



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Erfarenheten som trygghet

Hur sjuksköterskor inom onkologisk slutenvård upplever sin arbetssituation.

Författare: Petronella Lannerheim Saure

Handledare: Ingrid Bolmsjö

Magisteruppsats

Hösten 2016

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Erfarenheten som trygghet

Hur sjuksköterskor inom onkologisk slutenvård upplever sin arbetssituation.

Författare: Petronella Lannerheim Saure

Handledare: Ingrid Bolmsjö

Magisteruppsats

Hösten 2016

Abstrakt

Studier visar att sjuksköterskor som arbetar inom onkologisk slutenvård har en stressande arbetssituation framför allt till följd av svårt sjuka patienter och organisatoriska faktorer. På grund av stress upplever sjuksköterskorna bland annat känslomässig utmattning, utbrändhet och förändrad personlighet. *Syftet* med denna studie var att undersöka hur sjuksköterskor inom onkologisk slutenvården upplever sin arbetssituation. *Metoden* som använts är en induktiv kvalitativ intervjustudie och materialet är analyserat med en innehållsanalys. *Resultatet* visar att sjuksköterskor inom onkologisk slutenvård inte upplever det som betungande att arbeta med svårt sjuka patienter. Erfarenheten och mötet med människan gör att sjuksköterskorna upplever sitt arbete givande och roligt. De finner dock organisatoriska faktorer som administrativa moment, oerfarna läkare och brist på vårdplatser som frustrerande. Resultatet har diskuterats utifrån Berger och Luckmanns kunskaps sociologi och tyder på att även om sjuksköterskan har en känsla av moraliskt ansvar, befäster hen institutionens legitimitet.

Nyckelord

Erfarenhet, Moralisk stress, Onkologisk slutenvård, Sjuksköterskor, Upplevelser

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

Introduktion	4
Problemområde	4
Bakgrund	4
Perspektiv och utgångspunkter	4
Sjuksköterskans roll	5
Etik och värdegrund	6
Samvetsstress och moralisk stress	7
Onkologisjuksköterskans arbetssituation	8
Syfte	9
Metod	9
Urval	10
Instrument	10
Datainsamling	11
Analys av data	11
Forskningsetiska avvägningar	12
Resultat	12
Erfarenheten som trygghet	12
Förmågan att kunna prioritera	12
Föra sin och patientens talan	13
Gå på rutin	13
Relationen till patienten	15
Bekräftelsen motiverar	15
Mötet med människan inspirerar	15
Personalgruppen	16
Jämsides med varandra	16
En önskan om tydligare ledarskap	18
Handskas med stressen	19
Upplevda stress-symtom	19
Stress av olika anledningar	19
Att hantera stressen för det egna välmåendet	22
Diskussion	23
Metoddiskussion	23
Resultatdiskussion	25
Konklusion och implikationer	31
Referenser	32
Bilaga 1 (4)	38
Bilaga 2 (4)	39
Bilaga 3 (4)	42
Bilaga 4 (4)	45

Introduktion

Problemområde

Varje år behandlas cirka 75 000 personer med cancer och andra tumörsjukdomar inom slutenvården i Sverige (Kunskapsguiden, 2016). År 2013 fanns det cirka 122 000 verksamma sjuksköterskor i Sverige, varav 80 % av dessa arbetade inom hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen, 2016). En rad studier som gjorts senaste åren tyder på att sjuksköterskor som arbetar inom onkologin har en arbetssituation som påverkar dem (Lagerlund, Sharp, Lindqvist, Runesdotter & Tishelman 2015; Potter et al., 2010; Wenzel, Shaha, Klimmek & Krumm, 2011) med hög stress, utbrändhet och minskat välmående till följd (Poulsen, Bauman, McQuitty & Sharply, 2014). Samvetsstress och moralisk stress har introducerats i forskningen de senaste åren och tyder på att då sjuksköterskor inte har möjligheten eller orken att göra det arbete hen strävar efter att göra, riskerar hen att få ett minskat välmående (Todaro-Franceschi, 2015; Lützén & Kvist, 2012). Det har gjorts flera framsteg inom cancervården gällande behandlingsmetoder och vårdstrategier, vilket i sin tur bidragit till att vården av personer med cancer har blivit mer komplex (Sjuksköterskor i Cancervård & Svensk sjuksköterskeförening, 2009). Avdelningar där sjuksköterskorna är underbemannade tenderar dessutom att ha en ökad omsättning på sjuksköterskor (Lagerlund et al., 2015). Enligt Potter et al. (2010) var patienter som vårdades inneliggande mer missnöjda med vården om sjuksköterskorna upplevde sig vara utmattade. Emotionell utmattning hos sjuksköterskor påverkar inte bara patientsäkerheten på avdelningen, utan även dödligheten (Welp, Meier & Manser, 2016).

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Som teoretisk utgångspunkt har författaren valt att använda sig utav kunskapssociologi och hur människan uppfattar och formar sin egna sociala verklighet. Den sociala verkligheten bygger på vardagslivets verklighet, vilket är en subjektivt tolkad verklighet (Berger & Luckmann, 1979). Det finns tre viktiga begrepp inom kunskapssociologin; institutionaliseringen, legitimeringen och socialisation. Av omgivningen och samhället skapas

”institutioner” för att strukturera upp kaos i vardagen, vilket krävs för att människan ska trivas. Vardagslivet blir förutsebart för människan genom att låta dessa institutioner gå i arv i generationer. Institutionerna byggs således med en gemensam historia och kontrollerar det mänskliga handlandet, identiteten bildas och återbildas i samspel med omgivningen. Men en människa kan även ändra på institutionen. Med ”legitimeringen” menas den legitimering som bekräftar och befäster institutionerna. Denna behövs för att kunna föra över institutionen till nya generationer, vilket syftar till att få institutionen att fungera tillfredsställande. Genom olika processer blir individen sedan en del av samhället, den så kallade ”socialisationen”. Socialisation har två begrepp; den primära och den sekundära. Den primära beskrivs som den viktigaste och är den som sker i barndomen, genom våra föräldrar och signifikanta andra. Den sekundära kan vara till exempel skolan eller arbetet och är inte så hårt hållna och kan lättare förändras. För individen pågår det en process mellan den objektiva och den subjektiva verkligheten, vilket gör att hen hela tiden måste göra sin verklighet fungerande i just sitt sociala liv. Människan befinner sig även i en konstant process med andra där vi tolkar varandra i ”ansikte-mot-ansikte”-situationer samt använder olika språk beroende på vem interaktionen är med (ibid). Författaren ämnar att diskutera resultatet i studien med att teoretiskt knyta an hur sjuksköterskor inom onkologisk slutenvård befäster institutionen och således bildar sin egen verklighet i den arbetsmiljö de befinner sig i.

Sjuksköterskans roll

Rollen som yrkessjuksköterska började på 1800-talet och i Sverige präglades tidigt sjuksköterskans arbete av att vara lojal gentemot läkaren (Gedda & Snellman, 2009). När kyrkan under 30- till 50-talet influerade blev värme, moderlighet och förståelse viktiga för sjuksköterskan. Välfärdsstaten på 60-talet tillskrev sjuksköterskan en ledningsfunktion och den vårdande funktionen tvingades stå tillbaka. Influenserna kom från pedagogisk, sociologisk och psykologisk forskning och en medveten frigörelse från det medicinska och religiösa kunde ske. På 80-talet började patienten ses som en medarbetare, vilken hade eget ansvar och egen förmåga. Denne blev huvudpersonen i vården, varpå sjuksköterskan sågs som mer ledande och hjälpande (ibid). Patienten blev i och med detta den centrala personen i vården, medan den andra centrala personen är vårdaren (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 1996).

Det beskrivs i kompetensbeskrivningen för en legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot onkologisk vård från Sjuksköterskor i

cancervård och Svensk sjuksköterskeförening (2009) att sjuksköterskans kompetens behövs inom alla stadier av patientens sjukdom och det ställs bland annat krav på att hen ska kunna identifiera omvårdnadsbehov, etiska frågeställningar, symtomkluster samt patientens, närståendes och kollegors reaktioner inför och efter döden samt befrämja patientens autonomi och skapa trygghet och möjlighet till optimal delaktighet och förmåga till egenvård för patienten. Specialistsjuksköterskan skall också kunna koordinera samarbetet i det multidisciplinära vårdteamet, samarbeta med samhällets organisationer och myndigheter och fungera som mentor till nya kollegor (ibid). För att öka medarbetarnas välbefinnande och bryta ner olika sorters organisatoriska gränser skapades teamet (Berlin, Carlström & Sandberg, 2009). För att ett team ska vara välfungerande krävs ett medvetet arbete, respekt för varandras kompetens och kommunikation och bekräftelse (Mackey, 1993; Welp et al., 2016). Om teamets medlemmar byts ut regelbundet, kan det vara svårt att se till individen i teamet och konflikter kan uppstå (Mackey, 1993). Ett gott arbetsklimat beskrivs som något positivt för välbefinnandet och teamarbetet (Sandberg, 2009) och ökar sjuksköterskans känsla av kontroll och självbestämmande, samt ökar samarbetet med läkare och andra yrkeskategorier (Shang, Friese, Wu & Aiken, 2013). De sjuksköterskor och läkare som är missnöjda med teamarbetet på arbetsplatsen upplever att de har en högre andel känslomässig trötthet, vilket riskerar att ge allvarliga konsekvenser för patienten (Welp et al., 2016; Potter et al., 2010).

Etik och värdegrund

International Council of Nurses´ (ICN) beskriver i sin etiska kod för sjuksköterskor (2014) att sjuksköterskan bland annat ska sköta sin hälsa så att förmågan att ge vård inte äventyras, ska uppträda så att yrkets anseende stärks och medverka till en vårdkultur som främjar öppen dialog. Svensk sjuksköterskeförening (2014) uppger i sin skrivelse om omvårdnadens värdegrund att patientens hälsa alltid är vårdpersonalens främsta mål. Sjuksköterskan ska i mötet med patienten alltid vara uppmärksam och öppen för patientens utsatthet (ibid). En holistisk syn inom vården är att föredra. Detta kräver att sjuksköterskan ska vara lyhörd för behov som inte uttrycks. Att ge patienten tid för att lyssna och prata kan hjälpa i svåra situationer (Holmquist-Carlsson & Zettergren, 1995).

