



**LUNDS**  
UNIVERSITET  
Socialhögskolan

# Vårdköers påverkan på vårdpersonal -En kvalitativ studie om etisk stress

Matthis Lomvall

Hälso- och sjukvårdskuratorsprogrammet  
Examensarbete (SAHS05)  
VT 2024  
Handledare: Lotta Jägervi

# Abstract

Author: Matthis Lomvall

Title: Waiting times effect on healthcare workers – A qualitative study on ethical stress

Supervisor: Lotta Jägervi

Assessor: Åsa Ritenius Manjer

The aim of this study was to investigate if and how hospital staff in outpatient neurological rehabilitation care were affected by long waiting lists for their patients. Although long waiting lists are not uncommon in Sweden it is still imperative to delve into how staff are affected by the waiting lists which they have no control over. Qualitative methodology was brought to bear involving ten semi-structured interviews with different hospital professions, these include hospital counsellors, psychiatrists, physical therapists, occupational therapists, nurses and speech therapists. The interviews were analyzed with reflexive thematic analysis and looked at through the lense of ethical stress and Job Demands – Resource Theory. The data gathered showed two themes regarding the research question. These are “The value of information” and “Benefits and frustrations” which indicate that the hospital staff are thinking about the waiting list and how they should manage it and develop new routines to lessen its impact on the patients. Conclusions shows that the staff are affected by ethical stress in various aspects regarding the waiting lists for their patients. These aspects include the stress of having to wait for coworkers to be able to have the whole team available to work with a patient and if and how they should help patients that need assistance with third party organizations that manage their sick leave.

**Keywords:** waiting lists, ethical stress, JD-R, Outpatient rehabilitation

Introduktion & Problemformulering.....	4
Syfte.....	6
Studiens begränsningar .....	6
Begreppsförtydligande.....	7
Sjukdomsförloppet stroke och MS.....	8
Stroke sammanfattning och statistisk.....	8
MS sammanfattning och statistisk .....	9
Tidigare forskning.....	11
Vårdgivares perspektiv av vårdköer & etisk stress .....	11
Patienters upplevelse av att vänta på vård .....	13
Teoretiskt perspektiv.....	16
Arbetsrelaterad stress utifrån JD-R modellen .....	16
Nya(re) implementeringar av JD-R.....	18
Valet att använda JD-R .....	18
Metod .....	19
Kvalitativ Metod .....	19
Semistrukturerade intervjuer.....	19
Förförståelse & Urval .....	19
Etiska överväganden .....	20
Dataanalys.....	21
Det teoretiska anspråket inom dataanalysen .....	22
Analysprocessens sex steg .....	23
Resultat och analys .....	26
Värdet av information .....	26
Standardiserade formulär och tillgång till väntelistan .....	27
Informationsspridning.....	28
Fördelar och frustrationer .....	30
Upplevd etisk stress när förutsättningarna saknas .....	30
Etisk stress som något positivt.....	31
Sjukdomens påverkan av att behöva vänta på vård .....	31
Effektivisering.....	33
Diskussion och framtida forskning.....	35
Att se framåt.....	37
Referenslista.....	38
Bilaga 1: Informationsbrev .....	42
Bilaga 2: Samtyckesformulär.....	43
Bilaga 3: Intervjuguide .....	44
Bilaga 4 Genomförd första kontakt statistisk SKR.....	45

## Introduktion & Problemformulering

Om vi hade mer tid, mer personal och mer resurser, då hade vården varit bättre. Detta påstående som påpekar brister inom sjukvården kan man ofta se i debattartiklar och nyhetsinslag (DN 2023; DN 2024). Dessa brister kan påverka vårdpersonal från olika aspekter och sätter därmed press på dem utifrån vad de anser vara god etisk vård. Denier (2021) menar i sin artikel om etisk vård inom psykiatrin att god etisk vård kommer från följande frågeställning: Kan vårdpersonal realisera sina värderingar och visioner för god vård i deras dagliga arbete? Vårdpersonal vill göra vad som är rätt för de som är i behov av deras hjälp. När vårdpersonal inte kan utföra sitt arbete utifrån sina etiska principer, antingen av interna eller externa faktorer, när de hamnar i situationer de inte kan förändra då ökar riskerna att vårdpersonal hamnar i etisk stress (Denier 2021). Etisk stress hos vårdpersonal beskrevs först av Jameton (1984) som en negativ emotionell respons på upplevda etiska misslyckanden i utövandet av sitt yrke. Till en början hade det en stark psykologisk ton med känsla av maktlöshet, ilska eller skam. Det har dock numera skiftat till att vara multidimensionellt utifrån flera olika forskningsaspekter och kan påverka individer inom olika yrken och inte bara sjukvård. Etisk stress uppstår när en individ utifrån dennes moraliska värderingar inte kan hitta en acceptabel lösning på en situation. Stressen uppstår vare sig situationen beror på externa faktorer som arbetstid och arbetsuppgifter, eller interna såsom bristande stöd (Bengtsell et al. 2021; Denier 2021).

Varcoe et al. (2012) förklarar etisk stress som en relationell upplevelse som skapas av flera kontexter, inklusive de socio-politiska och kulturella kontexterna av arbetsmiljön. Det behövs generellt två saker för att få etisk stress. Det är en situation som är etiskt svår där ett agerande behövs och att något hindrar detta agerande från att ske (Bengtsell et al. 2021; Fantus et al. 2017; Førde & Aasland 2008). Etisk stress är sällan en engångsföreteelse som sedan leder till kronisk sjukdom. Det är när den etiska stressen är ihållande under en längre period som sjukdom kan uppstå (Bengtsell et al. 2021).

