patientbemötande sjukvårdspersonalen har dagligen inverkar på deras arbetsmiljö. I ett första försök till kontakt vände vi oss till Skånes Universitetssjukhus. Vi hänvisades vidare till akutmottagningen i Malmö där vi fick kontakt med avdelningschefen, som tidigare har arbetat med bemötandefrågor, delvis mellan kollegor och delvis mellan sjukvårdspersonal och patienter. Tyvärr ligger vårt uppsatsarbete lite fel i tiden för dem och vi var tvungna att söka upp andra vårdinstanser för att finna personal att intervjua. Detta resulterade i att stora delar av den tid som var ämnad för vår undersökning gick till spillo.

Vårt nästa försök till kontakt gick genom en anställd vid en vårdcentral i en större stad i Skåne. Det blev en kort så kallad snöbollseffekt, som innebär att vår ursprungliga kontakt ledde till att vi fick kontakt med intervjupersonerna (Aspers, 2007:91). Sammanlagt var det fem sjuksköterskor som deltog. Av de ursprungliga fem sjuksköterskorna var det en som bestämde sig för att inte medverka och istället tillkom en annan sjuksköterska från vårdcentralen. Eftersom de arbetar nära varandra varje dag finns en risk för att de diskuterade intervjuerna med varandra innan de genomfördes och på så vis påverkade svaren. Effekten av det här sättet att göra ett urval på är att vi endast får information och kan dra några slutsatser om sjuksköterskorna på just den här vårdcentralen. Eftersom syftet med vår uppsats är att undersöka sjuksköterskornas upplevelser av patientmöten, anser vi att ovannämnda förhållanden emellertid inte är ett hinder.

Eftersom de fem sjuksköterskor som vi har intervjuat är lovade anonymitet har vi tagit beslutet att inte presentera dem ingående individuellt eller att knyta citaten som vi använder i

analysen till specifika personer. De har olika lång erfarenhet, den yngsta har arbetat inom sjukvården i knappt två år och den äldsta i uppemot 30 år. Samtliga har varit anställda på minst en arbetsplats förutom den nuvarande vårdcentralen och har således andra arbetsmiljöer och upplevelser att jämföra med. De har alla i grunden sjuksköterskeutbildningen men har genom sitt yrke fått olika möjlighet att vidareutbilda sig och skaffa specialinriktningar.

3.3 Intervjuer

Eftersom intervjuerna är grundmaterialet för vår uppsats var förarbetet av dem av stor vikt för att de skulle bli så uttömmande som möjligt. Nedan följer en beskrivning av hur vi gick till väga när vi utformade intervjuguiden samt hur intervjuerna utfördes.

3.3.1 Konstruktion

Robert K Yin påpekar vikten av att formulera konkreta frågor som leder till att målet med dem uppnås (Yin, 2007:117). Detta hade vi i åtanke när vi utformade intervjuguiden. Hela intervjuguiden är utformad efter våra tre teman som återkommer genom hela uppsatsen: patientkontakt, hälsa och ledningens arbete. Under varje tema finns underfrågor som är formulerade för att vara öppna. Intervjuerna är därför semistrukturerade, det vill säga att det finns en grundstruktur och en del viktiga frågor, men att det finns gott om utrymme för egna reflektioner från intervjupersonernas sida. Eftersom vi gjorde uppföljningsintervjuer med alla intervjupersonerna skapade vi en kortare guide även till dessa intervjuer. Anledningen till detta diskuteras vidare i nästa avsnitt, 3.3.2 Genomförande.

3.3.2 Genomförande

Vi har utfört våra två olika intervjutyper vid totalt fyra olika tillfällen. Enligt vår ursprungliga planering hade vi avsikten att göra en intervju per intervjuperson. Efter de inledande intervjuerna fann vi dock att det insamlade materialet inte var tillräckligt för att göra en kvalitativ analys. Vi valde därför att återigen ta kontakt med sjuksköterskorna för att göra uppföljande intervjuer.

De inledande intervjuerna genomfördes under två dagar och de kompletterande intervjuerna under två dagar i veckan därpå. Anledningen till detta låg framförallt i att vi ville undvika att intervjupersonerna påverkade varandra genom att diskutera frågorna sinsemellan men även att vi hela tiden har arbetat efter en viss tidsram. Eftersom de inledande och uppföljande

intervjuerna genomfördes med en veckas mellanrum tror vi att det eventuellt kan ha lett till att vi fick mer uttömmande svar under den andra intervjun. Intervjupersonerna hade då haft möjlighet att fundera mer över sina åsikter efter den första intervjun och var troligtvis mer mentalt förberedda inför den uppföljande intervjun.

Intervjuerna genomfördes i avskildhet i vårdcentralens egna lokaler. Enligt Martyn Denscombe är det viktigt att lokalen för intervjun är ostörd och miljön tyst, vilket den också var (Denscombe, 2000:143). Naturligtvis hade det bästa varit om vi hade kunnat genomföra intervjuerna när våra intervjupersoner inte varit i tjänst, men på grund av smidigheten och tidsbesparandet med att genomföra intervjuerna på samma plats valde vi ändå att göra dem på vårdcentralen. Vi upplevde inte att de kände sig stressade på grund av detta.

Vi valde att utföra intervjuerna var för sig istället för att genomföra dem tillsammans. Detta var för att inte stressa intervjupersonerna och få dem att känna sig trygga. Eftersom vi är två olika personer kan naturligtvis intervjuernas kvalitet och intervjupersonernas svar ha påverkats av detta, då vi som intervjuare kan ha uttryckt oss på olika sätt eller inte ställt samma typ av uppföljande frågor. Vi anser emellertid att vi är på ungefär samma nivå som intervjuare och har läst samma uppsättning kurser i intervjuteknik.

3.4 Databearbetning

För att kunna arbeta med intervjumaterialet bör det göras transkriberingar av de inspelade intervjuerna, menar Kvale och Brinkmann, men i vilken utsträckning detta görs är beroende av flera faktorer, såsom syftet med undersökningen, vilken tillgång till tid det finns samt om någon är villig att göra det praktiska arbetet (Kvale, Brinkmann, 2009:196). Eftersom det i vårt uppsatsarbete ingår att transkribera samtliga intervjuer valde vi att i så nära anslutning till intervjuerna som möjligt skriva ut dem. Det praktiska arbetet med att skriva ut intervjuerna gjorde vi själva, genom att transkribera de intervjuer vi själva genomfört. Då det inte finns några generella regler för hur transkriberingar bör se ut skapade vi själva en relativt enkel modell som båda arbetade enligt (Kvale, Brinkmann, 2009:197). Vi valde att skriva ut pauser, skratt och andra ljud som vi anser ger mening till vad som sägs.

Efter transkriberingsarbetet av den första omgången intervjuer plockade vi ut relevanta teman, för att kunna göra våra uppföljande intervjuer. Materialet vi fick in från de första intervjuerna var nödvändigt för att kunna göra meningsfulla uppföljande intervjuer. Vår uppfattning är att

från början göra ett grundligt arbete med vårt material för att underlätta arbetet med analysen i ett senare steg. Efter de uppföljande intervjuerna arbetade vi på samma sätt, genom att så snart som möjligt transkribera intervjuerna och följa upp de teman som vi fann intressanta efter de första intervjuerna.

3.5 Etiska aspekter

Då vår undersökning bygger på olika individers personliga upplevelser och åsikter är det grundläggande att inför, under och efter det empiriska insamlingsarbetet ta hänsyn till en rad etiska aspekter. Vi har valt att utgå från Vetenskapsrådets fyra grundläggande krav; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.

Informationskravet innebär att de som deltar i undersökningen ska bli informerade om sin uppgift, samt under vilka villkor de deltar. Detta inkluderar att all medverkan är frivillig och kan avbrytas när som helst. (Vetenskapsrådet, 2011:7) Till de medverkande sjuksköterskorna skickade vi ut ett informationsblad inför intervjutillfället och repeterade även samma information vid det personliga mötet.

Samtyckeskravet innebär att undersökningsdeltagarna måste lämna sitt samtycke, samt att de har rätt att bestämma över de villkor de medverkar under, såsom om och hur länge de vill bidra till undersökningen. Vidare innebär det även att deltagarna inte får utsättas för olämplig påtryckning, oavsett om de väljer att delta eller avbryta sin medverkan. Det får inte heller finnas ett beroendeförhållande mellan forskaren och den eventuella deltagaren.