Varje unik patient har ett behov av att få anpassad omvårdnad, vilket förutsätter att sjuksköterskan ska ha förmågan att kunna förstå och resonera kring etiska perspektiv och moraliska synsätt (Theodoridis, 2013). Personcentrerad vård är ett begrepp som innefattar att

hälso- och sjukvården involverar patienten i sin planering och genomförandet av planen (Ekman & Norberg, 2013). Det kan dock finnas svårigheter för en sjuksköterska att balansera sin moraliska skyldighet och de arbetssituationer som kräver andra motstridiga arbetsuppgifter (Cronqvist, Theorell, Burns & Lützén, 2004). Sjuksköterskan har en unik inblick i människors liv ur en existentiell bemärkelse, vilket ger hen en möjlighet att finna tröst och hopp i svåra situationer (Theodoridis, 2013). En sjuksköterska ska ha mycket kunskaper och färdigheter tillsammans med empati och tolerans, men förväntas ha mod, ledarskapsegenskaper och självständigt tänkande. Hen ska också ha en självkänedom som inte bara innefattar självkänedom om sig själv, utan även till medmänniskor och omgivningen (ibid).

Samvetsstress och moralisk stress

Samvetsstress kan ge symtom som känsla av tomhet, besvär från mag- och tarmkanalen, återkommande huvudvärk och irritabilitet (Todaro-Franceschi, 2015). Syndromet kan komma till följd av att sjuksköterskan tar med sig arbetet hem. Det mest fundamentala en sjuksköterska ger någon annan är sig själv, och har hen inte förmåga att finna det som kan fylla på hens krafter riskerar sjuksköterskan att tappa energin och entusiasmen. De sjuksköterskor som arbetar med patienter som har livshotande sjukdomar har en högre risk att drabbas av samvetsstress (ibid). Moralisk stress beskrivs som stress till följd av att sjuksköterskan vet vad som är det moraliskt riktiga att göra, men hindras till följd av de organisatoriska ramar som finns (Lützén, Cronqvist, Magnusson & Andersson, 2003), vilket kan ge upphov till känslor som frustration, oro och ilska.

När sjukvårdspersonal upplevde högre grad av samvetsstress, upplevde de även högre andel känslomässig utmattning, förändrad personlighet och hamnade oftare i konflikt med kollegor (Åhlin, Ericson-Lidman, Eriksson, Norberg & Strandberg, 2013). För att minska negativ påverkan till följd av samvetsstress, är det av vikt att samtala och dela med sig kring svårigheter med kollegor och försöka finna en väg att hantera sitt samvete, samt ha en överordnad som är stöttande (ibid).

Sjuksköterskor kan uppleva moralisk stress till följd av sin moraliska sensibilitet kring patienten och känslan att inte ha kontroll över situationen. Detta är inte bara negativt utan kan resultera i positiva reflektioner och handlingar (Lützén & Kvist, 2012).

Onkologisjuksköterskans arbetssituation

På en onkologisk slutenvårdsavdelning utreds och behandlas patienter med olika cancersjukdomar (Akademiska sjukhuset, 2016). Arbetet beskrivs som varierande och lärorikt och involverar en rad olika yrkeskategorier som arbetar tillsammans mot gemensamma mål (ibid). Det finns dock olika faktorer som arbetet med onkologiska patienter innebär som bidrar till att sjuksköterskor upplever missnöje med arbetet, stress och utbrändhet (Lagerlund et al, 2015; Poulsen et al, 2014).

Onkologisjuksköterskor konfronteras med krävande arbetsbelastning, där de arbetar med komplexa situationer och möter livshotande sjukdomar, patienter som lider samt besvärliga familjesituationer (Lagerlund et al., 2015; Potter et al., 2010), vilket kräver erfarenhet, socialt eller professionellt stöd för att ta hand om sin egna mentala hälsa. Många sjuksköterskor blir ofta ledsna och besvikna när intentionen för patienten går från kurativ till palliativ, och kan ha svårt för att släppa arbetet då de lämnar arbetsplatsen (Pergert & Lützén, 2012; Wenzel et al., 2015). Ofta är det sjuksköterskan som kontinuerligt befinner sig på avdelningen och uppmärksammar tidiga förändringar i en patients tillstånd, vilket innebär att hen måste på ett övertygande sätt förmedla situationen vidare (Benner, 1993). Sjuksköterskor ska kunna fatta viktiga beslut när det gäller patientens omvårdnad, använda avancerad medicinskt teknisk utrustning och hantera mycket information på en gång (Converso, Loera, Viotti & Martini, 2015). Stress kan uppstå när kraven från en situation överstiger en persons resurser, och om möjligheten att hantera stressen minskar, riskerar individen att bli utbränd (Potter et al., 2010; Poulsen et al., 2014).

Sjuksköterskor inom onkologisk vård upplever större arbetsglädje och beskriver en högre personlig prestation på grund av den tacksamhet de erhåller från patienterna (Converso et al., 2015). De sjuksköterskor som arbetar på en specialiserad avdelning genererar en mer djupgående kunskap och kompetens, och genom att arbeta nära med samma läkare inom samma specialitet utvecklas kommunikationen och samarbetet positivt (Shang et al., 2013). Detta resulterar i att sjuksköterskorna upplever att de har kontroll över sitt arbete och har möjlighet att ge bättre omvårdnad till patienten, vilket leder till mindre emotionell trötthet och högre känsla av arbetsglädje (ibid). De sjuksköterskor som upplevde att de hade mindre medbestämmanderätt kände en större känslomässig utmattning (Converso et al., 2015). Sjuksköterskor som däremot arbetar på stora sjukhus, som arbetat mindre än två år och som

saknar adekvat utbildning har större önskan för att byta arbetsplats (Lagerlund et al., 2015). De som har en lägre utbildningsnivå hade även de en större benägenhet för att drabbas av känslomässig utmattning, medan de sjuksköterskor som har en utbildning på avancerad nivå riskerar istället för att bli utbrända i högre utsträckning (Potter et al., 2010).

I Lagerlund et al.'s (2015) resultat visade det sig också att de som upplevde att de hade dåligt ledarskap hade större risk för att lämna sin arbetsplats. Organisatoriska faktorer som stort ansvar för andra kollegor, hierarki och dålig kommunikation på arbetsplatsen kan ge känslomässig utmattning med mindre arbetsglädje till följd (Poulsen et al., 2014). De sjuksköterskor inom onkologisk slutenvård som uppgav att de hade en bättre arbetsmiljö hade mindre risk för utbrändhet, detta till följd av lägre patientantal per sjuksköterska, bättre samarbete med läkarna och mer utbildning för att möjliggöra djupare kompetens (Shang et al., 2013).

Det är inte bara positiva resultat och kvalitetssäkrad vård som ger en god arbetsmiljö, utan den kommer till följd av god omvårdnad av både de som vårdas och de som vårdar (Todaro-Franceschi, 2015).

Syfte

Syftet med studien är att belysa hur sjuksköterskor inom onkologisk slutenvård upplever sin arbetssituation.

Metod

Metoden som använts är en induktiv kvalitativ intervjustudie. Ambitionen var att finna subjektiva upplevelser och kvalitativ design valdes för att ha möjlighet att studera personers levda erfarenheter av ett fenomen formulerade med egna ord (Henricson & Billhult, 2012; Danielson, 2012a). Kvalitativ design var således ett sätt att försöka förstå deltagarnas reaktioner eller resonemang, samt urskilja varierande handlingsmönster (Troost, 2010).

Urval

Inklusionskriterier och exklusionskriterier användes för att kunna samla in material med god kvalitet. Inklusionskriterierna var att deltagaren skulle vara en legitimerad sjuksköterska som varit yrkesverksam på onkologisk slutenvårdsavdelning i minst två år och arbeta 75 %. Dessa kriterier syftar till att finna eventuella strategier för återhämtning och coping. Att välja två år syftar till att finna de sjuksköterskor som har nått kompetentstadiet. Detta stadie kännetecknas av att sjuksköterskan har en medveten och avsiktlig planering, vilket genererar i en ökad effektivitetsnivå (Benner, 1993). Sjuksköterskan skulle tala och förstå svenska. De exklusionskriterier som fanns var att sjuksköterskan inte skulle vara eller ha varit sjukskriven till följd av stress minst 6 månader innan intervjun äger rum, vilket också syftar till att finna sätt att hantera arbetsrelaterad stress.

Åtta intervjuer genomfördes. Då en av sjuksköterskorna som intervjuades inte uppfyllde inklusionskraven, kom hen senare att uteslutas ur studien. De sju deltagare som inkluderades i studien var i åldrarna 26 och 52 år och alla kvinnor. De hade arbetat mellan tre år och 13 år på en sluten onkologisk avdelning. Sex av deltagarna levde i ett förhållande och fem av dem hade barn. Endast två av deltagarna har en vidareutbildning, en av deltagarna läste en fördjupningsutbildning.

Instrument

Datainsamlingen skedde genom semistrukturerade intervjuer med öppna frågor, vilket gav författaren möjlighet att variera ordningen på frågorna utifrån vad som kom fram i samtalet. (Henricson & Billhult, 2012; Danielson, 2012a). Genom att använda en mindre grupp deltagare låg fokus på mötet mellan deltagaren och intervjuaren (Danielson, 2012a). En provintervju genomfördes efter att en intervjuguide (Bilaga 1) utarbetats. Det upplevdes att det fanns en lucka i kunskapsläget som var värd att undersöka och med litteraturen och tidigare forskning som vägledare och utifrån författarens förförståelse och erfarenhet utvecklades denna intervjuguide med hjälp av handledare och författarens kollegor. Provintervjun genomfördes för att se om den planerade tidsramen höll, om de planerade frågorna var adekvata samt gav författaren möjlighet att prova på den intervjuande rollen (Danielson, 2012a). Denna provintervju är inte redovisad i resultatet.

Datainsamling

Efter att information om studien och inklusions- och exklusionskriterier mailats till enhetscheferna, mailade enhetscheferna sedan tillbaka de namn på deltagare som matchade kriterierna. En enhetschef valde att själv informera potentiella deltagare och vidarebefordra kontaktuppgifter till författaren. Efter att ha tagit emot namn på potentiella deltagare mailades potentiella deltagare var för sig med en kort presentation om författaren, informationsbrev och samtyckesblankett (Bilaga 2). Intervjuerna strukturerades upp med hjälp av en intervjuguide och tog mellan 26 min och 1 timme och 15 min. Deltagarna intervjuades var för sig. Intervjuerna spelades in på författarens mobiltelefon. Ljudfilerna fördes sedan över till en dator för ljudförbättring och transkribering. Fördelen med att använda ljudupptagning är att författaren har möjlighet att lyssna upprepade gånger på materialet för att höra eventuella avvikelser i tonfall och ordval. Författaren hade också möjlighet att transkribera intervjun ordagrant och behövde således inte föra anteckningar under intervjun, utan kunde koncentrera sig på samtalet som förs (Trost, 2010).