Biologiskt skiljer sig inte etisk stress från någon annan form av stress. Hormoner utsöndras vilket ökar pulsen, luftvägarna öppnas och mer syre pumpas till musklerna. Stress i sin biologiska enkelhet är ett ökat läge av beredskap kopplat till fara (Bengtsell et al. 2021). Hur den tar sig i uttryck är dels kopplat till tidigare liknande situationer vi upplevt samt huruvida vi aktivt väljer att agera eller gör det omedvetet. Vissa stressreaktioner går att träna bort och omedvetna reaktioner går att göra medvetna, vilket möjliggör för individen att bibehålla kontrollen över stressen. Ett antal vanligt förekommande reaktioner vid etisk stress är oro,

grubbel, irritation, uppskjutande, överdrivet kontrollerande alternativt informera samt över- eller underengagemang. Ingen reaktion är i sig fel att ha (Bengtzell et al. 2021).

Etisk stress skiljer sig från andra typer av stress, såsom arbetsrelaterad stress, emotionell stress eller empatitrötthet. Samtidigt kan närvaron av andra typer av stress framkalla etisk stress. Tidigare forskning inom etisk stress visar att de som är påverkade kan uppleva att de har förlorat en del av deras personliga och professionella integritet - att de inte utövar sitt arbete utifrån sin standard och värderingar eller att de övergivit sina etiska principer (Lamiani et al. 2017; MacCarthy & Gastmans 2015; Trautmann 2015).

Studier som utforskat etisk stress har enligt Varcoe et al. (2012) primärt fokuserat på sjuksköterskor under 90-talet. Det har dock visat sig att även andra vårdgivande professioner kan påverkas av etisk stress liksom patienter och anhöriga som också befinner sig i svåra situationer. Varcoe et al. (2012) hänvisar till tidigare studier som benämner att sjuksköterskor lider av etisk stress i större omfattning än annan vårdpersonal. Detta utifrån sjukvårdens hierarki och att deras auktoritet är begränsad. Läkare är en annan yrkesgrupp som i stor omfattning upplever etisk stress utifrån interna och externa faktorer. Dessa kan bland annat vara att de inte kan fullfölja vården för vissa patienter, tidsbrist, långa väntetider samt brist på olika resurser som ekonomi eller personalbrist. Street och Duckett (1996) ställde sig frågan om huruvida en vårdkö är nödvändig utifrån ett ekonomiskt perspektiv. Prioriteringen för vården då var huruvida patienten hade råd att vänta utifrån att den väntan leder till sämre hälsotillstånd kontra kostnaden för sjukvården att prioritera patienten. Väntelistor kan ha ett syfte i att sjukhusen kan optimera deras faciliteter och patienter kan förbereda sig inför eventuella ingrepp. Dock tenderar det att skapa mer skada än nytta för patienter utifrån att de får leva med smärta och ångest och det skapar oro kring att inte veta när de kan förväntas få vård. Street och Duckett (1996) hänvisar till tidigare studier för att belysa att patienter exempelvis ställer in resor från hemorten i risk att bli av med sin plats i vårdkön.

Denna dualitet av att vårdpersonal blir lidande av faktorer de inte kan påverka, såsom vårdköerna, brist på personal och resurser, samt att de patienter som är i kö lider under tiden de väntar på vård är ett komplext problem som är värt att belysas.

## Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka hur vårdpersonal på en öppenvårdsavdelning, med inriktning neurologi, i Skåne påverkas i sitt arbete utifrån vetskapen kring långa vårdköer. Detta utifrån deras arbetsuppgifter såsom patientvård, administrativa krav, samarbete med kollegor samt eventuella krav på att hantera vårdkön.

## Frågeställning

- Påverkas vårdpersonal av etisk stress på grund av långa vårdköer?
- Hur resonerar vårdpersonal kring patienternas situation av att behöva vänta på vård?

## Studiens begränsningar

Utifrån begränsningar i omfattning och tid för att kunna genomföra denna studie kommer endast personalens perspektiv att beaktas i relation till vårdköerna. Det kommer dock visas på patienters perspektiv bland annat i avsnittet tidigare forskning för om inga patienter är i vårdkö kan inte personal uppleva eventuella bekymmer med vårdkön.

## Begreppsförtydligande

Nedan kommer en förklaring på begrepp och hur dessa används i denna studie för att minska eventuella missförstånd.

Bengtsell et al. (2021) beskriver att det finns flera olika definitioner av etisk stress och dess närliggande begrepp såsom samvetsstress och moralisk stress. Där en distinktion är viktig är mellan begreppen moral och etik då de i vardagligt tal tenderar att användas synonymt. Skillnaden är att etik är vår reflektion och värderingar kring moraliska handlingar medan moral är de handlingar vi faktiskt utför. Etisk och moralisk stress belyser två perspektiv på samma problem (Bengtsell et al. 2021; <https://smer.se/etik>) I internationella sammanhang används begreppet “moral distress” både synonymt med handlingen som utförs och etiken bakom det. I denna studie används begreppet etisk stress som de begränsningarna vårdpersonal har i sitt agerande utifrån externa och interna faktorer.