(Vetenskapsrådet, 2011:9-10) Vid samtliga intervjuer inledde vi med att förklara för intervjupersonerna att de när som helst hade möjlighet att avbryta och att all medverkan var helt frivillig. Vi menar inte heller att vi har utövat någon påtryckning då sjuksköterskorna har ställt upp helt frivilligt utan några löften från oss om eventuella belöningar för sitt deltagande. Ett visst beroendeförhållande uppstod efter de inledande intervjuerna, då vi ville ha tillgång till kompletterande intervjuer, och vi därmed var beroende av sjuksköterskornas möjlighet och vilja i att ställa upp på ytterligare intervjuer.

Konfidentialitetskravet innebär att allt material som kan vara etiskt känsligt ska hanteras och rapporteras så att det inte kan härledas till specifika individer. Materialet ska inte heller vara tillgängligt för utomstående. (Vetenskapsrådet, 2011:12) Vi anser att materialet som samlats in genom intervjuerna kan vara känsligt, då sjuksköterskorna uttalar sig bland annat om sin

arbetsplats och sitt välbefinnande. Vi har valt att dels lova dem anonymitet i uppsatsen, dels göra dem oidentifierbara i transkriberingarna. Det insamlade materialet har förvarats på ett sådant sätt att ingen annan har haft tillgång till det.

Nyttjandekravet innebär att det material som samlas in inte får användas i något annat syfte än det som ursprungligen utlovats. Andra forskare kan få ta del av informationen om de gör det under samma förpliktelser som den insamlade forskaren stod under. Materialet får inte heller användas som del i beslut eller åtgärder som påverkar enskilda individer, såsom vård eller tvångsintagning, utan medgivande från den berörda individen. (Vetenskapsrådet, 2011:14) Då vår undersökning är relativt kortvarig och ingen uppföljning eller vidare undersökning av området är planerad från vår sida ser vi inte heller någon anledning till att vårt insamlade material skulle vara relevant att dela med sig av till andra forskare. Den information som har samlats in anser inte vi vara grund för någon typ av beslut som skulle kunna påverka enskilda individer. I kombination med konfidentialitetskravet är det inte heller möjligt att urskilja dessa eventuella enskilda individer, om situationen ändå skulle uppkomma.

3.6 Validitet

Att arbeta med intervjuer som verktyg för materialinsamling har självklart både för- och nackdelar. Intervjun blir ett målinriktat instrument som ger forskaren möjlighet att lägga fokus på de delar som är relevanta för studien samt ger insikt i intervjupersonernas upplevelser. Det är dock viktigt att som forskare komma ihåg att de frågor som ställs kan tolkas olika av de olika intervjupersonerna, vilket ger upphov till olika typer av svar, men även svar på frågor som inte är relevanta. Intervjupersonen kan vara påverkad av mänskliga faktorer såsom glömska och därmed ge felaktiga svar eller svara i enlighet med vad hon tror att forskaren är ute efter. (Yin, 2007:112)

Det kan finnas en möjlighet att deltagarna medverkar i studien av dolda personliga skäl, till exempel att de vill delta för att påvisa hur bra just deras vårdcentral är eller alternativt lyfta fram att de inte trivs. Vi försökte i största möjliga mån vara medvetna om detta när vi genomförde intervjuerna genom att ifrågasätta intervjupersonernas svar och ställa följdfrågor. För att begränsa möjligheten att intervjupersonerna skulle diskutera med varandra före intervjun fick de bara den viktigaste information om vad studien innebar.

Yin varnar även för att intervjuer ska betraktas som ”*verbala utsagor*” (Yin, 2007:119) och att de är påverkade av dåligt minne, svårigheter i att uppfatta frågan som forskaren önskar samt att uttrycka personliga upplevelser i ord. Av den anledningen kan det vara lämpligt att ställa det insamlade materialet från intervjuer mot material som är insamlat genom något annat verktyg. (Yin, 2007:119) Då vårt intresse ligger i just de personliga upplevelserna har vi valt att inte använda oss av några andra verktyg. Detta går dock emot den rekommendation som Yin presenterar, att triangulering är att föredra i arbetet med fallstudier (Yin, 2007:125).

Vi anser att vi har varit tillräckligt noggranna med att förklara för intervjupersonerna att det är deras personliga upplevelse vi är ute efter i deras svar och att vi därmed undviker att de svarar vad de tror att vi vill höra. Eftersom vi inte har redogjort våra teoretiska utgångspunkter eller aningar om vad som kan uppkomma under intervjuerna anser vi inte heller att intervjupersonerna vet vilket resultat vi försöker finna. Syftet, att undersöka hur patienterna inverkar på arbetsmiljön och välbefinnandet, är klargjort. Däremot är vår egen uppfattning i frågan ej uttalad.

4. Vårdcentralen

Vårdcentralen är en av de största i sin stad med nästan 16 000 patienter listade där. Förutom sjuksköterskorna arbetar även undersköterskor, barnsjuksköterskor, distriktssköterskor, psykolog, sjukgymnaster, receptionist, läkarsekreterare, läkare samt en verksamhetschef där. Vårdcentralen består av flera olika enheter förutom allmänmottagningen; psykolog- och kuratorsmottagning, sjukgymnastik och barnavårdcentral.

Arbetsuppgifterna för sjuksköterskorna på allmänmottagningen är drop in-bokningar, rådgivning, telefonrådgivning samt bokad sjuksköterskemottagning där bland annat såromläggning, suturtagning och blodtryckstagning sköts. Sjuksköterskorna arbetar även med så kallade individuella mottagningar som till exempel minnes-, diabetes-, spirometri-, rökavvänjnings- och kostmottagning. Dessa mottagningar är tänkta att vara öppna en fast dag i veckan, men hinns i dagsläget inte med, utan är öppna i mån av tid.

Sjuksköterskorna roterar mellan de olika arbetsuppgifterna, beroende på hur bemanningen ser ut för tillfället. Ett exempel kan vara att en sjuksköterska sitter i receptionen på förmiddagen

och i telefonrådgivningen på eftermiddagen. Förutom dessa arbetsuppgifter ingår journalföring, så kallad dokumentation, av patienterna i sjuksköterskornas arbete.

Vårdcentralen arbetar efter ett drop in-system när det gäller att få läkartider samma dag. Det innebär att patienter får komma på morgonen och köa för att bli bedömda efter hur de mår och vilka symptom de har. Oftast är det fler patienter i väntrummet än det finns läkartider. Det går naturligtvis att boka tid per telefon, men det kan då dröja innan patienten får en tid.

På kvällar och helger bedrivs jourverksamhet i vårdcentralens lokaler, men denna har inget samarbete med den ordinarie vårdcentralen. Den är till för hela staden under kvällar och helger och bemannas av en helt annan personalstyrka som inte har samma arbetssätt som personalen som är där på dagtid.

5. Analys

I vårt analysavsnitt kommer vi presentera det material som har samlats in genom intervjuerna, samt analysera och jämföra det med de teorier vi har valt att utgå från. För att göra det så överskådligt och tydligt som möjligt har vi valt att dela in analysen i tre teman; patientkontakt, hälsa och ledningens arbete. De här tematiseringarna går i linje med våra frågeställningar och intervjuguiderna.

5.1 Patientkontakt

Under temat patientkontakt behandlas det material som är sammankopplat med den patientkontakt som sjuksköterskorna har. Då patientkontakten är grundläggande för sjuksköterskornas arbete, och undersökningen, presenteras och analyseras det först. Som underrubriker följer kommunikation och information, personalbrist och dess konsekvenser samt att inte bli påverkad.

5.1.1 Kommunikation och information

Genom intervjufrågorna kunde vi definiera vissa återkommande ämnen rörande den dagliga patientkontakten på vårdcentralen. En viss samstämmighet fanns bland sjuksköterskorna om att flera av dessa ämnen var problemområden. Ett av dem är brist på information till patienterna, och den kommunikation som skulle kunna komplettera dessa brister, men som är frånvarande eller otillräcklig. Många patienter förstår inte hur systemet på vårdcentralen

fungerar och drar därför egna slutsatser. Ett par av sjuksköterskorna uttrycker att de förstår patienternas förvirring över detta. Sjuksköterskorna är medvetna om detta och försöker ändra på det genom att förklara för patienterna hur rutinerna och sjukvårdssystemet fungerar när de frågar. Sjuksköterskornas förståelse kan liknas vid Russell Hochschilds begrepp deep acting, då de inte nödvändigtvis är medvetna om det här beteendet, utan väljer att behandla patienterna med förståelse och respekt trots att de inte alltid får det tillbaka som en naturlig del i sitt arbete (Russell Hochschild, 2003:7, 17, 21). Genom att sätta sig in i känslan med förståelse får de lättare att arbeta med patienten, till skillnad från om de enbart skulle använda sig av surface acting, då individen inte upplever känslan utan enbart försöker föra den vidare genom gestaltning (Russell Hochschild, 2003:37-38). De nämner att den hemsida som för många är en första kontakt med vårdcentralen är dåligt uppdaterad och ger felaktig information till patienterna. En sjuksköterska uttalar sig såhär:

Vi har en hemsida här på X [vårdcentralens namn] som inte alltid är så uppdaterad, så där står ju vissa grejer som kanske inte riktigt stämmer, och då blir det en irritation för patienten såklart.