Analys av data

Intervjuerna har noggrant transkriberats och författaren har valt att göra en innehållsanalys för att finna sjuksköterskans upplevelser. Genom att använda innehållsanalys kunde författaren tolka innehållet i materialet mer djupgående (Danielson, 2012b). Den transkriberade intervjutexten har lästs igenom ett flertal gånger och en medläsare har använts för stöd och diskussion. Materialet har analyserats enligt Graneheim och Lundmans artikel från 2004. Genom att använda Graneheim och Lundmans artikel har författaren sedan funnit meningsbärande enheter, det vill säga ord och meningar i texten som har ett gemensamt budskap och är relaterade till varandra (Danielson, 2012, Graneheim & Lundman, 2004). Innehållsanalys har syftat till att finna likheter och skillnader inom ett ämne genom att använda sig utan teman och subteman. De meningsbärande enheterna har sedan kondenserats för att minska ner texten men behålla det viktiga innehållet. Efter att ha kondenserat de meningsbärande enheterna har författaren delat upp dem i subteman som sedan mynnat ut i teman. Ett tema svarar på frågan Hur? och presenterar det latent innehåll i texten som analyserats (Graneheim & Lundman, 2004).

Resultatet av det analyserade materialet kommer att diskuteras med bas av Berger och Luckmanns (1979) kunskaps sociologi.

Forskningsetiska avvägningar

Ett godkännande om att få genomföra studien från verksamhetschefen hämtades in (Bilaga 3) och en ansökan till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN 64-16) lämnades in för råd och yttranden om studien. Efter att föreslagna råd och yttranden tagits i beaktande mailades information kring studien ut till respektive enhetschef på de fyra onkologiska avdelningarna. De fyra huvudkraven från Vetenskapsrådets (u å) skrift togs i beaktande under studiens gång, det vill säga informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Deltagarna fick därför innan intervjun erhålla en samtyckesblankett med kort information om studien samt information om frivilligt deltagare och att de hade möjlighet att avstå från studien om de så önskade när som helst under studiens gång. Alla deltagarna är frågade innan intervjun om det går bra att bli inspelade. Materialet som samlades in avkodades och behandlades konfidentiellt samt förvarades på en säker plats. Underlaget för studien som författaren samlade in har enbart använts i utsatt syfte och inte lämnats ut till andra kommersiella eller icke-vetenskapliga syften.

Resultat

Resultatet som framkommit i innehållsanalysen visade på fyra tydliga teman; Erfarenheten som trygghet, Relationen till patienten, Personalgruppen samt Stress och stresshantering. Resultatet i form av meningsbärande enheter, kondenserade enheter, subteman och teman redovisas separat i en tabell (Bilaga 4).

Erfarenheten som trygghet

Förmågan att kunna prioritera

Sjuksköterskorna upplevde att efter att ha arbetat i flera år hade de lärt sig att prioritera sina arbetsuppgifter. De hade funnit moment i arbetet som inte var högprioriterade, utan kunde vänta till senare, till det avlösande arbetspasset kommer eller till och med till nästa dag.

... alltså, ibland får man prioritera. Vilket kan jag, vilket ska jag göra på mitt arbetspass och vilket kan jag lämna över eller vänta till imorgon? Så att det lär man sig med tiden. (Deltagare 5)

Genom att känna sig trygg i sitt arbetssätt och i sina kunskaper kunde sjuksköterskan arbeta på ett sätt som upplevdes gynna patientens psykosociala tillstånd. Hen kunde prioritera bort arbetsmoment koncentrera sig på att ge patienten tid och lyssna till densamma.

Hon kände att efter det vi var färdiga, och vi pratade inte om sjukdomen, vi pratade om allting annat. Och det gav så himla mycket, för.. men visst då fick man prioritera bort något annat. (Deltagare 1)

Föra sin och patientens talan

I samband med att erfarenheten och kunskapen ökar och den egna tryggheten byggs upp, hade sjuksköterskorna lärt sig att föra sin egen och patientens talan i olika sammanhang. De upplevde att de kunde se att något inte stämde för patienten trots att denne inte sa det.

...det är ju lätt att säga när man jobbat så länge, alltså jag har ju jobbat ganska länge. Men man får träna upp det liksom, att man märker vad patienten inte säger. (Deltagare 1)

Till följd av sin mångåriga erfarenhet hade sjuksköterskan också självförtroendet att ifrågasätta ordinationer och beslut som de uppfattade som felaktiga eller märkliga i situationen patienten befann sig i. De vågade föra en diskussion för patientens skull, men också för att själva uppleva att de gjort ett bra arbete då de gick hem för dagen.

Vi försöker prata med läkarna och för det mesta så går det ju till slut fram ... och då måste de motivera för oss, så vi förstår varför vi ska göra det. För det finns ju en orsak, men det framgick inte. (Deltagare 2)

Gå på rutin

Arbetsuppgifter som utförs ofta upplevde sjuksköterskorna som rutin. Sjuksköterskornas möjlighet att kunna genomföra dessa arbetsuppgifter snabbt gav dem mer tid till annat som sjuksköterskorna upplevde att de behövde prioriteras.

Det går ju på rutin nästan, jag menar att blanda ett dropp det är ju... eller att sätta ett dropp, det tar ju 2 minuter. Så då har jag mer tid till att ta mig tid till patienterna. (Deltagare 1)

Sjuksköterskor som arbetat under en längre tid hade inte behovet av att tänka igenom en rad moment som upplevdes som självklara. De arbetade på rutin och de hade möjligheten att arbeta utifrån en annan målsättning än de kunde när de var nyexaminerade sjuksköterskor. Målsättningen som sjuksköterskorna upplevde fanns var att se till att patientens behov kom fram och tillgodoseddes, samtidigt som den medicinska behandlingen skulle ges korrekt och riskfritt.

Har man jobbat länge så går mycket på automatik, man har mycket i ryggraden om man har jobbat länge. Man behöver inte tänka på det som är självklart. (Deltagare 6)

Erfarenheten som sjuksköterskorna hade samlat på sig gav dem också tryggheten att inse att de inte hade möjlighet att hjälpa patienten med allt. De fann tillit i att det de har möjligheten att hjälpa till, vilket kunde vara bra nog.

Jag tror att det kom med erfarenheten och rutiner, att man kände sig att, säkrare på det man gjorde så att säga. Säkrare på var man tog reda på saker och, förväntningar på en. Eller man visste vad det var för förväntningar, eller på mina egna förväntningar. (Deltagare 5)

Det sjuksköterskor som vid något tillfälle hade lämnat avdelningen för att börja arbeta på en annan avdelning, kom tillbaka för att det var inom den onkologiska slutenvården de kände sig trygga, hade kontroll och fann sin arbetsglädje.

Relationen till patienten

Bekräftelsen motiverar

Sjuksköterskor inom onkologisk slutenvård fann arbetet med patienten som givande och roligt. De beskrev arbetet som varierande, utmanande och oförutsägbart. Sjuksköterskorna upplever det som positivt att kunna lindra patientens symtom och kanske vända tillståndet patienten befann sig i, från negativt till positivt. De upplever att de utför ett viktigt arbete.

En positiv utmaning ska jag säga, för det ger så himla mycket tillbaka när man känner att man lyckats att lindra vad det nu är för symtom. (Deltagare 1)

Även om sjuksköterskorna arbetade med svårt sjuka patienter som befann sig i svåra tillstånd och lidande upplevde de att arbetet var givande och roligt. Det visade sig även tyda på att sjuksköterskorna fick bekräftelse för att de hade gjort ett bra jobb. Att patienterna visade sin tacksamhet och glädje över att ha blivit hjälpta och vänligt bemötta ansågs vara positivt och sjuksköterskorna upplevde att de gjorde nytta i sitt arbete.

Man känner att man gör skillnad. Vi får alltid väldigt positiv kritik från patienter, att personalen är som den ska vara... Vi ger dem vad de behöver och då känner man att man gör nytta i sitt arbete. (Deltagare 6)

Och man känner att man verkligen, att man får mycket tillbaka. Alltså det låter inte klokt, men vi som jobbar med det här behöver nog lite bekräftelse på något sätt. (Deltagare 4)

Genom att kunna hjälpa patienten att må bättre och få kraft, fick sjuksköterskorna bekräftelse i att de gjorde ett bra arbete och fann genom detta arbetsglädje och drivkraft.

Mötet med människan inspirerar

Sjuksköterskorna upplevde också att mötet med människor var givande i sig. De beskrev att de lärde känna sina patienter som ofta var återkommande på avdelningen. De fick således en djupare relation till patienterna. Ofta inspirerades de av patienternas kämparanda och kunde genom detta uppskatta sina egna liv på ett annat sätt.

*Alltså, rent egoistiskt blir man ju ganska tacksam över hur man själv har det.
Och man blir ju ganska medveten om att saker kan vända ganska fort.*

(Deltagare 2)

Att arbeta med svårt sjuka patienter upplevdes inte som en börda, utan besvikelsen kunde istället infinna sig då sjuksköterskorna inte kunde hjälpa patienten i den mån de önskade. Men även i svårhanterliga situationer kunde sjuksköterskorna uppleva att människors olika sätt att acceptera och hantera svåra situationer och ta till sig information kunde ses som en intressant del av yrket.

...eller människor reagerar olika, och är olika. I olika situationer, om man nu då är svårt sjuk. Men, men vissa tar det. Alltså, det är ju en chock och traumatiskt och så... Att man kommer blir sämre. Hur, hur folk tänker runt det och reagerar. På det. Det är li.. äh, spännande att se, det är intressant att se att det är... olika där. (Deltagare 5)

Sjuksköterskorna uppgav att de hade en strävan att göra arbetet så bra som möjligt, inte bara för patienten utan även för närstående. Då sjuksköterskan visste att patientens liv snart skulle nå sitt slut, försökte de i möjligaste mån hjälpa patienten med att nå de önskemål som patienten hade.

Ibland får man tänka ibland är det patienter som ska komma hem som har barn och familj och då får man liksom tänka lite längre. ... så att patienten kan komma på permission och träffa barnen. Att det är viktigt om det är en födelsedag. Att man ser till att patienten kommer iväg dessa två dagarna eller en förmiddag. (Deltagare 7)

Personalgruppen

Jämsides med varandra

Sjuksköterskorna upplevde i det stora att teamarbetet fungerade bra, men endast ett fåtal av dem inkluderade läkarna i teamet. Upplevelsen från de flesta sjuksköterskorna var att teamet inkluderade sjuksköterskan och undersköterskan. Sjuksköterskan och undersköterskan

arbetade dock oftast bredvid varandra, inte tillsammans. Undersköterskorna utförde sina uppgifter och sjuksköterskan sina för att sedan stämma av mellan jämna mellanrum. Sjuksköterskorna upplevde att de hade för mycket med sina andra arbetsuppgifter för att kunna vara mer involverad i den basala omvårdnaden.