Hälso- och sjukvårdskurator är ett begrepp som inte är vedertaget inom internationella sammanhang. Det kan finnas olika benämningar inom engelsk litteratur såsom “hospital social worker” eller “hospital counsellor”. Då studierna som visas i avsnittet tidigare forskning inte påvisar vilken akademisk bakgrund kuratorerna har eller deras exakta arbetsuppgifter skapas en svårighet i översättning gällande exakt utbildning som krävs för att kunna arbeta som en “hospital social worker”. I denna studie kommer ordet “kurator” användas trots att det kan vara att en internationell studie syftade till någon som i svensk kontext ej skulle haft titeln hälso- och sjukvårdskurator.

Rehabilitering inom öppenvården sker dagtid på vardagar och finns för de patienter som har behov av specialiserad teambaserad vård efter skada eller sjukdom. I arbetsgrupperna ingår ofta arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska, läkare, kurator eller psykolog. Utifrån remiss från annan vårdinstans eller egen vårdbegäran görs en bedömning om patientens rehabiliteringsbehov är omfattande nog. Rehabiliteringen är tidsbegränsad och kan utföras både i grupp och individuellt. Öppenvårdsrehabilitering är till för patienter som har behov av en mer intensiv rehabilitering än vad kommunen eller primärvården kan eventuellt erbjuda. I denna studie har en öppenvårdsavdelning med fokus på neurologiska skador såsom MS, stroke eller andra skallskador valts som fokus. Öppenvård finns för andra besvär såsom smärtbehandling, missbruksproblematik med flera (1177 U.Å)

I Sverige är det lagstadgat i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 9Kap 1§ att regionerna ska erbjuda vårdgaranti som försäkrar att den enskilde inom viss tid ska få kontakt med primärvården, medicinsk bedömning eller besök till specialiserad vård. På Sveriges

kommuner och Regioner (2023) hemsida, SKR, kan man se tidsramarna som finns inom vårdgarantin. Det ska gå 90 dagar från remiss till specialiserad vård som patienten ska få komma på bedömning. Därefter har vårdavdelningen 90 dagar ytterligare på sig efter beslut om åtgärd att påbörja denna. I bilaga 4 kan man se att väntetiderna inom rehabiliteringsmedicin endast lyckats genomföra sitt första patientmöte med 79% av de remitterade patienter inom 90 dagar. Statistik på patienter som väntar på rehabilitering som är väntande inför åtgärd finns inte att hitta bland SKR statistik. I detta arbete kommer termen vårdkö användas för de patienter som har genomgått en bedömning och sedan väntar på att påbörja rehabilitering.

### Sjukdomsförloppet stroke och MS

I detta avsnitt presenteras de två huvudsakliga målgrupperna inom rehabiliteringvård för neurologi. Detta för att läsaren ska få en inblick i hur sjukdomarna påverkar patienter och hur vårdförloppet ser ut. På arbetsplatsen där denna studie är utförd får alla patienter som hamnar i vårdkö efter en bedömning hemuppgifter på vad de kan göra under tiden de väntar på att påbörja deras rehabilitering. Dessa kan vara att fokusera på andra sjukdomar i kroppen, att ta kontakt med primärvården för att få hjälpmedel till hemmet eller att känna efter i sina hem vad kan patienten klara av själv och vad behöver den ytterligare hjälp med.

### Stroke sammanfattning och statistisk

Enligt statistik från Socialstyrelsen (2023) är stroke den tredje vanligaste dödsorsaken i Sverige, mellan 25 000 – 30 000 får en stroke årligen. Stroke är ett samlingsnamn för kärlsjukdomar i hjärnan som skapar akuta neurologiska symptom. I 85% av fallen orsakas stroke av en blodpropp, medicinskt kallad akut ischemisk stroke, och de resterande 15% är en blödning antingen inne i hjärnvävnaden eller mellan hjärnhinnorna. Vid en stroke uppstår det syrebrist i någon del av hjärnan vilket leder till att cellerna dör (Socialstyrelsen 2022). Vården kring stroke är ojämn och ny kunskap utvecklas kring diagnos, behandling och rehabiliteringsinsatser. Stroke är en somatisk sjukdom som Jönsson (2012) menar är den vanligaste orsaken till funktionshinder hos vuxna och orsakar flest vårddagar i Sverige. En del av de drabbade har mindre symptom som efter akutvårdstiden kan försvinna eller förbättras, dock har en stor andel kvarvarande funktionsnedsättningar som förändrar livet för patienten och dess anhöriga livet ut. Jönsson (2012) förklarar att traditionellt inom strokevård läggs fokus på det akuta omhändertagandet. Samtidigt bör man inte förbise den långa återhämtningsprocessen som med både rehabilitering och uppföljning inom primärvården är viktig för återhämtningen. Detta skapar behov av både akutmedicinsk behandling och vård



men även fortsatt rehabilitering och stödinsatser.