Många patienter går regelbundet till vårdcentralen och har då ofta samma läkare. Skulle deras läkare sluta, eller om det blir andra förändringar i personalstyrkan, informeras inte patienterna direkt utan får först reda på det när de själva kontaktar vårdcentralen. En sjuksköterska upplever det på det här viset:

Det har ju hänt att läkare som har varit här väldigt länge har slutat, och då, alltså, det är ju ingen som informerar patienterna om det och då blir det ju, då blir de ju väldigt rädda och oroliga och så, för då blir det en helt ny kontakt och man vet inte vem den doktorn är. Och, det blir problem med mediciner, för är det en doktor som har skrivit ut mediciner till patienten, så kan inte bara en ny skriva ut den medicinen, utan att ha träffat patienten. Så att det kan bli, det blir läkarbesök, inte i onödan kan man inte säga, men det blir känslan för patienten att det blir onödigt, för den medicinen har hon kanske haft i tjugo år.

Genom att viktig information inte når fram till patienterna på ett önskvärt vis skapas kärnan till den bristande kommunikationen. Detta leder till extraarbete för både sjuksköterskor och patienter, som i sin tur bereder väg för potentiella svårigheter dem emellan. Utifrån Goffman kan även patienterna ses som aktörer med ett visst agerande i sjukvårdsmiljön. När det sker förändringar, såsom att deras läkare slutar, ändras

förutsättningarna för deras roll. Att deras agerande mot sjuksköterskorna förändras utefter detta blir då en naturlig följd.

5.1.2 Personalbrist och dess konsekvenser

Under intervjuerna har det framkommit information om att vårdcentralen för närvarande lider av personalbrist och att ytterligare några ur personalstyrkan har sagt upp sig. Detta blir också en underliggande stressfaktor då sjuksköterskorna oroar sig inför exempelvis sommarens belastning i kombination med semesterscheman. En av sjuksköterskorna uttrycker sig såhär:

Så vi går ju två personer back nu, ett par månader och in på semester, när alla ska ha semester [skratt] /.../ det är ju en väldigt dålig ekvation som det ser ut nu, liksom. Plus att vi redan i vintras blev lovade att vi skulle få en extra person, eh, bara för att belastningen har ökat här, vi har fått fler listade patienter och så. Så vi behövde en extra sköterska heltid och det har vi inte heller fått, så egentligen är vi ju tre personer back, för tillfället. /.../ Det är också jättefrustrerande, och känns ja, det känns inte alls bra, så att eh, det skapar en oro inför sommaren, hur det ska gå, hur vi ska klara av det [skratt], om alla ska ha semestrar och så.

Vårdcentralen är under längre perioder av året under tunga arbetsbördor och detta försvåras av personalbrist. Ett underliggande problem blir då att slussa vidare patienter till läkare, eftersom det saknas läkartider. I sin tur leder detta till irritation under drop in-mottagningen, då patienterna visar och uttrycker sin frustration i första hand mot de som de möter först, det vill säga sjuksköterskorna. Flera av sjuksköterskorna nämner patienternas vilja av att i sin första kontakt med vården träffa en läkare, men alltid hänvisas till sjuksköterska först. Eventuellt är läkaren och de befogenheter som kommer med den rollen så cementerade att patienterna inte ifrågasätter deras kunskap, medan sjuksköterskans roll inte har en lika självklar innebörd. Ett par av sjuksköterskorna menar att patienternas vilja av att träffa en läkare och inte en sjuksköterska visar på en dålig förståelse hos patienterna av hur det svenska sjukvårdssystemet fungerar. Anledningar till detta kan exempelvis vara modernisering av systemet och kulturella skillnader, då patienterna har olika förväntningar när de kommer till vårdcentralen. En av sjuksköterskorna uttryckte sina tankar kring detta såhär:

Nä, men vi kan säga såhär att vi har väldigt många olika kulturer här på X [vårdcentralens namn], eh, många som kommer från en annan, har en annan uppväxt, kultur, har en annan uppfattning om sjuksköterskor. I deras hemländer finns inte sjuksköterskeutbildningen på samma vis utan de, de är liksom, kanske, receptionister. /.../ Ja, de har ingen kunskap på det

viset och därför så tänker de att det är samma sak här, och vill kanske inte ta det där egenvårdsrådet eller tro att vi har någon kunskap eller så, för i deras hemland är det läkare, läkare, det är de som gör bedömningen och de skriver gärna ut antibiotika för det lilla minsta. Och det har även läkarna här också uppfattat. /.../ Så det måste man ju vara lite stark och försöka ändra på. Försöka informera om vår utbildning kanske, och att man kan göra jättemycket själv.

Ur detta citat framgår även hur sjuksköterskornas kompetens att bedöma hälsotillstånd ifrågasätts av patienterna. Detta märks även bland patienter av svenskt ursprung, som förtydligas av en annan sjuksköterska:

Men kommer de från ett annat land där man inte har den här sjukvårdsformen som vi har, då är det inte heller så lätt att veta hur vårt system fungerar. Och där möter man också på kollisionskurs, att de tycker att man bara kan gå in till doktorn och knacka på dörren och så får man hjälp, men så funkar det inte. Och där kan vi ju märka att de har svårt att förstå. Dels att vi har mycket att man inte bara kan ta dem när de kommer, det är svenskar också, så det är inte så, men vi svenskar är ju uppväxta i det här systemet ändå, va.

Att läkarna därmed är den mest eftertraktade resursen på vårdcentralen är väldigt tydligt och återkommande i intervjuerna, trots att sjuksköterskornas kompetens ofta är tillräcklig för att göra en första bedömning av patientens tillstånd. Först efter bedömningen tas beslutet om patienten kan följa de egenvårdsråd som finns eller är i behov av att träffa en läkare för vidare vård. På grund av att det inte alltid finns tillräckligt många läkartider för att täcka upp för antalet patienter prioriteras de fall som anses mest akuta. Detta gör att vissa patienter ombeds återkomma följande dag, om det inte finns tid för dem. Trots detta kräver många patienter hjälp omgående. De vill inte alltid lyssna till sjuksköterskornas råd utan vill ha en läkares utlåtande istället. Då dessa problem uppkommer dagligen ställs sjuksköterskorna ofta inför behovet att kontrollera sina känslor. Delvis använder de sig av deep acting men styrs även omedvetet av feeling rules. Utan feeling rules, hur de bör känna, hade de antagligen inte kunnat hantera patienterna på ett, enligt sjukvården, önskvärt sätt. Viss skillnad verkar det finnas i hur patienterna bemöter sjuksköterskorna i sådana här situationer, beroende på sjuksköterskornas ålder och vidareutbildning, såsom distriktsskötersketiteln. Ibland kan det inge mer förtroende och tillit hos patienten. Att ålder och titel kan påverka patienterna så pass mycket att samma råd plötsligt tas emot på allvar istället för att viftas bort är också en del av den roll som sjuksköterskorna agerar enligt. Att sjuksköterskan tillskrivs egenskaper som är

mer beroende av exempelvis ålder än faktisk kompetens är en del av vardagen som måste bearbetas. Då samspelar rollen enligt Goffman med Russell Hochschilds emotional labour. En av de äldre sjuksköterskorna i gruppen uttalar sig såhär:

Det har hänt att rätt så många gånger faktiskt att våra yngre sjuksköterskor, som då är hälften så gamla som jag är, att när de sitter på rådgivningen och säger en sak till en patient så köper de inte det, utan de vill träffa doktorn. Så går de [sjuksköterskorna] och säger till att "jag ska prata med distriktssköterskan" och så kommer jag då som är dubbelt så gammal och jag säger exakt samma sak och då köper de det.