Vi jobbar ihop med sin undersköterska, men vi jobbar inte ihopa, för det funkar inte. Då hinner vi aldrig bli färdiga. (Deltagare 4)

Sjuksköterskorna upplevde att beroende på vem de arbetade med, fungerade teamarbetet olika. Upplevelsen var dock att de flesta undersköterskorna jobbade mot samma mål som sjuksköterskorna och förtroendet gentemot den andra yrkesgruppen var generellt sätt starkt.

Det är en trygg miljö på det sättet. Undersköterskorna hos oss är ju, ja de har ju varit där i 30 år. Många av dem, många. De kan ju mer än oss emellanåt. (Deltagare 2)

Sjuksköterskorna upplevde också att arbetet sjuksköterskor emellan fungerade väldigt väl. De upplevde att det fanns en stöttande kollegial miljö som medförde att de såg varandra och hjälpte varandra i stressade stunder, kunde skämta och hade roligt kollegor emellan.

Det är nästan det viktigaste av allt. Man hade nog egentligen kunnat göra vilket tråkjobb som helst bara man har roliga kollegor. (Deltagare 2)

Den del av teamarbetet som upplevdes som mest frustrerande var läkarkontakten. Samarbetet med läkarna fungerade väl och det upplevdes inte från sjuksköterskorna att det fanns en hierarkisk struktur. Det som däremot upplevdes som frustrerande var att underläkarna mellan jämna mellanrum byttes ut, vilket resulterade i kompetensförlust och det tog längre tid att fatta medicinska beslut och för att få klara besked inför fortsatt planering. Upplevelsen var att de nya läkarna behövde kontrollera det mesta med överläkaren på avdelningen, och att de gärna ordinerade fler kontroller än nödvändigt på patienten.

...kommer det helt nya, helt nya underläkare och ska ronda. Då måste allt stämmas av med överläkaren och då tar ju saker tre gånger så lång tid...

(Deltagare 2)

Underläkarna byts ut hela tiden liksom, så i början är de väldigt osäkra. Vi sätter hellre in för mycket än att vi missar något. (Deltagare 7)

Många av sjuksköterskorna påtalade också att det inte allt för sällan dök upp undersökningar eller kontroller på deras patienter som de inte hade fått reda på av läkaren, utan ordinerats i efterhand. Det upplevdes som frustrerande att inte ha den kontrollen över sina patienter samt att kollegor uppfattat att de inte hade den kontroll de borde haft.

En önskan om tydligare ledarskap

Sjuksköterskorna upplevde att det var viktigt att erhålla rätt information av sin närmaste chef. De flesta ville ha fortlöpande information via mail om till exempel omorganiseringar eller andra förändringar. Många sjuksköterskor upplevde att deras chef gav en information till deras kollega, medan en annan gavs till dem. Vilket gjorde att det blev dålig stämning i arbetslaget och ryktesspridningar.

Tydligare ledarskap, ibland. Faktiskt. Hade kunnat vara bra. Det går lite upp och ner med det också, framför allt informationen. Ibland känns det som att man får höra saker av en kollega, man får inte höra det från våra chefer...

(Deltagare 2)

Det upplevdes också vara av vikt att få gehör för sina önskemål om bland annat önskad ledighet samt få positiv feed-back för att få bekräftelse att de utförde ett bra arbete.

Det är ju lite dåligt med att ge tillbaka på hur saker funkar. Det vill man ju hela tiden ha lite back up. Man kan ju få veta det på medarbetarsamtalen, men.. jag, man vill ju gärna veta när jag är här och nu. (Deltagare 4)

Att sjuksköterskans närmaste chef skulle vara tillgänglig för sina medarbetare var också något som upplevdes viktigt. Att hen då och då kom ut i verksamheten och ”kollade av” att arbetet flöt på som det skulle och att arbetsgruppen mådde bra. Detta var något som några av sjuksköterskorna saknade.

Handskas med stressen

Upplevda stress-symtom

Att sjuksköterskor inom onkologisk slutenvård trots deras arbetsglädje blir stressade är tydligt. Ett flertal sjuksköterskor upplevde fysiska symtom som de kunde relatera till stress. Många av sjuksköterskorna kunde inte bara känna sig trötta efter en arbetsdag utan rent av utmattade och lågmälda.

Jag jobbar natt också, där märks det mest tydligt att kroppen blir väldigt stressad. Även efter dagjobb. Utmattad kan man säga. Kommer hem och somnar, orkar inte göra nånting. (Deltagare 3)

Många av sjuksköterskorna upplevde också att de hade bekymmer med sin mage, hade sura uppstötningar, halsbränna eller huvudvärk. De sov dåligt och hade ett sämre tålamod till följd av stress i arbetet.

Ja, huvudvärk och halsbränna är mina symtom. Periodvis har jag halsbränna. ... Men huvudvärk har jag haft de senaste veckorna. (Deltagare 7)

Eh, alltså, jag har blivit väldigt lättirriterad, frustrerad kanske jag ska säga ... Alltså jag kan bli irriterad hemma, på småsaker, på min dotter, och på min man, och.. jag vet inte, vad som helst liksom. (Deltagare 1)

Stress av olika anledningar

Sjuksköterskorna upplevde att det fanns ett flertal saker som stressade dem på arbetsplatsen. Många talade om det faktum att de aldrig fick arbetsro. Planen som de lagt upp på morgonen

inför arbetsdagen sprack till följd av nytillkomna saker och av att patienter, anhöriga och andra kollegor pockade på uppmärksamhet. De kände att de aldrig bara fick arbeta.

...på något vis avbruten hela tiden. Man håller på med en sak och där kommer alltid nån och pratar, eller frågar, eller telefonen som ringer. Att... man blir, ja, störd så att säga. (Deltagare 5)

I takt med att personalomsättningen ökar kommer nya kollegor in på avdelningarna. I det stora hela upplevdes de nya sjuksköterskorna vara bra och arbetsföra kollegor, men saknade erfarenheten som gjorde att arbetet flöt på. Många sjuksköterskor påtalade det faktum att de var tvungna att ha mer ansvar och kontroll, vara till hands för frågor och handledning.

Det blir kanske jobbigare om man känner att man har ett stort ansvar att jag är den som kan mest eller borde veta mest. Det ligger mest på mig att se till att det blir bra, därför att det är många nya och de har inte så mycket erfarenhet. (Deltagare 3)

Avdelningarna där sjuksköterskorna arbetade hade så kallade önskeschema. Det upplevdes som att dessa schema, som lades av sjuksköterskorna själva, var positivt för att de kunde bestämma mycket själva men det kunde också vara stressande. Det tog mycket tid från arbetet, och det upplevdes en stress i att täcka upp där det saknades personal, var många oerfarna eller att försöka få tid till återhämtning efter nattpass. Det hände även att sjuksköterskorna blev kontaktade på ledig tid för turbyte och extrapass, vilket upplevdes som stressande även på fritiden.

Jaha, är det nån som ska ringa? Att man blir inringd, men det är ändå en stress att man ska knappt kunna. Man vill inte ha telefonen med sig liksom. (Deltagare 1)

Som vi önskar våra egna schema, det tar fruktansvärt mycket tid. Samtidigt så vill man inte att någon annan ska bestämma ens schema. Så det är dubbelt. (Deltagare 2)

Alla sjuksköterskor tog upp det administrativa som ett stressmoment. De upplevde att det tog för mycket tid i förhållande till patienttiden. Dokumenterandet i sig upplevdes som nödvändigt, men en rad andra administrativa saker tillkom som kunde stressa sjuksköterskorna. Det kunde vara de olika riskbedömningarna, administrativa moment kring vårdplaneringar som dessutom var tidsbegränsat samt papper som skulle fyllas i samband med att olika läkemedel skulle användas.

För det är så mycket administrativt vi ska göra, riskbedömningar hit och dit som ingen tittar på. Istället för att vara ute hos patienterna och se hur de har det.

(Deltagare 4)

Många av sjuksköterskorna påtalade bristen på vårdplatser som väldigt stressande. De upplevde att så fort en patient skulle skrivas ut togs nästa patient in. Det var alltid överbeläggningar på avdelningarna och sjuksköterskorna upplevde att det inte fanns någon anledning att endast ha till exempel 10 vårdplatser då det alltid var 12 patienter ineliggande. Att inte kunna bestämma över sina egna vårdplatser eller bara ta in onkologiska patienter ställdes dessutom på sin spets på helgen, då fyra avdelningar blev två. Att flytta patienter mellan avdelningarna inför helgen och planera för ut- och inskrivningar upplevdes som ett irriterande moment. Det tog tid från patientarbetet och medförde en rad administrativa moment som hade kunnat undvikas.

Sen den stora stressen som finns idag är bristen på vårdplatser på sjukhuset, där vi inte längre äger våra platser. Detta tycker jag är ett stort stort problem. Där en patient inte kan gå hem tre på eftermiddagen och sen planerar vi in en ny 08:00 dagen efter. För då är den platsen inte kvar. (Deltagare 6)

Även om sjuksköterskorna hade erfarenhet, visste sina begränsningar och kunde prioritera sin tid upplevdes det emellanåt som stressande att inte kunna hjälpa patienterna i den mån som de ville. Dels till följd av svåra sjukdomstillstånd, men också på grund av brist på tid.

Det jobbiga är att man ofta kan känna att jag inte har möjligheten att göra det så som jag vill, jag har inte möjligheten att göra det. Som att jobba mot ett motstånd. Man har inte tiden, man kan inte göra det på det sätt som man vill, göra så bra som man vill och det är väldigt frustrerande. (Deltagare 3)

Några sjuksköterskor påtalade att även om de trivdes med arbetet så skulle de inte orka arbeta med detta hela livet, de upplevde att arbetet inte bara var fysiskt utan även psykiskt betungande.

Att hantera stressen för det egna välmåendet

För att orka arbeta under den stress som sjuksköterskorna upplevde hade de under åren de arbetat utvecklat en rad strategier som hjälpte dem. Framför allt sade sig sjuksköterskorna ventilera med familj och kollegor. De behövde prata om arbetet, för att få ur sig den frustration och de känslor de kände. Många av sjuksköterskor påtalade att den tidigare handledningen som funnits via arbetsgivaren hade plockats bort.

Min man och jag pratar väldigt mycket. Han är mitt stöd. ... Men vi har liksom lyckats prata med varandra, och liksom, bara få ösa ur sig om allting.

(Deltagare 1)

Många av sjuksköterskorna sade sig inte ta med jobbet hem. Utan då de gick hem för dagen släppte de arbetet. Detta upplevdes ha tillkommit med erfarenheten de erhållit. Många av dem tränade på fritiden, för att rensa tankarna och få den egentid de upplevde att de behövde. De försökte hålla en sund kosthållning och göra roliga saker på sin fritid. Därtill påtalades också vikten för dem av att inte ta extrapass eller gå in och jobba på lediga dagar, och om detta skedde se till att få återhämtning i form av lediga dagar som behövdes efteråt.