På 1177 (2023) beskrivs rehabiliteringsförloppet efter en stroke följande, under de första månaderna sker oftast stora förbättringar samtidigt som förbättringar fortfarande kan ske flera år efter en stroke. Träningen man bör genomföra till en början är oftast inriktad på funktionsförbättringar såsom balans, styrka och rörelseförmåga. Vid en stroke är det vanligt att upplevelsen av sig själv förändras utifrån eventuella kommunikationssvårigheter och rörelsebegränsningar. Att man har lättare för att bli trött är även en vanlig effekt efter en stroke. Över tid kan man hitta nya strategier eller återfå funktioner. Det är vanligt att rehabiliteringen sker i hemmet av olika yrkesgrupper såsom arbetsterapeuter och fysioterapeuter. De har ofta samarbete med läkare och andra vårdyrken, såsom hemtjänst, i syfte att underlätta och stödja patienten i hemmet. Rehabilitering i hemmet brukar anses vara positivt då den kan anpassas för hemmiljön vilken är mycket mer naturligt än på ett sjukhus (1177 2023).

Hu et al. (2018) sammanfattade implementeringsförslagen som Socialstyrelsen kom med angående nya riktlinjer kring arbetet med stroke 2018. En förändring som skedde var att man skulle gå från traditionella metoder till evidensbaserade utifrån forskning. Artikeln belyser begreppet neuroplasticitet vilket är hjärnans kapacitet för återhämtning och rehabilitering genom att hjärnan anpassar sig utifrån skador den erhållit. Artikeln benämner forskning kring plasticitet av hjärnan och hur återhämtning är som störst under de första månaderna efter en stroke, även om takten av återhämtning avtar över tid finns den med under hela ens liv. Hu et al. (2018) visar på faserna kring stroke och dess återhämtning. I det superakuta stadiet sker ingen återhämtning, samtidigt varar den fasen de första 24 timmarna efter en stroke sker. Dock redan under det akuta skedet, efter de första 24 timmarna och första sju dagarna därefter påbörjas funktionsförbättringen. Den ökar sedan stadigt under det tidiga subakuta stadiet som pågår i upp till tre månader efter stroke. Det är under denna fas mest återhämtning sker. Artikeln belyser att funktionsförbättring fortfarande kan ske när man uppnått det kroniska stadiet, 6 månader efter stroke, dock inte i samma takt som tidigare.

MS sammanfattning och statistisk

Neuroförbundet (2018a) förklarar att MS, Multipel Skleros, är en neurologisk sjukdom som sitter i hjärnan och ryggmärgen. När man har MS angriper kroppens egna immunförsvar myelinet, ett skyddande skikt runt våra nervtrådar, och då uppstår en inflammation och ibland kan även nervtrådarna skadas. De vanliga symptomen av MS är känselbortfall, värk, balanssvårigheter samt trötthet. Cirka 20 000 personer i Sverige har MS, majoriteten är

mellan 20 och 50 år gamla när de får diagnosen.

1177 (2022) förklarar att det finns fyra former av MS. Den vanligaste är MS med skov där sjukdomen uppstår i perioder med besvär som varar från några dagar till några månader. Symptomen man har under ett skov kan återgå helt eller delvis, tiden mellan skoven varierar för varje individ. Sekundär progressiv MS är vanligt att man får när man har haft sjukdomen i cirka tio år och innebär att även mellan skoven är man i sämre hälsa, balanssvårigheter är vanliga med sekundär progressiv MS. Primär progressiv MS innebär att man inte har skov utan i stället sker en gradvis försämring av besvären från början som aldrig avtar. Godartad MS är när man trots många år med diagnosen inte får några bestående besvär, denna form av MS kan bara fastställas när man kan se hela sjukdomsförloppet och hur de har förändrats över tid. Neuroförbundet (2018b) presenterar olika former av behandling av MS och förklarar att MS har inget botemedel, däremot har man kunnat utveckla mediciner som är tillräckligt effektiva för att i vissa fall ta bort alla spår av sjukdomsaktivitet. MS-patienter kan få injektioner, dropp, tabletter eller stamcellstransplantationer. Behandlingen är beroende av patientens sjukdomsbild och generella hälsotillstånd. Rehabilitering vid MS omfattar flertalet professioner, mediciner samt hjälpmedel. Detta för att förebygga, bibehålla och förbättra fysiska och psykiska funktioner samt välbefinnande. Rehabilitering bör vara anpassad utifrån individen baserat på livssituationen. Utifrån rehabilitering kan man även öka kunskapen kring sin diagnos.

## Tidigare forskning

Denna studie ser på hur vårdgivare upplever etisk stress i deras arbete utifrån vårdköerna. I denna del kommer tidigare forskning belysas kring vårdgivare och etisk stress, samtidigt kommer forskning utifrån patienters upplevelse av att vara i kö till vård belysas för att visa på att det är både vårdgivare och patienter som lider av långa och ovissa kötider. De nedanstående studierna har hittats genom sökning i LUBsearch Discovery. Sökord som använts är bland annat "hospital waiting time" "ethical stress healthcare" "moral distress healthcare" "hospital social worker ethical stress". Artiklarna är från flertalet länder och samtliga är "peer reviewed" granskade. Det fanns överlag få studier med inriktningen med vårdköer och öppenvårdsrehabilitering, därmed har studier med samma fokus dock inom andra medicinska områden valts att presenteras då som tidigare nämnt kan etisk stress förekomma inom flertalet olika medicinska områden.

### Vårdgivares perspektiv av vårdköer & etisk stress

Långa vårdköer kan ha påverkan på vårdgivare, en studie av McGill et al. (2021) på Island visade på hur logopedier kände kring de långa väntetiderna och hur de påverkade dem negativt i deras arbete. Väntelistor är vanligt förekommande i länder med allmän hälsovård där begränsade resurser ska fördelas över en stor population. Logopederna upplevde stress, ångest och oro då de hade många patienter på kö som fick vänta länge, personalen hade begränsade resurser och ett icke optimalt prioriteringssystem för patienterna.