5.1.3 Att inte bli påverkad

Att inte låta sig påverkas av patienternas beteende blir en stor del av det känslomässiga arbetet för sjuksköterskorna, eftersom de stöter på det dagligen och det är ett resultat av det system som vårdcentralen har. Vi uppfattar inte att sjuksköterskorna blir särskilt berörda av just det här beteendet och reaktionerna hos patienterna. Det är en del av yrket som sjuksköterska att möta olika typer av människor. Att bemöta dem alla på samma goda vis är en stor del av arbetet som blir tydlig redan under utbildningen och är en självklar del genom hela arbetslivet. Flera av dem resonerar kring detta med inställningen att det är något som hör till yrket och att det inte rör dem personligen. De inser att hur patienterna uttrycker och betar sig är ett resultat av patienternas situation. Tre olika sjuksköterskor resonerar såhär på ämnet:

Sen får man ju inte glömma, det är ju sjuka personer man pratar med, som inte mår bra och som är rätt så lättretade, alltså, det förstår man ju också, att de blir lite irriterade ibland.

Och de flesta säger ju att "ja, jag förstår att ni har mycket att göra", det är ju många som säger så också, men rätt ofta får man ju det här att "ni har väl haft kaffepaus" eller så.

Nej, jag tror väl kanske ändå att de flesta förstår att vi har mycket att göra. Det tror jag väl ändå att de gör. Sedan är det väl det här när deras frustration kommer in, och sitta och vänta och sådär, att de blir irriterade, det förstår man ju.

Det ovannämnda är alla delar som inverkar på patientkontakten och sjuksköterskornas vardag. Det här kan ses som en omedveten bearbetning av emotional labour. Sjuksköterskorna vet om vad som krävs av dem men genom att inte påminna sig själva om det konstant besparar de sig energin det skulle ta att processera det.

Kärnan till de grundläggande problemen verkar vara den höga belastningen, inte patienternas beteende. I jämförelse med antalet sjuksköterskor är patienterna alldeles för många för att hinnas med. Detta resulterar dagligen i situationer som framkallar stress hos sjuksköterskorna, exempelvis av alltför många patienter under drop in-mottagningen, brist på tid att göra de nödvändiga dokumentationerna samt bortfall av lunchraster och andra pauser. Detta diskuteras vidare i nästa avsnitt, 5.2 Hälsa.

5.2 Hälsa

Det här temat presenterar sjuksköterskornas hälsa, då det är grundläggande att känna till hur sjuksköterskorna mår innan det går att avgöra varför de mår som de gör. För att redovisa det relevanta materialet är avsnittet indelat i följande delar: sjuksköterskornas vardag, psykiskt och fysiskt välbefinnande, sjuksköterskerollen samt brist på kontroll.

5.2.1 Sjuksköterskornas vardag

Som tidigare nämnt anser sjuksköterskorna själva att de hela tiden arbetar under viss stress. Detta leder till att de i sitt dagliga arbete måste prioritera bort delar av sin arbetsbörda för att hinna med det absolut viktigaste under arbetsdagen, nämligen patienterna. Sådär beskriver en av sjuksköterskorna det:

Ja, alltså, eh, vårdcentralarbete är ju, man kan jämföra det med fabriksarbete, det handlar om produktion, ehm, dagens vård bedrivs i produktiv anda, så att säga. Man måste producera ett visst antal patienter eller patientkontakt eller ja, ah, så på så sätt kan man känna ibland att man inte har [suck] den tid som man skulle vilja lägga på patienterna och den tid som vi skulle behöva till att dokumentera. Ibland har jag, hoppar jag över lunchen. Ingenting som stör mig så, eftersom jag trivs med detta, men eh, visst, man känner ju att man måste producera.

För sjuksköterskorna blir det viktigt att kunna se förbi eventuellt otrevligt beteende från patienternas sida, för att kunna göra sina mest grundläggande arbetsuppgifter, att ta hand om patienterna. Det spelar ingen roll hur patienterna betar sig, de har alltid samma rätt att få vård och bli behandlade lika. Eftersom patienterna är grunden för sjukvården prioriteras de framför allt annat, inklusive sjuksköterskorna och deras egna behov under arbetstiden. Att sjuksköterskans arbete i hög grad är emotional labour blir tydligt under de här

förutsättningarna. I det dagliga arbetet anpassar sjuksköterskorna sina känslor och sitt känsloliv efter patienterna och vad som krävs av dem för tillfället. Ofta förkortas luncher och pauser måste hoppas över för att övriga sysslor ska hinnas med under arbetsdagen. Detta bekräftas genom en av sjuksköterskorna:

Förmiddagsfikan försöker vi hinna och alltid ta, vi har en kvart, om man inte är akutsköterska och det händer något så det kommer in någon, för då kan man ju inte gå ifrån utan kanske ta det en stund senare. Lunchen försöker vi också ta vår halvtimme, men det blir kanske 20 minuter ibland och ibland blir det inte det ens. Ibland kanske man kan ta 35 minuter, men det händer inte alltför sällan att man inte hinner, att ta full lunch. Sedan har vi en eftermiddagsfika kvart i tre eller halv tre, en kvart, och då kan jag nog tala för alla sköterskor att vi är väl den personalen som aldrig är där ute på den fikan. Vi hinner aldrig.

Sjuksköterskorna agerar enligt feeling rules, då de väljer att undvika de känslor som är mer personliga för att istället agera som det anses lämpligt i deras roll som sjuksköterska (Russell Hochschild, 2003:18). Då kan emotive dissonance uppkomma, att de privata känslorna krockar med de önskvärda professionella känslorna. För att bli av med motsättningen som uppstår krävs det av sjuksköterskan att hon antingen ignorerar sina personliga känslor eller omvandlar dem, så att de blir mer lika de professionella. (Russell Hochschild, 2003:90)

Genom intervjuerna med sjuksköterskorna framkommer att de inte upplever att de använder sig av deep acting eller upplever emotive dissonance. Vi tror dock att de är så vana vid sitt beteende i arbetet att de inte reflekterar över det ur sådana perspektiv. Vår uppfattning är att eftersom sjuksköterskorna hela tiden upplever liknande situationer med patienterna, att någon är otrevlig, irriterad eller stressad, får de en viss rutin i att snabbt gå in i deep acting och därför reflekterar de inte över det. Som Russell Hochschild nämner kan förändringen av känslolivet enligt en organisations önsknings i längden leda till att individen förändrar även sin personliga uppfattning om dessa känslor, och skapa nya föreställningar som inte är hennes egna (Russell Hochschild, 2003:33). Om sjuksköterskorna lät sig påverkas av varje patient och deras beteende hade de i längden antagligen blivit alltför psykiskt utmattade. Att anpassa sig efter denna emotive dissonance blir en lösning för att hantera sina känslor och bespara sig den psykiska utmattning som motarbetande av emotive dissonance hade resulterat i.

Att sjuksköterskorna inte direkt reflekterar över sitt beteende som anpassat eller förändrat beroende på hur patienterna beter sig går delvis i linje med Goffmans teori om rollagerande. Han menar att medaktörer, i vårt fall både kollegor och patienter, bör se framträdandet som genuint (Goffman, 2009:25-26). Vår uppfattning är dock att även sjuksköterskorna ser sina framträdanden som genuina och oförställda. De tänker sällan på att de befinner sig i en roll, förrän det är dags att gå ur den. Hur de uttrycker detta finns det en del skillnader i, då vissa menar att de alltid är sjuksköterskor till en viss del, att det är del i vem de är och att deras yrkes stolthet är viktig för dem. Andra menar snarare att när de lämnar arbetet är de någon annan, i den mening att sjuksköterskerollen närmast kan liknas vid en del av dem, men inte den de huvudsakligen är. Goffmans resonemang kring roller grundas i att varje individ har ett flertal olika roller, såsom sjuksköterskorna eventuellt skulle se sitt privata jag och sitt sjuksköterske-jag, men att de tillsammans skapar en social roll (Goffman, 2009:23). Oavsett om de alltid anser sig vara sjuksköterska till viss del, eller om de lämnar den rollen på arbetsplatsen, är det fortfarande en roll av flera i deras totala sociala roll.

I de fall där sjuksköterskan stöter på svårigheter i patientkontakten och tar avsteg från sitt genuina agerande kan agerandet för tillfället bli cyniskt. Det används då i första hand för att styra patienten och snabba på arbetet. Vi tror att detta eventuellt skulle kunna inträffa exempelvis om sjuksköterskan är stressad och möter motstånd hos någon av patienterna. Att då medvetet tvinga sig själv att vara trevlig för att få patienten att göra vad som krävs skulle kunna ses som cyniskt agerande, trots att det görs för patientens bästa.