...träningen och skogs promenaderna. Att röra på sig, det är... hjälper en att klara ens jobb på något vis. Känner jag att, vara fysiskt stark i kroppen att..., få rensa ut lite, det gör att man orkar med en intensiv dag. (Deltagare 4)

Sjuksköterskorna upplevde trots den stress de kände att arbetet kunde vara en oas att komma till. Om de hade de besvärligt i privatlivet, kunde arbetsplatsen vara en plats för återhämtning och lugn. De visste vad de skulle göra och hade kontroll.

Sen har jag en annan stressituation privat som har påverkat mig, men där kan jag känna när jag kommer till jobbet så är det min oas, så där släpper. ... Där har man sin tydliga uppgift, men vet vad man ska göra och det kan vara rogivande. (Deltagare 6)

Diskussion

Metoddiskussion

Yvonne S. Lincoln och Egon G. Guba (1985) beskriver i sin bok att resultatet bör vara giltigt, tillförlitligt och trovärdigt. Författaren ämnar att visa på dessa tre begrepp genom att diskutera metodprocessen i följande avsnitt.

Giltighet (*confirmability*) beskrivs av Lincoln och Guba (1985) som den del där läsaren kan avgöra om resultatet har grundat sig i materialet, hur själva upptaget av materialet har gått till och om det grundar sig i intern validitet.

Ambitionen var att använda sig utav 8-10 deltagare. I slutändan blev det sju stycken på grund av tidsbrist men också på grund av att det insamlade materialet upplevdes som tämligen mättat. Enligt Pickler (2007) är det sällan ett material blir helt mättat, och det bör heller inte bli det i denna typ av studier då upplevelser är en pågående process. Materialet blir med ett lågt deltagarantal inte heller övermäktigt (Trost, 2010). Deltagarantalet är således ointressant, utan det är mönstret författaren finner i materialet som är av vikt (ibid).

Åtta intervjuer genomfördes. En av deltagarna uteslöts då hen inte uppfyllde kriterierna för att inkluderas i studien. Detta skulle kunna ses som ett etiskt problem, då materialet till trots har samlats in men inte använts, samt att hens tid har upptagits och tankar delgivits.

Intervjuguiden som användes har skapats för att finna både uppfattningar och upplevelser, vilket var inkluderat i det ursprungliga syftet. När syftet ändrades resulterades det i att enbart hälften av materialet har analyserats, vilket också torde kunna vara ett etiskt dilemma. Kirsti Malterud (2001) beskriver den interna validiteten och frågar om studien studerar det den ska studera. Studien studerar sjuksköterskornas upplevelser, vilket är syftet och deltagarna hade alla erfarenhet från onkologisk slutenvård som var en del av det fenomen som ämnades studera. Detta anses vara av vikt enligt Pickler (2007) och Lincoln och Guba (1985). Att ha

deltagare med olika erfarenhet förespråkas av Graneheim och Lundman (2004). Deltagarna som intervjuades i denna studie hade alla olika längd på erfarenheter och kom från fyra olika onkologiska slutenvårdsavdelningar.

För att skydda deltagarnas konfidentialitet har personliga citat valts bort i resultatet. Materialet är sedan analyserat med innehållsanalys som syftar till att finna djupare tolkningar i materialet och inte enbart ett beskrivande av den insamlade datan (Danielson, 2012b). Innehållsanalysen är gjord med induktiv ansats, vilket innebär att analysen utgår från innehållet i texten så förutsättningslöst som möjligt (ibid). Genom att använda Graneheim och Lundmans (2004) metod för innehållsanalys har författaren haft möjlighet att strukturera analysarbetet och kunnat metodiskt analysera från meningsbärande enheter till tema.

Med tillförlitlighet (*dependability*) menar Lincoln och Guba (1985) att den praktiska metoden är korrekt utförd och om det finns förförståelse eller bias som kan ha påverkat resultatet. Deltagarna godkände alla att intervjun spelades in på författarens privata telefon. Efter att intervjuerna avslutats fördes ljudmaterialet över till en dator för ljudförbättring, vilket resulterade i mindre risk för felhörning eller för tyst ljud. Intervjuerna transkriberades ordagrant, hälften av författaren och hälften av en sekreterare. Författaren har kontrollerat sekreterarens transkriberingar genom att lyssna på ljudupptaget samtidigt som läsning av transkriberingen gjorts.

Validiteten ökar med att författarna har olika bakgrund, då detta kan ge möjlighet att ge en ökad förståelse för ett komplext fenomen genom olika infallsvinklar (Malterud, 2001). Författarens förförståelse inom ämnet kommer från att ha arbetat inom onkologisk slutenvård, samt under förarbetet till studien. Förförståelse innebär den kunskap och erfarenhet som författaren har redan innan hen påbörjar arbetet med en studie (Priebe & Landström, 2012). Författarens förförståelse skulle kunna ha påverkat resultatet genom att försöka finna mönster omedvetet mot det som författaren tror finns i materialet. Författaren var dock öppen för nya insikter och analyserade materialet så förutsättningslöst som möjligt. En brist under arbetsprocessen har varit att arbeta med materialet ensam, vilket har inneburit att diskussioner inte har kunnat föras fortlöpande med medförfattare för att fördjupa förståelsen ytterligare vilket är en nackdel (Lincoln & Guba, 1985). Diskussion har dock förts med handledare.

Trovärdighet (*credibility*) syftar till att kontrollera om det finns en trovärdighet i resultatet som presenterats till följd av metoden som använts (Lincoln & Guba, 1985).

Intervjuerna har genomförts på antingen den intervjuades arbetsplats eller författarens arbetsplats, vilket deltagaren hade möjlighet att välja själv. Vid något tillfälle avbröts intervjun av en kollega till deltagaren, och borrhande kunde höras vid en annan intervju, vilket kan ha påverkat deltagaren. I samband med avslut av varje intervju har författaren sammanfattat intervjun kort och deltagaren har bekräftat eller dementerat och kompletterat sammanfattningen. Deltagarna har således inte läst igenom det transkriberade intervjumaterialet, vilket kan ses som en brist då materialet i samband med detta hade kunnat bli mer fylligt och tillförlitligt (Lincoln & Guba, 1985). Författaren har vid ett flertal tillfällen läst igenom det transkriberade materialet och en medläsare har använts för diskussion kring resultatet, vilket kan öka validiteten.

Författaren har genomfört alla intervjuerna själv, och använt samma intervjuguide varje intervjutillfälle vilket också kan öka trovärdigheten på det insamlade materialet.

Alla deltagare i studien var kvinnor, vilket gör resultatet svårt att överföra trots det kvinnodominerade yrket. Resultatet i studien uppfattas av författaren inte heller tillämbart på sjuksköterskor som arbetat kortare period. Resultatet i denna studie torde ändå kunna ge en indikation på hur sjuksköterskor inom onkologisk slutenvård upplever sin arbetssituation.

Resultatdiskussion

Diskussionen kring resultatet kommer att redovisas med hjälp av Berger och Luckmanns Kunskapssociologi (1979).

Deltagarna i studien hade erfarenhet från onkologisk slutenvård där de kände att de hade kontroll. Genom att prioritera sina arbetsuppgifter kunde de ge mer tid till patienten än vad en nyutexaminerad sjuksköterska har möjlighet till. Detta bekräftas av Casey, Fink, Krugman och Propst (2004) som i sin studie beskriver att nyutexaminerade sjuksköterskor till följd av sin oerfarenhet inte har samma förmåga att prioritera eller har lika mycket yrkesrelaterad kunskap, vilket resulterar i att de arbetar långsammare.

Berger och Luckmann (1979) beskriver i sin teori att institutionen legitimeras från en generation till en annan. Den erfarenhet deltagarna i studien bar på, innebar således att de kunde föra sin kunskap vidare till nästa generation sjuksköterskor och därför befästa och

bekräfta institutionen. Detta tyder på kontroll från deltagarnas sida men också på ett behov för att arbetsplatsen skall kunna fungera optimalt.

Genom socialiseringen finner sjuksköterskan en balans i sin verklighet. Hen har den erfarenhet och kunskap som behövs för att få en trygg arbetstillvaro. Alla har en subjektiv verklighet, en verklighet som endast finns i hens individuella medvetande (Berger & Luckmann, 1979). Genom att ha kontroll och att vara den som för institutionen framåt finner sjuksköterskan sin identitet i både den objektiva och den subjektiva tillvaron. Till följd av sin erfarenhet och kunskap kunde deltagarna i studien föra en diskussion med läkaren utan att göra avkall på sina egna åsikter. Nyutexaminerade sjuksköterskor har inte kunskap eller självförtroende nog för att hävda sina egna åsikter eller kunskapen om hur detta skulle gå till, utan kan detta först efter något år inom yrket (Casey et al., 2004).

Deltagarna i studien ville ha klarhet i varför de skulle göra saker som de uppfattade som otydliga eller oetiska för att kunna bedriva den omvårdnad som de ansåg bäst för patienten. När läkaren inte samarbetar med sjuksköterskan i svåra frågor upplever sjuksköterskor ofta moralisk stress enligt Bohenkamp, Pelton, Reed och Rishel (2015). Med erfarenheten kunde deltagarna i studien våga föra fram viktiga frågor och åsikter för att bibehålla en omvårdnad som de upplevde var patientens bästa. Sjuksköterskorna i Bohenkamp et al.'s (2015) studie upplevde att det var moraliskt stressande att ge vård till följd av en ordination, och inte till följd av vad patienten behövde. Sjuksköterskans hade ett högre välbefinnande när de inte upplevde moralisk stress på arbetsplatsen (ibid). Genom att använda sin erfarenhet och sitt yrkesmässiga självförtroende kunde deltagarna i studien vara de advokater som föreskrivs i litteraturen så att patienten erhåller rätt vård till följd av hens individuella status och prognos (McMenamin, Ross & Jones, 2014). Moraliskt ansvar var en av tre faktorer som Lützén, Dahlqvist, Eriksson och Norberg (2006) arbetade fram i sin studie om moralisk känslighet inom hälso- och sjukvård. De beskriver att det underlättar för sjuksköterskan att veta vad som är bra eller dåligt för patienten när hen kan följa regler och rutiner. Även här spelar sjuksköterskans erfarenhet en stor roll. Både för att bedriva säker vård, men också för att legitimera institutionen. Att känna en skyldighet att ge patienten adekvat vård trots inadekvata resurser tyder på ett moraliskt ansvar (Lützén et al., 2006).

Berger och Luckmann (1979) skriver om det så kallade kunskapsförrådet, det vill säga den kunskapen någon besitter relaterat till andra människors kunskap. Alla är inte experter på samma saker, utan kontakt tas med den andre då den egna kunskapen är för liten. Genom att

vara den erfarna sjuksköterskan vet kollegor att hen besitter kunskapen som behövs och vänder sig till denne i otydliga situationer. Att vara den erfarna sjuksköterskan bekräftar hens kunskap och kontroll vilket också kan ge en ökad trygghet och självkänsla, men kan också upplevas som stressande.