Fantus et al. (2017) har undersökt hur kuratorer på sjukhus upplever etisk stress utifrån deras roll på sjukhusen. Etisk stress beskrivs som en integritetskompromissande upplevelse som skapas när ens personliga, professionella och organisatoriska värden hamnar i konflikt. Detta kan vara att man anser att en patient exempelvis inte borde skrivas ut, dock måste man utifrån påtryckning från chefer och andra yrkesgrupper. Artikeln belyser att etisk stress är i mycket högre grad utforskat för andra vårddyrken såsom sjuksköterskor. Det finns väldigt lite forskning kring hur kuratorer inom hälso- och sjukvården påverkas utifrån deras unika yrkesroll samt att de har ofta en variation i deras arbetsuppgifter såsom utskrivning, case management samt stödjande och informativa samtal med patienter och anhöriga.

I en litteraturstudie undersökte Kherbache et al. (2022) hur etisk stress uppstår inom sjukvården i USA. Författarna hänvisar till tidigare studier som pekar på att mer än hälften av läkare rapporterar medel till höga nivåer av etisk stress. Etisk stress har påvisats uppstå i alla medicinska sammanhang samt att man inte har kunnat se skillnad mellan kön och socioekonomiska faktorer. Den faktor som spelar in är ålder, där etisk stress har en högre

frekvens att uppstå samtidigt som den är mindre intensiv. Det visar sig att arbetslivserfarenhet inte är associerad med mer eller mindre etisk stress. Kherbache et al. (2022) ger exempel på flera tidigare studier som visar på hur externa begränsningar såsom tidsbrist, ekonomiska samt personalmässiga begränsningar är faktorer som bidrar till etisk stress. Andra externa faktorer som kan bidra till etisk stress är dålig kommunikation mellan kollegor, låg tolerans för kritik samt svagt samarbete mellan kollegor. Utifrån Kherbache et al. (2022) finns ett flertal faktorer för etisk stress och hur dessa yttrar sig. Några exempel är som tidigare nämnt de externa faktorerna såsom tidsbrist eller att läkare måste sitta med administrativa uppgifter i stället för vara med patienter. Kliniska situationer som kan uppstå utifrån figuren är exempelvis att de behöver ge vård som inte har patientens bästa i åtanke. Konsekvenser av dessa orsaker kan vara en känsla av frustration, skam eller ilska. Det kan även yttra sig fysiska symptom såsom sömnproblem, huvudvärk och utmattning.

Mukherjee et al. (2009) genomförde en enkätstudie i Chicago med syfte att undersöka etisk stress bland vårdpersonal inom rehabilitering och vad man kunde göra för att lätta på stressen. Målet med enkätstudien var att insamla information kring vilka etiska svårigheter personal arbetar med dagligen. Dock inte utifrån en frekvensgrad av etisk stress utan snarare vilka situationer som var etiskt svåra. Utifrån en urvalsgrupp på 1200 respondenter fick de respons av 207. Mukherjee et al. (2009) påpekar trots lågt deltagande samt att generalisering av studien bör göras sparsamt ger studien ändå en inblick över de etiska bekymmer som vårdpersonal kan ha. Tre kategorier framkom från dataanalysen. Institutionell etik var den största kategorin, detta ringade in teman såsom hälso- och sjukvårdsersättning, personal, speciell behandling för patienter och resursfördelning. Temat hälso- och sjukvårdsersättning syftade till att personal inte kunde med gott samvete föreslå behandling eller stödverktyg om de var medvetna att patienten inte hade råd med det eller om deras försäkring täcker kostnaden. Samma gäller för de patienter som hade råd att vara inlagda och som valde att stanna på sjukhuset längre, vilket i sin tur skapade mindre möjligheter att hjälpa andra som var i behov av vård (Mukherjee et al. 2009).

Den andra kategorin var yrkesutövning, där professionalism var det största temat. Professionalism innefattar god kommunikation, ansvarstagande och engagemang i sin yrkesutövning. Sanningsenlighet i sin yrkesutövning mot patienter eller i situationer där anhöriga ber vårdpersonal att undanhålla information från patienten för att lindra eventuellt lidande om de skulle ha fått all information. Den tredje kategorin var kliniskt beslutsfattande där temat målsättning handlade om konflikter mellan personal och anhöriga samt hur vårdpersonal lägger fram information till patienter. Exempel från artikeln är att delmål ej följs

av anhöriga eller att en prognos i det akuta skedet kring återhämtningen ska ske (Mukherjee et al. 2009).