5.2.2 Psykiskt och fysiskt välbefinnande

Att ofta arbeta under stress och inte ta nödvändiga pauser tror sjuksköterskorna inverkar på deras hälsa och välbefinnande. Under några intervjuer yttrades vikten av att inte uttrycka sin stress inför patienterna utan att försöka hantera de känslor som uppkommer under dagen mellan dessa möten. De känslor som inte hinner bearbetas på jobbet tas med hem och fortsätter att påverka sjuksköterskorna långt efter att den enskilda patienten har gått vidare i vårdkedjan. De obearbetade känslorna yttrar sig närmast som en slags psykisk trötthet, som påverkar det privata livet utanför vårdcentralen. En sjuksköterska uttryckte sig såhär:

Då mår man inte bra. Och det tar man med sig hem. Det gör jag faktiskt för att då orkar inte jag, man orkar inte snacka med någon, med de där hemma, man liksom är så tråkig. Och det påverkar mig mycket hemma, det gör det. Det ska jag säga.

Man orkar ju inte snacka med dem de där hemma och ringer telefonen, och då tänker man "bara det inte är till mig, för jag orkar inte snacka med någon". Och det är jättetråkigt.

Flera av sjuksköterskorna berättar även om fysiska resultat av stressen, såsom mag- och sömnproblem, och en ovilja att gå till jobbet de dagar som de vet kommer bli extra belastade. De nämner i intervjuerna inte bara sig själva utan att detta är ett genomgående problem i gruppen. Två av sjuksköterskorna uttryckte sig såhär:

Det är många som har uttryckt att man har haft fysiska, just det här att man är utmattad, man är trött, man sover dåligt och ont i magen och lite så.

Då kan det bero på att man har tittat hur tiderna [lediga tider på drop in-mottagning] ser ut, dagen innan, att det kanske inte är så många tider. Då vet man att konflikter kommer uppstå, det kan ju kännas jobbigt och man kan känna sig stressad av det ju.

5.2.3 Sjuksköterskerollen

Trots att vi får uppfattningen att sjuksköterskorna bär med sig mycket känslobearbetning hem, genom hur de talar om sin hälsa och hur den påverkar privatlivet, är flera av dem tydliga med att poängtera att de skiljer på sin roll som sjuksköterska och den som privatperson. Detta förtydligas i rent praktiska frågor som att undvika att på sin fritid ge råd till patienter som de möter utanför vårdcentralen men även att skilja på olika personlighetsdrag som förknippas med sjuksköterskerollen. När vi frågade hur de skiljde på sina olika roller uttryckte tre av sjuksköterskorna det såhär:

Som sjuksköterska måste man ju vara alltid väldigt noggrann och sådär och ansvarstagande och korrekt liksom och sådär, och det kanske jag inte alltid är privat liksom hela tiden, utan jag kan vara ganska sådär, eh, laidback, kanske. [skratt]

Nä, det kommer nog naturligt, tror jag. I början kändes det lite så, men nä, alltså, jag tycker det känns jättebra för det gör att man inte stressar när man kommer utanför här. Alltså, det gör ju så att jag lämnar det, och då är jag mig själv, då är jag någon annan, så skulle jag möta någon patient här utanför, så skulle jag bara, då skulle jag ju inte lagt mig i, om den skulle frågat någonting, då får jag hänvisa in. För då är ju inte jag, då är jag privat. Man har den skillnaden, och det är rätt så bra.

Amen, jobbet är jobbet, va, det är ju så. På jobbet är man ju här. Det här är mitt jobb, det här är inte mitt liv, det är mitt arbete. Fast det är ju ändå en del av mitt liv, men alltså, nä, hemma är jag inte sjuksköterska. /.../ Man kan inte jobba dygnet runt.

Vid direkt kontakt med patienter som ger upphov till exempelvis irritation, sorg, ledsamhet eller glädje väljer flera av sjuksköterskorna att försöka trycka undan känslorna i stunden, för att kunna koncentrera sig på arbetet och inte låta sig påverkas på ett personligt plan. Att alltid bemöta patienterna med ett lugn, att inte själv brusa upp, blir nödvändigt för att inte heller stressa patienterna. Även detta går helt i linje med Russell Hochschilds emotional labour och feeling rules. I vissa situationer är det dock inte lätt att dölja sina känslor. En av sjuksköterskorna uttrycker sig såhär:

Sedan att man försöker vara så korrekt som möjligt och ändå behålla sin professionalism, va, så att man inte faller till den nivån, så att säga, då de är i sin missbelåtenhet, så man försöker ändå. Sedan känns det inte kul. Det har hänt, jag tror de flesta av oss har blivit väldigt ledsna här och gått ut här efteråt. Där har vi det som är så bra med oss, att vi kan säga till kollegan att "jag pallar inte, jag måste få gå ut i två minuter och sätta mig" och då gör man det.

5.2.4 Brist på kontroll

Hur patienterna betar sig är bara en av flera faktorer som spelar in i sjuksköterskornas vardag. Vid intervjuerna kommer det upp att en annan faktor som till stor del påverkar välbefinnandet är bristen på kontroll, dels över hur många patienter de ska träffa under dagen, dels vilka resurser de har att arbeta med. Att vissa dagar blir betydligt stressigare än andra kan bero på vilken tillströmning det är under drop in-mottagningen, hur sjuka patienterna är och vilken tillgång det finns på läkartider. För sjuksköterskorna, som inte kan påverka någon av dessa faktorer, blir vardagen osäker och föränderlig. Två av sjuksköterskorna uttrycker sig om detta på följande vis:

Ehm, [lång paus], det är ju väldigt, väldigt stressigt, vårt jobb och rätt så rörigt, man har inte riktigt kontroll över sin arbetsdag och så, att man har lite det här att man undrar hur dagen ska bli idag.

Det som är stressigt egentligen, kan jag tycka, det är när man har drop in, till exempel, när man inte har någon kontroll, på hur många som kommer och även den här positionen när vi

sitter som rådgivande sjuksköterska. När de bara liksom, när, när, nummerlapparna, bara, eh, alltså när man bara ser att det ökar liksom, i kön och sådär. När man inte har någon, när det inte är inbokade besök. Så det skulle jag väl kunna säga, är egentligen den nyckeln där, liksom, till stressen, det är att man får fler inbokade besök istället för det flödet som man inte har någon kontroll över. /.../ Det okontrollerade, känner, alltså för min egen del, det är det som gör att jag blir stressad.

5.3 Ledningens arbete

Förutom patienterna har få personer så stor påverkan på sjuksköterskornas arbete som verksamhetschefen har. I det tredje temat presenteras därför den del av verksamhetschefens arbete som sjuksköterskorna ser direkta konsekvenser av. Materialet är indelat i följande avsnitt: verksamhetschefens arbete, uppmuntran och stöd, och utbildning.

5.3.1 Verksamhetschefens arbete

Genom vårt intervjumaterial får vi uppfattningen att sjuksköterskorna generellt trivs bra med sitt arbete på vårdcentralen. Detta, menar de, beror till stor del på verksamhetschefens arbete men även den goda sammanhållningen inom personalstyrkan. Då verksamhetschefens beslut har stor inverkan på sjuksköterskornas vardag valde vi att intressera oss för hur sjuksköterskorna resonerar angående detta. Merparten av sjuksköterskorna menade att de kunde vända sig till verksamhetschefen vid eventuella frågor eller problem, samt att de upplevde att de fick respons för sina bekymmer. Även att verksamhetschefen själv valde att kontakta sjuksköterskorna när det uppkom förändringar, såsom skiftningar i personalstyrkan, för att diskutera deras hälsa och välbefinnande kom upp. Sjuksköterskorna verkar uppleva att de är hörda och sedda men har svag uppfattning om vad som händer med deras åsikter efter att de har fått uttrycka dem. Tre stycken valde att formulera det såhär:

Hon tar det ansvaret, att hon då känner av sin personal. Det tycker jag, heder åt henne. Men ja, sedan vet jag liksom inte hur pass hon lyssnar ändå, va. Hur mycket som händer av det som hon sagt, det vågar jag inte säga för vi är inte där än, va. /.../ Hon är jättetrevlig och jättego och mån om oss på alla sätt och vis. Men, eh, visst, hon lyssnar, men sedan vet man inte alltid vad det leder till, så kanske jag ska säga istället, att hon lyssnar väl på oss men sedan har ju hon sina begränsningar också. För vad hon kan eller vad hon får.

Alltså, man blir ju lyssnad på och sen är det ju inte alltid att, sen glöms det kanske bort igen liksom sådär men jag vet att jag kan gå till min chef till exempel och så, prata om vad som helst liksom. Men eh [paus], sen är det ju inte alltid att det görs någonting åt det [skratt].