I resultatet i studien beskrivs det bland annat att deltagarna i studien får bekräftelse för att de gjort ett bra arbete. Enligt Lützén, Johansson och Nordström (2000) kunde sjuksköterskor på medicinavdelningar uppleva att deras arbete var meningslöst till följd av att de inte såg förbättringar i patienternas sjukdomstillstånd. Deltagarna i den studien beskrev det som givande att kunna följa patienten och se förbättringar som ett resultat på vad de gjorde. Detta gav dem bekräftelse på att de kan och är bra sitt arbete (ibid). När patienten inte visar sin uppskattning, eller visar framsteg i sin sjukdom, kan sjukvårdspersonal uppleva att det är en svår situation att arbeta med (Lützén et al., 2000). Vid svårt krävande situationer i mötet med patienten är av vikt att känna en moralisk innebörd i det man gör (ibid).

Mötet med människan tedde sig som det mest positiva med arbetet som sjuksköterska inom onkologisk slutenvård. I litteraturen beskrivs det som en börda för sjuksköterskorna att arbeta med svårt sjuka patienter. Men genom att de kunde träda in i människans existentiella sfär fann deltagarna i studien ett syfte, och en arbetsglädje. Vidette Todoro-Franceschi (2015) talar i sin bok om samvetstillfredsställelse. Det definieras som den glädje någon känner av att hjälpa andra och vara nöjd med sitt arbete. Deltagarna i resultatet upplevde i hög grad samvetsfrid till följd av att ha kunnat vara där för patienten och föra dennes talan i viktiga sammanhang, och genom att vara där för patienten kunde de även stötta närstående i svåra situationer.

Det finns en risk att en sjuksköterska tappar sin empatiska förmåga till följd av utmattning eller ändrar in personlighet på grund av hens arbetsbörda och pressade situation (Glasberg, Eriksson & Norberg, 2007). Detta upplevdes inte vara ett bekymmer för deltagarna i studien. Möjligen kan det finnas tecken på detta senare i resultatet, då alla deltagarna uppgav att de hade förmågan att släppa arbetet då de gick hem för dagen, vilket kan ses som ett sätt att ”strunta i det”. Dock tolkades detta snarare som självbevarelsedrift och ett sätt att hantera situationen på. Deltagarna i studien uppvisade istället tecken på moralisk styrka (Lützén et al., 2006). Den intuitiva förmåga att känna vad patienten behövde upplevdes av deltagarna i studien att vara till hjälp i arbetet kring patienten. Moralisk styrka inbegriper de situationer

där sjuksköterskan utvecklat en förmåga att tala med patienten om svåra saker eller intuitivt känna när patienten inte erhåller vård som motsvarar patientens behov (Lützén et al., 2006).

Även om sjuksköterskan träder in i patientens existentiella sfär kommer hen aldrig att vara denne helt nära. Berger och Luckmann (1979) beskriver att oavsett hur nära man upplever att man kommer en person kan man aldrig komma åt den andra personens subjektiva känslor och föreställningar. Prototypen för social interaktion är att stå ”ansikte mot ansikte” med den andre. De båda parterna som står “ansikte mot ansikte” delar då det så kallade “levande”, själva situationen och interaktionen. Deras båda subjektiva ”här och nu” inkräktar därför ständigt på varandra. För patienten, så länge denne är inlagd, är detta ett kontinuum som interagerar med flera sjuksköterskor dagligen. Men för sjuksköterskan som lämnar sitt arbete avslutas på något sätt relationen där, tills nästa gång de står ”ansikte mot ansikte”.

Sjuksköterskan kan trots sin erfarenhet tolka dessa ”ansikte mot ansikte”-situationer fel. Teorin som Berger och Luckmann beskriver är att man genom att vara “ansikte mot ansikte” har en möjlighet att uppleva den andra personens subjektiva känslor och tankar. Ju längre bort från den andra personen man kommer, desto mindre blir den andres subjektivitet. Naturligtvis spelar sjuksköterskans bakgrund roll i hur hen tolkar patienten, och kanske kan erfarenheten spela stor roll. En så kallad typifiering vävs in i dessa sammanhang, och den sjuksköterskan tror att patienten är, är därmed av vikt. Hen ser patienten som ”en man”, ”en patient” eller kanske ”en sjuk bosnisk man”.

Enhetligt beskriver deltagarna i studien att de hade bra arbetskollegor och att detta är viktigt för deras välbefinnande på arbetsplatsen. Flera av dem hade kunnat tänka sig att byta yrke, om inte nu så i framtiden, men de ville ha sina kollegor med sig. Enligt Rodrigues och Chaves (2008) upplever en stor del av sjuksköterskor i deras studie att en av de stora stressfaktorerna på arbetsplatsen är just problem som kan uppstå med övriga sjuksköterskekollegor, ofta var det att de hade olika åsikter om hur saker skulle handhas eller blivit handhållet. Detta bekräftas av Cronquist, Lützén och Nyström (2006) som har valt att vända på det och beskriver i sin artikel att när sjuksköterskorna arbetade med kompetenta sjuksköterskor som kunde hantera stressande situationer var det lättare att hantera denna typ av situationer själv, och vice versa. Med andra ord verkar det som att sjuksköterskor identifierar sig med andra sjuksköterskor (ibid). Det pågår en fortlöpande identifikation mellan olika individer, de lever i samma värld och befinner sig i samma tillvaro (Berger & Luckmann, 1979). Berger och Luckmann talar om internalisering. Internaliseringen innebär i detta fall att personen i fråga får förståelse för den andra och upplever världen som en meningsfull och social verklighet.

Denna förståelse och upplevelse startar då personen träder in i den värld andra redan befinner sig i. Genom att identifiera sig med andra sjuksköterskor och förstå den världen kan sjuksköterskan vara en del i institutionen och den världen blir hens egen. Genom att befinna sig i samma värld kan världen också modifieras eller i sällsynta fall omskapas. I sjuksköterskans individuella medvetande är en verklighet subjektiv, men tillsammans skapar sjuksköterskorna också en gemensam objektiv verklighet. Sjuksköterskans identitet är med andra ord subjektiv, men den formas med hjälp av sociala relationer.

Det ideala förhållandet till varandra bygger på tillit och respekt (Pavlish, Brown-Saltzman, Jakel & Fine, 2014). Det krävs en öppen dialog i arbetslaget för att detta ska fungera optimalt. Deltagarna i studien beskrev undersköterskorna som generellt sätt duktiga och kompetenta. De uttryckte respekt och tillit till att den andra parten gör sitt arbete efter bästa förmåga. Arbetet med läkarna som ständigt byts ut kan av deltagarna i resultatet upplevas som frustrerande. Att arbeta med läkare som inte har kompetens resulterar i moraliskt stressande situationer (Bohnenkamp et al., 2015). Det upplevdes som stressfyllt att behöva föra en konstant dialog med oerfarna läkare och medicinska beslut längre tid till följd av deras oerfarenhet. Man ibland måste få tycka olika, men kommunikationen kollegor emellan är viktig för ett gott samarbete, och för god och ärlig kommunikation behövs det journalföras vad patientens individuella mål och behov är (Pavlish et al., 2014). Det uppfattas som positivt att arbeta med en läkare som hade ett etiskt förhållningssätt, medan bristen på tillit mellan läkare och sjuksköterskor upplevdes som stressande (Friese & Manojlovish, 2012). Personcentrerad vård är ett sätt som förespråkas för att kunna säkerställa att patienten är involverad och att målen är gemensamma för patienten, hälso- och sjukvården och de närstående (Ekman & Norberg, 2013). Deltagarna i resultatet upplevde att de arbetar i team, men de arbetar inte i parvård eller med personcentrerad vård.

Det är även av vikt av att ledarskapet är lyhört och uppmärksammar medarbetarnas mående (Pavlish et al., 2014). Detta var något som tycktes tämligen osynligt hos en del av deltagarna i studien. Genom att vara lyhörd för det pågående avdelningsarbetet har chefen för avdelningen möjlighet att bjuda in till handledning eller etiska samtal om situationer som upplevs som svåra skulle uppstå (Pavlish et al., 2014).

Moralisk stress är beskrivet som den stress sjuksköterskan upplever då hon känner att hon inte kan utföra det som är moraliskt rätt och riktigt till följd av organisatorisk bakbundenhet (Lützén et al., 2003). Kanske skulle det kunna ses tecken på detta i resultatet där en del av

deltagarna uppgav att det är som att jobba mot ett motstånd och att de behöver visa sin förmåga och kunskap gentemot nya läkare. Organisatoriska faktorer är en stressande faktor i Friese & Manojlovish (2012) studie. Deltagarna i resultatet beskrev det stora bekymret med vårdplatser som något som stressar, men som de inte kan göra något åt. De ägde inte sina egna vårdplatser. Att behöva slå ihop avdelningen på helger och vid semestertider torde vara inte bara praktiskt stressande utan även moraliskt stressande.

Många av deltagarna i studien beskrev det som stressande att inte få lov att bara arbeta. Även Cronqvist et al. (2001) beskriver samma fenomen från en studie om intensivvårdssjuksköterskor. Att aldrig får göra klart det de har påbörjat på grund av störande moment var en stor stressfaktor och sjuksköterskorna upplevde att de hade till följd av detta svårt att planera och organisera sitt arbete.

Moralisk börda är den sista faktorn Lützné et al. (2006) tar upp. Sjuksköterskornas intuitiva förmåga att veta vad patienten behöver innebär även en moralisk börda att behöva göra mer än vad hen har ork att göra. Sjuksköterskan känner sig otillräcklig i dessa situationer och balanserar hela tiden på gränsen mellan att göra gott och ont (ibid). Detta försätter naturligtvis sjuksköterskan i en situation som är moraliskt stressande. Till följd av sjuksköterskans arbetsbelastning och höga arbetstempo krävs institutionen som ett sätt att organisera ett kaos, men det finns lite tid till att reflektera och förändra befästa rutiner.

Att inte ha kontroll går att se som ett stressande moment i flera artiklar (Bohnenkamp et al., 2015; Cronqvist et al., 2001), vilket också går att förknippa med organisatoriska faktorer såsom vårdplatsbristen, nyutexaminerade kollegor och oerfarna läkare. Trots detta så upplevde flera att deltagarna i studien att en del av det roliga med sjuksköterskeyrket var att arbetet var oförutsägbart. Deltagarna i studien uttryckte med andra ord att de vill ha ett snabbföränderligt arbete, men samtidigt ha kontroll.