### Patienters upplevelse av att vänta på vård

En översiktsstudie av Gagliardi et al. (2021) såg på hur den ökade väntetiden för planerad vård under Covid-19 pandemin skapade oro och otrygghet för de som väntade på vård. Uppskjuten behandling och operationer kan associeras med att sjukdomsförloppet skyndas på eller att dödligheten ökar. Patienters mentala mående kan även försämrats både för de som är i mer akut läge av vård samt för de som är i behov av vård för livskvalitetshöjande behandling som inte är livshotande. Gagliardi et al. (2021) visar på hur tidigare forskning vid pandemier fokuserade på hur man logistiskt ska hantera väntelistor och inte den psykologiska aspekten hos patienterna som är på väntelistan för vård. Utifrån sökord och fokus på temat kring hur väntetid påverkar den mentala hälsan hittades 51 studier, dessa var från 2010 till 2019 och från 19 olika länder. Sammanfattning av denna översiktsstudie visade på att de flesta patienter som väntade på vård hade ångest eller depression vilket påverkade deras sociala liv och bröt ner deras tillit till vårdssystemet. De med sämre socioekonomisk status, svaga copingstrategier eller längre väntetider påverkades mest. Utifrån de analyserade studierna kunde Gagliardi et al. (2021) hitta tre teman på patienters önskemål på hur de ska hantera deras tid i kö till vård. Det första temat var att vårdpersonal ska erkänna vilka effekter kötiden har på patienters psykiska hälsa. Utifrån personcentrerad vård är det en grundpelare för god vård där man bekräftar patienters känslor och förmedlar empati samt stöd för situationen de befinner sig i. Relaterat till bekräftelsen påvisar författaren begreppet säkerhetsnät. Där vårdpersonal ger råd om vad de ska göra härnäst, vem de kan ta kontakt med om symtom skulle uppstå och uppföljande vård. Det andra temat är kamratstödsgrupper som kan hjälpa dem att hantera deras vårdkö. Det finns flertal olika sätt detta stöd kan tillämpas och den var tillämpbar samt effektiv för en rad olika tillstånd. Det tredje var att patienter i kö önskade få periodisk uppdatering kring deras plats i kön, vilka prioriteringsregler som fanns och uppskattad tid för behandling/operation (Gagliardi et al. 2021). Studien belyser hur det finns lite forskning i hur vårdköer påverkar den mentala hälsan hos patienter i kö trots att vårdköer är ett vanligt förekommande problem inom hälso-och sjukvård.

I sin avhandling diskuterar Hanning (2005) bland annat konsekvenser av att vara i kö till vård i Sverige. Hur vissa studier visar på att längre kötider kan negativt påverka patienters hälsa och effekten av den planerade vården. Det finns även de studier som visar att kötiden inte påverkar utfallet i någon större omfattning. Detta utifrån att kösystemets

prioriteringsbehov fungerar där de mer omfattande negativa konsekvenser av att vara i kö inte hinner träda i kraft. Ett större problem enligt Hanning (2005) är att de som är i kö till vård väntar på de insatser som ökar deras livskvalitet och under deras väntan ökar risken för ångest, oro och depression. Utöver detta kan denna period av väntan leda till att patienten är i större behov av stöd från samhället. Långa kötider kan vidare göra att bedömning om aktuell vård skiftas när vården väl ska påbörjas utifrån att symptom och behov har ändrats. Under tiden patienter är i kö till vård behöver de dessutom oftast vara sjukskrivna på del- eller heltid. Hanning (2005) diskuterar även de positiva aspekter som finns av att vänta på vård, att patienter har möjligheter att förbereda sig för vården och att det kan finnas behov av att vänta på vård för rehabilitering eller efter operationsvård.

Walker (2009) genomförde en studie i Kanada där hon undersökte hur det var att vänta på vård. Genom kvalitativ datainsamling fick hon fram ett resultat som pekade på att många helt enkelt hade satt sitt liv på paus i väntan på vård. Walker (2009) förklarar hur deltagare i studien fick jaga sina vårdgivare för svar angående deras kötid och oftast fick till svar om att det fanns personer före dem i kön eller att de skulle sluta höra av sig för det hjälpte inte. Walker (2009) belyser även att vårdgivarna hamnade i stress över att inte kunna hjälpa deras patienter utan behövde i stället härbärgera patienternas negativa känslor inför vården som helhet. Denna studie är visserligen gjord utifrån allmänmedicinskt perspektiv och inte specifikt riktad mot öppenvårdsrehabilitering, dock som Walker (2009) själv beskriver det fanns det få studier som belyste patienters upplevelse av att vänta på vård.

En studie av Liddy et al. (2017) kring hur patienter upplever väntetiden och hur den påverkas deras liv inför behandling med kronisk smärta belyser att de flesta som medverkade i studien upplevde att väntetiderna var för långa. Genom enkätstudie med 29 frågor och 66 deltagare såg Liddy et al. (2017) att 63% av deltagarna ansåg kötiden var för lång. 94% upplevde att det påverkade deras liv negativt kring oro över sjukdomen, hur smärtan påverkade deras dagliga liv eller de har varit hemma sjuka från skola eller arbete. Studien själv belyser att den är svår att generalisera till övrig vårdinsats och även till annan vårdinsats gällande kronisk smärta då alla deltagarna var högprioriterade för behandling. Samtidigt belyser den vikten av patientperspektivet kring att vänta på vård och inte endast se det från vårdgivarens perspektiv.

I en studie av Shahpari et al. (2021) undersöktes hur telefonbaserad orienteringsprogram kan underlätta ångest inför en undersökning, i denna studie var det specifikt inför kranskärldröntgen. Studien bestod av en klinisk prövning med 70 deltagare som blev slumpmässigt placerade i en kontrollgrupp, som fick inga ytterligare insatser, och en

interventionsgrupp som fick telefonorientering med avlastande och informativa samtal inför deras besök. Resultaten av studien visade på att de som fick interventionen hade dämpade ångestnivåer både inför och efter ingreppet. Studien belyser vikten av att hantera patienters ångest under vänteperioder och förespråkar telefonbaserade interventioner som ett verktyg för att hantera ångest relaterat till medicinska procedurer (Shahpari et al. 2021).