Ja, alltså, jag känner alltid att jag kan gå om det är någonting, och säga till chefen och då får jag en god respons.

Det är relevant att överväga hur sjuksköterskorna kan vara påverkade när de diskuterar sin verksamhetschef, eftersom hon har möjlighet att läsa den färdigställda rapporten. Trots att sjuksköterskorna inte kan identifieras är det möjligt att de känner sig tvingade att framföra en viss typ av åsikter. Vår uppfattning är dock att deras svar är genuina och ärliga, speciellt eftersom de inte är genomgående positiva utan visar på viss reflektion inför verksamhetschefens arbete. Då verksamhetschefen inte är lika delaktig i sjuksköterskegruppen som sjuksköterskorna kan gruppen i linje med Goffman definieras som ett team. Verksamhetschefen blir då en fristående aktör som samspelar med teamet. Detta påverkar dynamiken i samspelet, då teamet eventuellt har en starkare sammanhållning inåt än till verksamhetschefen. Hur detta påverkar vårt intervjumaterial går inte att fastställa säkert men vi tror att teamet är mer måna om att framställa gruppen i god dager än andra delar av vårdcentralen. Detta skulle exempelvis kunna bero på att individen vill se sig själv tillhöra en grupp som är välfungerande och framgångsrik.

Oavsett vilka intentioner verksamhetschefen har i sina samtal med sjuksköterskorna upplever de dem som stödjande och hjälpande. Detta får en positiv verkan och bidrar till en god arbetsmiljö. Verksamhetschefen har exempelvis vänt sig till sjuksköterskorna för att diskutera personalbristen och hur den upplevs ur deras perspektiv samt hur den påverkar deras vardag. En av sjuksköterskorna reflekterade över det såhär:

Mm, för där är hon lyhörd, chefen. För det har hon frågat då när vi hade det som värst i julas för det var jättetufft. Då erbjöd hon att ordna hit någon till oss. Så på så vis är hon, hon är mån om oss. Verkligen, det måste jag säga att där ställer hon upp till tusen. Och hon månar om oss på andra sätt också, på olika sätt visar sin uppskattning till oss.

Redan nu har åtgärder vidtagits för att fylla de positioner som för tillfället är lediga och ny personal är på väg in. Under tiden diskuteras det även om personalstyrkan eventuellt ska utökas för att i framtiden undvika problem relaterade till brist på personal. Detta till trots

verkar inte sjuksköterskorna ha uppfattningen att deras arbetsbörda skulle lätta vid eventuellt utökning av personal. En av sjuksköterskorna har snarare uppfattningen att det skulle medföra ett ökat klientel eftersom fler patienter skulle kunna vara listade vid vårdcentralen:

Det hade kanske varit lite lättare men då hade man bara ökat tillgängligheten så då hade vi säkert fått ännu fler patienter kanske, va. Så det hade varit, antagligen, det vet jag ju inte, men då hade vi kanske haft samma. Den här vårdcentralen ligger ju så tillgänglig, det ligger ju lite centralt, eller mycket centralt, många kommer ju hit och sedan just det här att vi har jourcentralen gör ju att många tror ju att vi är jourcentral på dagarna och då kommer de hit också, va. Så vi har ju en tung belastning och hade vi då varit fler hade vi kunnat ta emot fler och då hade vi ändå bara byggt på det, va. Ja, jag vet ju inte, men jag tror att det hade blivit så.

5.3.2 Uppmuntran och stöd

Sjuksköterskorna har alltid tillgång till psykolog och kurator för att kunna diskutera sin arbetsmiljö och de svårigheter som kan uppkomma. Förutom detta tillkommer även företagshälsovården. En av sjuksköterskorna berättade om att personalen på vårdcentralen hade blivit erbjuden stresshantering från en utomstående konsult som ett direkt resultat av verksamhetschefens omtänksamhet vid en ovanligt stressig period. Även i det dagliga arbetet får sjuksköterskorna små uppmuntrningar i form av presenter. En av sjuksköterskorna berättade detta:

Ja, som i påskas när vi kom ut i fikarummet låg där en hel hög med 75 påskägg till oss. Alltså, det är smågrejer men hon visar ändå och en dag fick vi kokböcker allihopa, för hon tyckte vi skulle ha lite kokböcker. Lite trisslotter och sådant. Alltså hon, det är hennes sätt för hon kan ju inte gå runt till allihopa för det är en stor verksamhet, hon är chef för de som är här på kvällarna, eller helger, också. Så att, men det är hennes sätt att ändå visa att hon uppskattar oss och sådant.

Sjuksköterskorna lägger även stor vikt i att de hittar mycket stöd och hjälp hos varandra, trots att arbetet ofta är under eget ansvar. Vid eventuella problem finns sjuksköterskegruppen alltid till hands, för att komma med goda råd eller åsikter till olika patientrelaterade problem, byta av till pauser eller vara ett emotionellt stöd. Tre av sjuksköterskorna resonerade såhär om detta:

Jag vet inte om det är något i sjuksköterskeyrket, alltså att man har den genen på något vis, för det kvittar var man har jobbat, för jag har jobbat på rätt så många ställen, /.../ Man ser att det är rätt så generellt just i systergrupperna att man är lite sådär, stöttar upp och fixar lite där och så. Speciellt känner jag det här också att det är just för att underlätta för patienterna, men även för oss såklart, va./.../ Ja, jag vet inte om man har det liksom i sig. Men sedan kan man ju vara så ändå va, men jag har märkt det på många arbetsplatser att man är väldigt så följsam och flexibel.

Så att man pratas vid på morgonen, vem som ska göra vad, om man behöver någon uppbackning, alltså på det sättet så är vi ju. Och alla är jätteduktiga och kompetenta.

Sedan är vi ju, vi har varit en jättebra sjuksköterskegrupp, men vi är en, alltså, gemenskapen är en jättebra sjuksköterskegrupp för att vi hjälper varandra mycket. Så ser man att någon är lite tyngd och belastad, så försöker man lasta av lite för den och så. Men har då alla mycket, då är det svårt.

Det praktiska arbetet i sjuksköterskegruppen ger sjuksköterskorna möjlighet att innan patienterna anländer förbereda sig och planera sitt arbete gemensamt, som ett team. Innan arbetsdagen börjar bestäms vem som gör vad under dagen, när det ska bytas av till lunch och pauser samt var de vänder sig om något problem uppkommer under dagen. Detta är ett typiskt exempel på Goffmans bakre region och hur den kan stärka gruppen (Goffman, 2009:75, 97, 101-102).

5.3.3 Utbildning

Vi tror att då sjuksköterskorna tar hjälp av varandra kan de direkt bidra till bättre vård för patienterna, då fler infallsvinklar kan leda till klokare beslut, men även genom att sjuksköterskorna mår bättre och har möjlighet att göra en bättre insats. Förutom det informella stödet inom gruppen har flera av sjuksköterskorna dessutom fått möjlighet till att vidareutbilda sig. Detta uppfattar vi skapar tilltro till vårdcentralen som arbetsgivare och gör sjuksköterskorna starkare i sin yrkesroll. Genom sina nya kunskaper har de sedan möjlighet att ha egna mottagningar då de enbart träffar patienter efter tidsbokning och får möjlighet att skapa mer omfattande struktur i sin vardag. Tids- och personalbrist blir dock ett hinder och något av det första som bortprioriteras är de egna mottagningarna. Två av sjuksköterskorna uttryckte följande åsikter under sina intervjuer:

Ja, det är ju att man tar på sig rätt så mycket saker här, man är tvungen att göra det, för att vi är så få. Eh, som till exempel, jag har flera områden som jag har tagit på mig, för att jag är intresserad, jag tycker det är roligt, men när jag väl sa ja till det, så tänkte jag kanske inte på att jag kommer inte få så mycket tid till det här, som jag behöver. /.../ Så då blir det liksom, nu blir det liggande på is, de här mottagningarna, för vi vet ju inte, alltså, vi får inte in folk förrän i mitten av semestern.

Det var ju, alltså, högskoleutbildning som jag skulle, alltså, jag gick ju den för att jag var intresserad av att ha mottagning, så det känns ju lite dumt att inte ha det liksom, när man har gått en utbildning. Eh, som jag har fått betalt för att gå. Så att eh, nä, det hade ju varit en, det är en punkt som jag känner att, känns lite tråkigt. Och det är också på grund av personalbyte och tidsbrist.