Många av deltagarna i studien tog upp handledning och att det hade tagits bort. För att handledning ska vara effektivt bör deltagarna känna sig trygga med de kollegor som är med i handledningsgruppen (Cronqvist et al., 2006). Deltagarna i studien ventilerade med sin familj, sina vänner och med kollegor. Det är oklart vad de väljer att ventilera, då de flesta av informanterna i studien uttryckte att de ”släppte arbetet” när de gick hem. Enligt Cronqvist et al. (2006) är det inte helt ovanligt att vända sig till sina kollegor för att ventilera svåra situationer. Att inte ha stöd från sina kollegor kan öka risken för känslomässig utmattning (Glasberg et al., 2007). Nackdelen med att vända sig till kollegor för inofficiell handledning är

att det lätt kan bildas grupperingar som exkluderar andra från samma inofficiella handledning. Att vända sig till kollegor för handledning och ventilering i moraliskt stressande situationer kan upplevas av sjuksköterskan som mindre officiell, då det inte sker i storgrupp eller med en utomstående handledare (ibid).

Enligt Pelton, Bohnenkamp, Reed och Rishel (2015) är det viktigt att inom hälso- och sjukvården förbättra kommunikationen och ge utbildning i hur sjuksköterskan bäst kan ta hand om sig själv och sitt välbefinnande. Det finns inga rätt eller fel i hur man hanterar stress, sättet att hantera stress på är bara effektivt eller ineffektivt, och personligt (Rodrigues & Chaves, 2008). Egenvård är enligt Pelton et al. (2015) viktigt för att kunna hantera moralisk stress och ledningen bör därför tillgodose utbildning och verktyg för sjuksköterskorna att kunna hantera denna typ av stress.

Konklusion och implikationer

Denna studie har visat att sjuksköterskor inom onkologisk slutenvård finner å ena sidan sitt arbete givande och roligt, men det finns moment som upplevs som stressfyllda. Med sin erfarenhet får de kontroll i arbetssituationen vilket de finner betryggande och samtidigt upplever de att de har möjlighet att hjälpa patienten med det den behöver. Genom patienten får de bekräftelse och uppskattning för sitt arbete. Det som uppfattades som stressande i sjuksköterskornas arbetssituation var framför allt att inte bara få arbeta i ro, att utföra administrativa moment samt att inte äga sina egna vårdplatser, vilket visade sig med olika symtom som minskat tålamod, sömnrubbingar och magbesvär. Det vanligaste sättet för sjuksköterskorna att hantera stress var att ventileras med kollegor och familj eller att träna och få egentid på sin fritid.

Resultatet tyder det på att ledningen på arbetsplatsen bör observera sjuksköterskornas arbetssituation och förse dem med verktyg att hantera den stress som arbetssituationen medför. För vidare studier föreslår författaren att genusperspektivet bör studeras för djupare förståelse, samt hur nyutexaminerade sjuksköterskor upplever samma typ av arbetssituation.

Referenser

- Akademiska sjukhuset. (2016). Hämtat 20 december, 2016, från <http://www.akademiska.se/sv/Verksamheter/Onkologen/Att-arbeta-hos-oss/>
- Benner, P. (1993) *Från novis till expert – mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. (21. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Berger, P. L & Luckmann, T. (1979). *Kunskapssociologi – Hur individen uppfattar och formar sin sociala verklighet*. (3. uppl.). Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Berlin, J., Carlström, E. & Sandberg, H. (2009). Team i vård, behandlingar och omsorg. I J. Berlin, E. Carlström & H. Sandberg (Red.), *Team i vård, behandling och omsorg*. (s. 15-24). Lund: Studentlitteratur.
- Bohnenkamp, S., Pelton, N., Reed, P. G. & Rishel, C. J. (2015). An inpatient surgical oncology unit´s experience with moral distress: part 1. *Oncology Nursing Forum*, 42(3) 308-310. doi: 10.1188/15.ONF.308-310
- Casey, K., Fink, R., Krugman, M. & Propst, J. (2004) The graduate nurse experience. *JONA*, 34(6) 303-311.
- Converso, D., Loera, B., Viotti, S. & Martini, M. (2015). Do positive relations with patients play a protective role for healthcare employees? Effects of patients' gratitude and support on nurses' burnout. *Frontiers in Psychology*, (6), 1-11. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00470
- Cronqvist, A., Lützén, K. & Nyström, M. (2006). Nurses' lived experiences of moral stress support in the intensive care context. *Journal of Nursing Management*, 14, 405-413.

- Cronqvist, A., Theorell, T. Burns, T. & Lützén, K. (2004). Caring about – caring for: moral obligations and work responsibilities in intensive care nursing. *Nursing Ethics*, 11(1). doi: 10.1191/0969733004ne667oa
- Danielson, E. (2012a). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 163-174). Lund: Studentlitteratur.
- Danielson, E. (2012b). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 329-343). Lund: Studentlitteratur.
- Ekman, I. & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård – teori och tillämpning. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén. (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (3. Uppl., s. 29-62). Lund: Studentlitteratur.
- Friese, C. R. & Manojlovich, M. (2012). Nurse-physician relationships in ambulatory oncology settings. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(3), 258-265. doi: 10.1111/j.1547-5069.2012.01458.x
- Gedda, K. M. & Snellman, I. (2009). *Omvårdnadens värdegrund*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening. Hämtad 3 maj, 2016, från <http://www.swenurse.se/globalassets/01-ssf-jon-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/omvardnadens.vardegrund.pdf>
- Glasberg, A. L., Eriksson, S. & Nordberg, A. (2007). Burnout and 'stress of conscience' among healthcare personnel. *JAN: Original research*,
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 2(4), 105-112. doi 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Henricson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 129-137). Lund: Studentlitteratur.

Holmquist-Carlsson, I. & Zettergren, M. (1995). *Etik i omvårdnad – Möten mellan människor*. (2. uppl.). Köping: Natur och Kultur.

ICNs etiska kod för sjuksköterskor (2014). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtat 30 april, 2016, från http://www.swenurse.se/globalassets/01-ssf-jon-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Kunskapsguiden (2016). Hämtat 27 april, 2016, från:
<http://www.kunskapsguiden.se/aldre/halsoproblem/cancer/Sidor/Cancer-beskrivning.aspx>

Lagerlund, M., Sharp, L., Lindqvist, R., Runesdotter, S. & Tishelman, C. (2015). Intention to leave the workplace among nurses working with cancer patients in acute care hospitals in Sweden. *European Journal of Oncology Nursing*, 19, 629-637.

Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: SAGE publications.

Lütznén, K., Cronqvist, A., Magnusson, A. & Andersson, L. (2003). Moral stress: synthesis of a concept. *Nursing Ethics*, 10(3). doi: 10.1191/0969733003ne608oa

Lütznén, K., Dahlqvist, V., Eriksson, S. & Norberg, A. (2006). Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. *Nursing Ethics*, 13(2), 187-196.
doi:10.1191/0969733006ne837oa

Lütznén, K., Johansson, A. & Nordström, G. (2000) Moral sensitivity: some differences between nurses and physicians. *Nursing Ethics*, 7(6).

- Lützén, K. & Kvist, B. E. (2012). Moral distress: a comparative analysis of theoretical understandings and inter-related concepts. *HEC Forum*, 24: 13-25. doi: 10.1007/s10730-012-9178-9
- Mackey, L. (1993). *Conflicts in care – medicine and nursing*. London: Chapman & Hall.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(11), 483-488.
- McMenamin, E., Ross, N. & Jones, J. (2014). Palliative radiotherapy and oncology nursing. *Seminars in Oncology Nursing*, 30(4), 242-252.
- Pavlish, C., Brown-Saltzman, K., Jakel, P. & Fine, A. (2014). The nature of ethical conflicts and the meaning of moral community in oncology practice. *Oncology Nursing Forum*, 41(2), 130-140. doi: 10.1188/14.ONF.130-140
- Pelton, N., Bohnenkamp, S., Reed, P. G., & Rishel, C. J. (2015). An inpatient surgical oncology unit's experience with moral distress: part 2. *Oncology Nursing Forum*, 42(4), 412-414. doi: 10.1188/15.ONF.412-414
- Pergert, P. & Lützén, K. (2012). Balancing truth-telling in the preservation of hope: a relational ethics approach. *Nursing Ethics*, 19(1), 21-29. doi: 10.1177/0969733011418551
- Pickler, R. H. (2007). Evaluating qualitative research studies. *Journal of Pediatric Health Care*, 21, 195-197. doi: 10.1016/j.pedhc.2007.01.003
- Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J. Cipriano, D., Norris, L. & Olsen, S. (2010). Compassion fatigue and burnout: prevalence among oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(5) E56-E62. doi: 10.1188/10.CJON.E56-E62

- Poulsen, M. G., Poulsen, A. A., Baumann, K. C., McQuitty, S. & Sharpley, C. F. (2014). A cross-sectional study of stressors and coping mechanisms used by radiation therapists and oncology nurses: resilience in cancer care study. *Journal of Medical Radiation Sciences*, 61, 225-232. doi: 10.1002/jmrs.87
- Priebe, G. & Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 31-50). Lund: Studentlitteratur.
- Rodrigues, A. B. & Chaves, E. C. (2008). Stressing factors and coping strategies used by oncology nurses. *Rev Latino-em Enfermagem*, 16(1), 24-28.
- Sandberg, H. (2009). Det godaste teamet. I Berlin, E. Carlström & H. Sandberg (Red.), *Team i vård, behandling och omsorg*. (s. 217-237). Lund: Studentlitteratur.
- Sarvimäki, A. & Lützn, K. (2004). Omvårdnadsdisciplinens teoretiska och metodologiska utveckling i Sverige: <<Omvårdnad håller på att bli en vetenskaplig disciplin, hos oss är det självklart>>. *Vård i Norden*, 73(24), 31-37.
- Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. (1996). *Vård – Ett uttryck för omsorg*. Stockholm: Liber.
- Shang, J., Friese, C. R., Wu, E. & Aiken, L. H. (2013). Nursing practice environment and outcomes for oncology nursing. *Cancer Nursing*. 36(3), 206-212. doi: 10.1097/NCC.0b013e31825e4293
- Sjuksköterskor i cancervård & Svensk sjuksköterskeförening. (2009). *Kompetensbeskrivning – Legitimerad sjuksköterska med specialistjuksköterskeexamen med inriktning mot onkologisk vård*. Hämtat 18 maj, 2016, från http://www.swenurse.se/globalassets/01-ssf-jon-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/cancer.kompbeskr_webb.pdf

Socialstyrelsen. (2016). *Nationella planeringsstödet 2016*. Hämtad 1 maj, 2016, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20072/2016-2-16.pdf>

Theodoridis, K. (2013). Omvårdnad som filosofisk aktivitet – en teoretisk studie. *Vård i Norden*, 33(1), 11-15

Todaro-Franceschi, V. (2015). *Samvetsstress och utmattningssyndrom inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. (4. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet (u å). *Forskningsetiska principer – inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 22 april, 2016, från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Värdegrund för omvårdnad. (2014). Hämtat 2 maj, 2016, från http://www.swenurse.se/globalassets/01-ssf-jon-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_2014.webb.pdf

Welp, A., Meier, L. L. & Manser, T. (2016). The interplay between teamwork, clinicians' emotional exhaustion, and clinician-rated patient safety: a longitudinal study. *Critical Care*, 20:110. doi: 10.1186/s13054-016-1282-9

Wenzel, J., Shaha, M., Klimmek, R. & Krumm, S. (2011). Working through grief and loss: oncology nurses' perspective on professional bereavement. *Oncology Nursing Forum*, 38(4), E272-E282. doi: 10.1188/11.ONF.E272-E282

Åhlin, J., Ericson-Lidman, E., Eriksson, S., Norberg, A. & Strandberg, G. (2013). Longitudinal relationships between stress of conscience and concepts of importance. *Nursing Ethics*. 20(8), 927-942. doi: 10.1177/0969733013484487

Intervjuguide

Kan du berätta lite om dig själv?