Sammanfattningsvis kan man se att etisk stress påverkar både patienterna och vårdpersonal på olika sätt. För vårdpersonal kan detta vara både externa faktorer som krav från organisationen att ta in eller skriva ut patienter trots vårdpersonal anser det inte är lämpligt. Även interna faktorer förekommer för vårdpersonal i situationer med etisk stress som kan negativt bidra med att försämra arbetsmiljön. För patienterna förekommer vanligtvis oro och ångest inför att de inte kan leva sina liv som vanligt utan endast väntar på vård.

## Teoretiskt perspektiv

I detta avsnitt kommer det teoretiska perspektiv som har valts för att analysera resultatet att presenteras. Det teoretiska valet har utgått från möjligheten att kunna koppla det till syftet med studien som är hur vårdpersonal påverkas av etisk stress i sitt arbete utifrån långa vårdköer.

### Arbetsrelaterad stress utifrån JD-R modellen

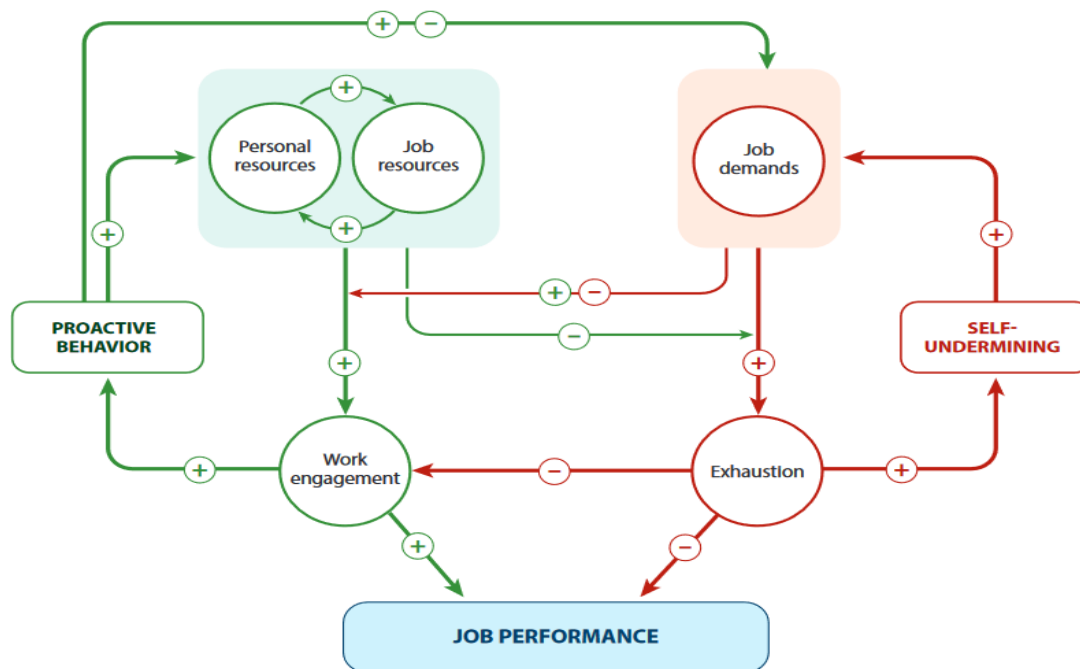
Karasek och Theorell (1990) la grunden för krav-kontrollmodellen utifrån deras tio år långa studie med mer än 5000 deltagare. De menade att endast symptomen till stress bearbetades och roten till varför stress uppstod avfärdades med att det var oundvikligt. Krav och kontroll är nyckelbegreppen som presenterades i studien. Krav innefattar de fysiska, psykiska eller sociala krav som arbetsuppgifter ställer på arbetaren. Detta kan inkludera tidskrav, prestandakrav och hur mycket arbete som ska utföras. Kontroll är den mängd autonomi en arbetare har över dels sina arbetsuppgifter, dels sin arbetsmiljö. Med detta kan man styra över hur och när arbetsuppgifterna utförs (Karasek och Theorell 1990).

Bakker och Demerouti (2007) menar på att styrkan bakom Krav-kontrollmodellen är dess enkelhet, samtidigt som därinom finns dess svagaste länk. Krav-kontrollmodellen lyckas inte fånga den komplexa verkligheten inom arbetsorganisation utan visar på endast ett fåtal variabler. Demerouti et al. (2001) utvecklade arbetskrav-resursteorin, på engelska Job demands-resource model och hädanefter förkortad JD-R. Arbetskraven är de fysiska, sociala och organisatoriska aspekter av arbetet som kräver kontinuerlig fysiska eller mentala insatser. Arbetsresurserna är de fysiska, psykiska, sociala och organisatoriska aspekterna av arbetet som låter en genomföra ens arbetsuppgifter, sänka arbetskravens kostnad utifrån priset i välmående samt stimulera utveckling hos personalen. JD-R är flexibelt nog att kunna tillämpas till alla former av arbete vare sig kraven beskrivs som produktion eller människovård. Under åren har modellen utvecklats för att kunna användas inom flertalet fält av arbetsrelaterad stress, bland annat arbetsengagemang, arbetsprestanda, proaktivt beteende och organisatoriska och individuella insatser för att främja positiv arbetsmiljö (Bakker et al. 2023).