Att sjuksköterskorna har möjlighet till vidareutbildning ser majoriteten av intervjupersonerna som positivt men då mottagningarna läggs på is och det inte finns möjlighet att varken träffa patienter eller applicera de nya kunskaperna skapas frustration bland personalen. I vissa utbildningar krävs även viss patientkontakt för att de ska kunna fullföljas men då mottagningarna är tillfälligt bortprioriterade skapas en ond cirkel. Eftersom utbildningen inte är avslutad prioriteras inte heller mottagningen, vilket leder tillbaka till att utbildningen inte prioriteras. En specifik utbildning som sjuksköterskorna ska gå för att underlätta patientbemötandet är MI, motiverade samtal. En av sjuksköterskorna berättade om detta:

Vi har en MI-utbildning, motiverande samtal. Som alla ska få gå, jag har inte gått den än, men jag är anmäld till den. Hur man, alltså, hur man då ska prata med patienterna, utifrån den här tekniken. Och den är ju jättebra. Så jag tror det underlättar mycket. Och sen har vi haft någon kurs i bemötande också.

Bemötandet mot patienterna uppmärksammas på det här viset, genom utbildningar som främjar just detta. Flera av sjuksköterskorna pratar om att de här tankarna är genomgående i organisationen och är direktiv som kommer från högre instanser. Detta tyder på ett generellt intresse och förståelse för hur bemötandet inom vården påverkar både patienter och sjukvårdspersonal. Om sjuksköterskorna genom utbildning får bättre verktyg för en smidigare kommunikation, underlättar detta både ur ett kort- och långsiktigt perspektiv i deras möte med patienterna.

6. Diskussion och slutsatser

I det sista kapitlet av vår uppsats återvänder vi till de inledande frågeställningarna och besvarar dem. Vi kommer även att diskutera andra intressanta aspekter som har uppkommit under arbetets gång och som vi finner relevanta att dela med oss av. Avslutningsvis har vi valt att spekulera i ämnen som hade varit intressanta att fördjupa sig i ytterligare.

6.1 Hur upplever sjuksköterskorna att patienterna bemöter dem?

Genom våra intervjuer har vi kommit fram till att patienterna inte alltid bemöter sjuksköterskorna på ett trevligt sätt, men att detta för det mesta är ett resultat av vårdcentralens rutiner och dess begränsningar av sjuksköterskornas möjligheter. Om patienterna hade haft lättare till information och större förståelse för sjuksköterskornas arbetssituation hade de antagligen inte behövt uttrycka samma typ av känslor som de gör idag. Trots att sjukvårdssystemet är tillgängligt för alla betyder det inte att alla förstår hur det fungerar, då bland annat kulturella skillnader, irritationen som kan uppstå vid sjukdom och stress hos patienterna kan försvåra kommunikationen.

Att vårdcentralen dessutom lider av brist på personal försvårar dessa problem ytterligare och sjuksköterskornas arbetsbörda växer. Den stress som vi ser erkänner de bara delvis, vilket vi anser vara ett resultat av emotional labour och hur det drabbar individen. Då sjuksköterskorna dagligen tvingas möta människor som bemöter dem på ett negativt sätt blir det en lösning att försöka skjuta undan detta och fokusera på sitt arbete. Vi tror att sjuksköterskorna genom sin utbildning är så vana vid tanken på att möta människor som inte mår bra och i första hand fokusera på att hjälpa dem, att de bortprioriterar sig själva. Genom att använda sig av deep acting underlättar sjuksköterskorna sitt eget arbete. Hade de under dessa dagliga påfrestningar istället valt att bli irriterade tror inte vi att de hade stannat i yrket särskilt länge, då det antagligen hade varit mycket mer psykiskt krävande. Visserligen påverkar även deep acting individen i längden men så länge sjuksköterskorna självmant agerar trevligt och tillmötesgående även mot otrevliga och irriterade patienter blir deras egen arbetssituation lättare att hantera.

Slutligen kan vi alltså besvara vår fråga med att patienterna ofta bemöter sjuksköterskorna med frustration, ilska och oförståelse. Sjuksköterskorna själva anser dock att detta inte är riktat mot dem personligen och försöker därmed undvika att ta åt sig.

6.2 På vilket sätt anser sjuksköterskorna att deras arbete påverkar deras välbefinnande?

För att överhuvudtaget kunnat besvara den här frågan anser vi det viktigt att förstå att patienterna är sjuksköterskornas arbete. Utan patienter finns inte heller behovet av sjuksköterskor. Grunden till allt arbete på vårdcentralen kommer med patienterna, då även det arbetet som inte direkt inkluderar patientkontakt, på något vis är knutet till dem. Sjuksköterskorna uttrycker övergripande en vilja av att hjälpa patienterna och ge dem den bästa möjliga vården.

Trots att sjuksköterskorna själva menar att de för det mesta mår bra och trivs på sitt arbete ser vi även en tendens till att deras arbete påverkar deras välbefinnande negativt. Samtliga anser att de är stressade på jobbet, att de konstant måste prioritera bort delar av sin arbetsbörda, att de missar delar av lunch och pauser för att hinna med samt att detta ger fysiska men, såsom huvudvärk, magkatarr och sömnproblem. Vidare berättar flera om hur de efter jobbet är psykiskt utmattade och inte orkar umgås med familj och vänner. Det ska dock inte förminskas att de även har vissa dagar då de mår bättre av att gå till jobbet och kan njuta av en stark yrkesstolthet. I arbetet med kollegorna och övrig personal känner de även stor glädje och verkar ha en trivsamt arbetsmiljö.

Genom att dagligen arbeta med emotional labour, som sjuksköterskorna gör, menar vi att de sliter ur sig själva. Då de eventuellt ersätter sina ursprungliga tankar om de känslor som de använder i arbetet, med de som är önskvärda inom sjukvården, förändrar de också sig själva. Detta behöver inte nödvändigtvis vara något negativt utan skulle även kunna bidra till att sjuksköterskorna blir bättre vårdgivare, då de dagligen arbetar med att kontrollera och framhäva olika känslor. Möjligtvis är sjuksköterskorna så vana vid att skilja på sina roller att de inte upplever emotive dissonance, trots att de beter sig olika beroende om de är på jobbet eller ej.

För att slutligen besvara frågan är vår uppfattning att sjuksköterskornas arbete påverkar deras välbefinnande, ur både ett negativt och positivt perspektiv. Den negativa inverkan är dock inte så stor att de inte trivs med sitt arbete.

6.3 Vad gör ledningen för att underlätta för sjuksköterskorna i deras vardag?

Den för sjuksköterskorna närmaste chefen är vårdcentralens verksamhetschef och det är till henne de vänder sig vid eventuella problem. Sjuksköterskorna uttrycker en tilltro till henne och det jobb hon gör men inser samtidigt att det finns begränsningar även i hennes handlingsutrymme.

Det stöd som sjuksköterskorna kan hämta hos sin verksamhetschef tror vi är viktigt för deras arbetsinsats och välbefinnande. Genom att veta att de har någon att vända sig till, som är en stabil punkt i tillvaron och kan hjälpa till att lösa eventuella problem skapas en säkerhet i arbetsmiljön. Vår uppfattning är att detta bidrar till att personalen trivs bättre och på sikt även gör en bättre insats.

Den uppmuntran som sjuksköterskorna får, och som vi menar underlättar i deras vardag, är exempelvis uttryckt genom presenter, samtal och möjlighet till vidareutbildning. Att sjuksköterskorna dessutom upplever att de kan komma till henne med frågor och få hjälp med de tankar de bär på gör att de inte känner sig utelämnade på sin arbetsplats utan finner stöd hos verksamhetschefen och övrig personal.

6.4 Reflektion och utveckling av studien

Under arbetets gång, och huvudsakligen under arbetet med analysen, har vi reflekterat över vårt val av teorier. Inledningsvis var vår uppfattning att Russell Hochschilds arbete bland flygvärdinnor var applicerbart på vilket annat serviceyrke som helst men vi har under arbetets gång mer och mer lagt märke till de skillnader som också finns. Mycket skiljer flygvärdinnor och sjuksköterskor åt; i vilka sammanhang de möter sina kunder och patienter, vilken uppfattning allmänheten har om de olika yrkesgrupperna och hur de har förändrats de senaste 50-60 åren samt att flygvärdinnorna är anställda i företag med vinstsyfte och sjuksköterskorna ofta inte är det. Värt att återigen nämna är även att studien om flygvärdinnorna genomfördes under 80-talet och att samma studie idag kanske hade gett ett annat resultat. Detta påverkar i sin tur hur väl Russell Hochschilds teori går att applicera på vårt empiriska material. Vi anser fortfarande att det är en lämplig teori att utgå ifrån men har valt att lägga tyngden i de begrepp som genom Russell Hochschild introducerades, i första hand emotional labour och feeling rules, och inte i de för flygvärdinnorna typiska exempel som är genomgående i studien. Även

vårt arbete med Goffmans teorier är begränsat till att använda hans begrepp men undvika att fokusera för mycket på hans egna exempel och scenarier.