- Ålder?
- Civilstånd, barn?
- Hur många år i yrket?
- Vidare utbildning?

Tema 1:

Berätta om ditt arbete.

Hur är det att arbeta med svårt sjuka personer?

Hur upplever du ditt arbete?

Vad har du för målsättning för omvårdnaden när du utför ditt arbete?

Tema 2:

Hur fungerar teamarbetet på din avdelning?

Har du känt några symtom på stress?

Påverkar ditt arbete din fritid?

Tema 3:

Hur upplever du arbetsgivarens krav i relation till din egen målsättning?

- Samvetsstress?

Följdfrågor:

- Vad kände du?
- Vad menar du?
- Kan du utveckla detta lite mer?
- På vilket sätt?
- Hur hanterade du det?



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper

Bilaga 2 (4)

INFORMATIONSBREV TILL
STUDIEDELTAGARE

Är det så här det ska vara? Sjuksköterskor inom onkologisk slutenvård beskriver hur de uppfattar och upplever sin arbetssituation.

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående intervjustudie.

Det finns redovisat i en rad studier att sjuksköterskor inom onkologisk slutenvård har en arbetssituation som kan vara krävande. Detta till följd av att de arbetar med svårt sjuka patienter med mycket lidanden, men också på grund av hierarki på arbetsplatsen och att de tampas med svåra etiska dilemman. En sådan typ av arbetssituation utsätter sjuksköterskan för stress som kan resultera i utbrändhet, missnöje med arbetet och ett önskemål om att vilja lämna arbetsplatsen. Det finns dock även studier som visar på att sjuksköterskor inom onkologisk slutenvård upplever arbetsglädje genom patienternas tillfrisknande och framsteg. Jag önskar därför att genomföra en studie för att ta reda på, med sjuksköterskans egna ord, hur de upplever och uppfattar sin arbetssituation.

Jag skulle vilja göra en intervju med Dig. Den beräknas ta cirka 60 – 90 minuter och genomförs av författaren till studien. Om Du vill delta i studien ber jag Dig att kontakta mig för överenskommelse om tid. Jag erbjuder plats för intervjun alternativt att Du själv föreslår plats.

Med Din tillåtelse vill jag gärna spela in intervjun. Inspelningen kommer att förvaras inlåst.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att Du behöver ange varför. Den information Du lämnar kommer att behandlas konfidentiellt, d.v.s. så att inte någon obehörig får tillgång till den.

Om Du vill delta ber jag Dig underteckna samtyckesblanketten och lämna den till mig i samband med att intervjun genomförs.

Ljudfiler inspelade under intervjun kommer att förvaras i en dator dit enbart författaren har tillgång. Transkriberat material samt fältanteckningar kommer att förvaras i ett låst skåp hos författaren så att inga obehöriga kommer att ha tillgång till materialet. Materialet kommer att förstöras efter godkänd examination.

Studien ingår som ett magisterarbete i specialistutbildningen i onkologi.



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper

Om Du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna mig eller min handledare.

Med vänlig hälsning

Petronella Lannerheim Saure
Leg. sjuksköterska
Studerande på
specialistsjuksköterskeprogramm
et
e-post: vmf11pla@student.lu.se

Handledare
Ingrid Bolmsjö
Professor i vårdvetenskap
Clemenstorget 4
222 21 Lund
Tfn: 070-225 75 60
e-post: ingrid.bolmsjo@mah.se



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om Är det så här det ska vara? Sjuksköterskor inom onkologisk slutenvård beskriver hur de uppfattar och upplever sin arbetsituation.

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att behöva ange orsak.

Härmed ger jag mitt samtycke till att delta i studien.

Underskrift av studiedeltagare

Underskrift av student

Ort, datum

Ort, datum

Underskrift

Underskrift

Telefonnummer

Telefonnummer



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper

Bilaga 3 (4)

INFORMATIONSBREV

Till verksamhetschef Jan Astermark.

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien *Är det så här det ska vara?*.

Det finns redovisat i en rad studier att sjuksköterskor inom onkologisk slutenvård har en arbetssituation som kan vara krävande. Detta till följd av att de arbetar med svårt sjuka patienter med mycket lidanden, men också på grund av hierarki på arbetsplatsen och att de tåmpas med svåra etiska dilemman. En sådan typ av arbetssituation utsätter sjuksköterskan för stress som kan resultera i utbrändhet, missnöje med arbetet och en vilja att lämna arbetsplatsen. Det finns dock även tecken på att sjuksköterskor inom onkologisk slutenvård upplever arbetsglädje genom patienternas framgångar och tacksamhet. Jag önskar därför att genomföra en studie för att ta reda på, med sjuksköterskornas egna ord, hur de upplever och uppfattar sin arbetssituation.

En intervjustudie kommer att genomföras med åtta till tio sjuksköterskor från den onkologiska slutenvården på Universitetssjukhuset i Lund. De deltagande sjuksköterskorna ska ha arbetat längre än två år och arbetar i nuläget mer än 75 %. De ska inte vara eller ha varit sjukskrivna de senaste 6 månaderna. Information till studiedeltagarna kommer att ges på respektive onkologiavdelnings arbetsplatsträff och skriftligt informerat samtycke kommer att inhämtas innan genomförd intervju. Intervjun kommer att basera sig på en intervjuguide, vg. se Bilaga 2. Intervjun kommer därefter att transkriberas och analyseras med en kvalitativ innehållsanalys.

Materialet som samlas in kommer att förvaras i ett låst skåp hos författaren, samt som ljudfiler i en dator dit obehöriga inte har åtkomst. Materialet kommer att förstöras efter att studien har avslutats.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs.

Bilaga 3 (4)

Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet i onkologi.

Om du har några frågor, eller vill veta mer, kontakta gärna mig eller min handledare.

Med vänlig hälsning

Petronella Lannerheim Saure
Leg. sjuksköterska
Studerande på
specialistsjuksköterske-
programmet
vmf11pla@student.lu.se

Handledare
Ingrid Bolmsjö
Professor i vårdvetenskap
Clemenstorget 4
222 21 Lund
070-225 75 60
ingrid.bolmsjo@mah.se

Bilagor

1. Medgivandeblankett

2. Projektplan

Blankett för medgivande av verksamhetschef

Är det så här det ska vara?

Er anhållan

- Medgives
- Medgives ej

Ort

Datum

Underskrift

Namnförtydligande och titel

Verksamhetsområde

Bilaga 4 (4)

Meningsbärande enheter	Kondenserade enheter	Subteman	Temat
<i>"Så det lär man sig med tiden, ja att det är jätteviktigt att få lov att lämna överför att så det hör man ju många, nu måste jag lämna över detta tyvärr, att jag inte hunnit detta. Men vi är ju här för att jobba allihopa."</i>	Lämna över arbetsmoment till kollegor för att man prioriterat annat.	Förmågan att kunna prioritera	Erfarenheten som trygghet
<i>"Läkarna är inte alltid på samma bana som vi sjuksköterskor i och med att vi träffar patienten mer än dom gör. Man får tjabba lite vid dom hur vi vill att dom ska göra och inte göra med dom."</i>	SSK och Dr tycker olika och för en diskussion kring patienten.	Föra sin och patientens talan	
<i>"Att man inte tänker på det utan gör bara där för målsättningen finns där, man gör sitt jobb. Det blir självklart. Det blir en självklarhet när man jobbat några år."</i>	Moment i arbetet blir en självklarhet.	Gå på rutin	
<i>"Tack för att ni gör detta". Vi gör bara vårt jobb att de är väldigt tacksamma för det vi gör. Det ger någonting."</i>	Patienten är tacksam för att få hjälp.	Bekräftelsen motiverar	Relationen till patienten
<i>"Man får en kontakt med patienterna. De kommer tillbaka och får sina behandlingar och kan följa dem lite, en del i alla fall. Ja, som sagt var. Jag vet inte riktigt, det kändes bra"</i>	Kändes bra att få följa patienterna under längre tid.	Mötet med människan inspirerar	
<i>"Det funkar jättebra att jobba i team, de är så himla, tycker det är jätteroligt, vi behöver knappt prata med varandra för att vi är så samman. Man vet liksom vad man ska göra."</i>	Roligt att arbeta i team och de är samspelta.	Jämsides med varandra	Personalgruppen

Bilaga 4 (4)

Meningsbärande enheter	Kondenserade enheter	Subteman	Teman
<i>"Nej, det är väl att man kan önska ibland en tydligare ledning, som hade varit mer, att det hade varit mer raka rör liksom. Att man mer, ja, hade varit lite tydligare i att framföra saker."</i>	Önskan om tydligare ledarskap och fortlöpande information.	En önskan om tydligare ledarskap	
<i>"Utmattad kan man säga. Kommer hem och somnar, orkar inte göra någonting, magont, sura uppstöttningar, problem med magen. Efter nattjobbet ganska så deppig och sådana grejer."</i>	Trötthet, magbesvär och nedstämdhet till följd av stress.	Upplevda stress-symtom	Handsкас med stressen
<i>"Nu tänker jag igen på stort personalbortfall och många nya kollegor. Vilket gör att det blir mer saker att hålla reda på och det finns vissa saker som dom självklart inte kan och har vant sig vid ännu."</i>	Mer ansvar till följd av nya kollegor.	Stress av olika anledningar	
<i>"Man har lärt sig hantera det. Nej, jag tycker inte att det är särskilt jobbigt, egentligen, på något sätt. Vi har ju prat.. Vi pratar ju ganska mycket om sånt."</i>	Prata med sina kollegor om jobbiga situationer	Att hantera stressen för det egna välmåendet	