Om vi skulle utveckla vår studie hade det varit intressant att följa upp på och fördjupa sig i flera olika delar. Då Russell Hochschild spenderade mycket tid av sin studie i att följa flygvärdinnor under deras utbildning och träning tror vi även att det hade varit av intresse att få en bättre inblick i sjuksköterskornas utbildning. Vilken inställning finns det där till patienter och bemötande? På vilket sätt förbereds sjuksköterskorna inför vad de dagligen kommer utsättas för i arbetslivet? Att även genomföra samma studie men med en större mängd material hade naturligtvis också varit väldigt spännande, kanske genom att jämföra hur sjuksköterskorna på olika vårdcentraler uppfattar sin arbetsmiljö och hur den inverkar på deras välbefinnande.

7. Källförteckning

Tryckta källor:

Aspers, Patrik (2007), *Etnografiska metoder: att förstå och förklara samtiden*, Malmö, Liber.

Denscombe, Martyn (2000), *Forskningshandboken – för småskaliga projekt inom samhällsvetenskaperna*, Lund, Studentlitteratur.

Eile, Ingemar (1997), *Det goda arbetet – den goda stressen: Bok i arbetsmiljökunskap*, Lund, Studentlitteratur.

Goffman, Erving (2009), *Jaget och Maskerna – en studie i vardagslivets dramatik*, Stockholm, Norstedts.

Kvale, Steinar; Brinkmann, Svend (2009), *Den kvalitativa forskningsintervjun*, Lund, Studentlitteratur.

Lennerlöf, Lennart (1981), *Arbetsmiljön ur psykologisk och sociologisk synvinkel*, Stockholm, Liber.

Ohlson, Liselotte (2008), *Hälsopedagogik*, Stockholm, Liber.

Russell Hochschild, Arlie (2003), *The Managed Heart: commercialization of human feeling: twentieth anniversary edition with a new afterword*, Berkeley, University of California Press.

Vetenskapsrådet (2011), *Forskningssetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad från www.vr.se, 2011-05-09.

Wadell, Birgitta; Larsson, Bertil (1988), *Arbetsmiljö: En dold resurs*, Stockholm, Studentlitteratur.

Yin, Robert K (2007), *Fallstudier: design och genomförande*, Malmö, Liber.

Studentuppsatser:

Ellingsson, Elin (2010), Upplevelsen av en god arbetstrivsel, en ”effektivisering” där alla är vinnare - En kvalitativ studie om psykosocial arbetsmiljö och arbetstrivsel i en kundtjänstmiljö, Luleå Tekniska Universitet.

Jonsson, Sofia (2010), Hotellreceptionisters känslorarbete – Hur hanteras servicerollen i interaktionen med gäster och medarbetare?, Stockholms Universitet.

Kostov, Milica; Werneback, Lotta (2010), Sjuksköterskors arbetsförhållanden - En kvantitativ studie gjort på ett sjukhus i södra Sverige..., Högskolan i Halmstad.

8. Bilagor

8.1 Intervjuguide 1, inledande intervju

Inledande berättar vi om upplägget på intervjun och hur lång tid vi har beräknat att det ska ta. Först får de den grundläggande informationen om anonymitet, att vi vill spela in men kommer förstöra allt material efter att rapporten är klar och att de har rätt att avbryta intervjun när som helst. Efter det ställer vi våra frågor och sedan får de möjlighet att lägga till, eller ställa frågor till oss. Slutligen berättar vi om syftet för rapporten.

1. Presentation och syfte

- Vi är studenter vid Lunds Universitet och läser på personal- och arbetslivsprogrammet. Nu är vi på vår sista termin och ska skriva vår c-uppsats, och det är till denna som vi nu samlar in material genom intervjuer.
- Vi är intresserade av din personliga upplevelse av patientkontakt och ditt välbefinnande på arbetsplatsen.

2. Roll

- Hur länge har du jobbat här?
- Vilken typ av uppgifter har du/har du haft?
- Vilken typ av patientkontakt har du idag?
- Kan du beskriva vilken roll du har som sjuksköterska?

3. Patientkontakt

- Vad brukar du tänka på när du bemöter nya patienter?
- Jobbar ni aktivt personal emellan för att underlätta mötet? Finns det bemötanderiktlinjer att följa?
- Hur upplever du att bemötandet mottags av patienterna? Utveckla, ge exempel.
- Vad händer om det uppkommer konflikter (Mellan patient och vårdgivare)?
- Vilken är den i största utsträckning bakomliggande anledningen till konflikter (mellan patient och vårdgivare)? Utveckla! (Kan det vara kommunikation? Stress? Tidsbrist? Är patienten mottaglig för information?)

4. Hälsa, välbefinnande

- Ser du fram emot att gå till jobbet? Varför? Exempel? Är det någon dag som det är lättare/svårare?
- Upplever du att du tar med jobbet hem? På vilket sätt?
- Upplever du att du har olika roller, beroende på om du är på jobbet eller som privatperson? Hur påverkar det dig?
- Om ja, skiljer du medvetet på dessa två roller?
- Tänker du ofta på enskilda patienter när du inte befinner dig på jobbet?
- Vilken typ av känslor känner du då? Sorg? Glädje? Maktlöshet? Frustration/Ilska?
- Hur hanterar du de känslorna? (Även på arbetsplatsen)
- Till hur stor del tror du att ditt arbete påverkar din psykiska hälsa?
- Hur upplever du din psykiska hälsa?
- Upplever du att din psykiska hälsa påverkar din fysiska hälsa? (Huvudvärk, illamående, ont i magen, blir peppad av jobbet, känner sig fysisk stark)

5. Ledningen, förebyggande åtgärder

- Hur tror du att arbetsmiljön för personalen på en vårdcentral skiljer sig från övriga sjukvårdsenheter? (Fokus på tidsperspektiv, skillnad i snabba möten/långvård)
- Har ledningen gjort något för att underlätta patientkontakten?
- Känner du dig sedd och hörd? (Av ledning och kollegor)
- Får du hjälp från ledning och chefer om det skulle behövas? Finns det stöd för individen?

6. Avslutning

- Har du något du vill tillägga?
- Om vi behöver göra uppföljning på den här intervjun, får vi kontakta dig då? (Via mail eller telefon)
- Vill du läsa rapporten när den är klar? (Skickas via mail)

8.2 Intervjuguide 2, uppföljande intervju

Vi förklarar inledningsvis att förutsättningarna för den här intervjun är samma som tidigare, de är fortfarande anonyma, vi kommer förstöra allt material efter att uppsatsen är klar och att vi vill spela in intervjun, om de lämnar sitt medgivande.

1. Är det något du har tänkt på efter vår senaste intervju? Var det någon fråga eller tema som fastnade hos dig?

2. Vi får uppfattningen att ni generellt verkar trivas bra här, men ett tema som vi har upptäckt är att tidsbrist och stress är återkommande. Skulle du vilja berätta för mig om hur du upplever tidsbristen?

- Beskriv en dag, vad ska du hinna med? Var gärna detaljerad.

- Vad får stryka på foten, vad hinns inte med, vad prioriterar du? Vad måste hinnas med?

3. Hur tror du att sjuksköterskans arbete uppfattas av utomstående? Om vi skulle fråga någon som inte känner någon sjuksköterska, hur tror du att de skulle beskriva din arbetssituation?

4. Genom de tidigare intervjuerna har vi fått uppfattningen att många patienter helst vill träffa en läkare och kanske inte alltid tycker att sjuksköterskorna är tillräckliga. Vad tror du om det?

- Hur får det dig att känna?

- Hur upplever du att din relation till läkarna på vårdcentralen ser ut? Hur blir du behandlad av dem?

5. Vad vi har lagt märke till i de tidigare intervjuerna är att konflikter mellan patient och vårdgivare ofta uppstår på grund av brister i kommunikationen. Finns det några andra svårigheter som dagligen eller ofta uppstår?

- Om du reflekterar över din arbetssituation, vad är det mest förekommande då?

- Hur stor del har patienten i det?

6. Vi får uppfattningen att ni som sjuksköterskor har ett stort ansvar i ert yrke. Hur resonerar du kring det?

7. Har du något som du vill tillägga? Annars tackar vi än en gång för hjälpen, och för din insats.