Teorin har genomgått flera revideringar (Bakker och Demerouti 2007; Bakker och Demerouti 2017) där modellen har förfinats och nya aspekter har vävts in. Deras senaste reviderade modell från 2017, se figur 1, har markant förändrats och förtydligats från deras första från 2001. I nuläget är JD-R en enhetlig arbetsdesignsteori som integrerar diverse stress från arbetet samt motiverande aspekter. I korthet förklarar teorin hur arbetskrav och



resurserna påverkar prestationen i arbetet genom de anställdas välbefinnande, inklusive utmattning samt arbetsengagemang, och hur anställda använder både proaktiva och reaktiva beteenden i sitt arbete för att påverka arbetskrav och arbetsresurser (Bakker et al. 2023). Man kan se arbetsresurser som både positiva och negativa aspekter som påverkar hur en individ kan hantera arbetskraven.



Figur 1: JD-R modell (Bakker et al. 2023, s23. Med tillstånd av författaren)

Ovanstående figur och dess flödesschema kan förklaras utifrån hälso- och sjukvård med ett fiktivt scenario inom sjukvården där begreppen inom JD-R står inom parentes för att belysa dem i kontext till arbetsuppgiften eller situationen. Detta för att konkretisera Figur 1.

Fiktivt scenario: Arbetsdagen inleds med att gå igenom schemat och förbereda patientmöten (Job demands). Kim är en positiv individ som brinner för att hjälpa människor (Personal resources) och upplever att arbetskamraterna alltid kan stötta vid frågor (Job resources). Utifrån att det är många patienter i kö till att få hjälp och att avdelningen inte kan hjälpa alla upplever Kim mycket stress över att alltid behöva försöka arbeta ikapp (Job demands leder till Exhaustion). Kim har ibland ifrågasatt sig själv om hen gör tillräckligt trots att Kim på senare tid ofta är mycket trött mot eftermiddagen (Exhaustion leder till Self-undermining). Kollegorna påpekar att Kim gör tillräckligt (Job resources, förebygger Exhaustion) och att de snart ska ha möte för att diskutera nya riktlinjer i arbetet som ska avlasta kösituationen (Proactive behavior). Kim möter chefen som berömmar hen för sina insatser och att Kim bidrar med god arbetsmiljö och ska vara stolt över arbetet de utför trots

svåra omständigheter (Job resources leder till Work engagement, leder till positiv Job performance).

### Nya(re) implementeringar av JD-R

Under åren sedan JD-R framfördes som en teori har som tidigare nämnt nya aspekter utvecklats. Två av dessa är personlighetens betydelse för arbetskrav och resurser samt ett flernivåperspektiv. Personlighet skiljer sig åt mellan individer medan arbetskraven, arbetsresurserna och personliga resurser skiljer sig åt inom individen. Som med originalvarianten av JD-R är arbetskraven hypotiserade att uppbringa utmattning och att underminera sig själv, vilket kan leda till en högre nivå av arbetskrav. Det som skiljer sig från den tidigare versionen av JD-R är att personligheten föreslås hantera de dagliga effekterna av arbetskrav och resurser på välbefinnande (Bakker et al. 2023).

Flernivåperspektivet inom JD-R tydliggör enligt Bakker et al. (2023) att individen inte är bunden endast till sig själv i sitt arbete utan utgår från ett team som utgår från en organisation. På den högsta nivån sitter ledningen som strategiskt bestämmer hur HR, Human Resources/personalavdelning, ska agera vilket format organisationens arbetsmiljö består av. Organisationen väljer ut och utbildar deras chefer som i sin tur väljer och utbildar ledare för arbetslag som leder över arbetarna. Från organisationen genomsyrar då arbetskraven och vilka resurser de fördelar som påverkar alla aspekter av arbetet. En HR-avdelning som arbetar för positiv arbetsmiljö och främjande resurser stärker arbetskravbelastningen samtidigt som det motsatta är sant.

### Valet att använda JD-R

Denna studie avser att undersöka hur vårdköer påverkar personalens mående utifrån vetenskap om vårdköerna. En av anledningarna till att JD-R valdes är att den vägleder utvecklingen av interventioner. Interventioner kan förekomma enligt Bakker et al. (2023) på både individuell och organisatorisk nivå. Organisationer och HR kan och bör arbeta för att förbättra arbetsengagemanget och lindra arbetskraven i den omfattning det är möjligt. De kan ha öppna dialoger med medarbetarna, fostra initiativ för förändring och erbjuda vidareutbildning. Vidare kan organisationen arbeta för att främja det psykosociala arbetsklimatet som innefattar huruvida arbetarna anser att ledningen har lyckats bygga och bibehålla struktur och rutiner. Arbetaren ska känna sig sedd av ledningen och kunna ha utrymme att påverka sitt arbete där det är möjligt för att främja bättre arbetsmiljö för hela avdelningen (Bakker et al. 2023).

## Metod

I detta kapitel kommer metodval och metodologiska övervägande att presenteras. Kapitlet innehåller redogörelse kring tillvägagångssätt, urval, datainsamling samt dataanalys.

### Kvalitativ Metod

Utifrån studiens syfte samt frågeställningar valdes en kvalitativ metod. Då kvalitativ metod bygger på den subjektiva uppfattningen kring verkligheten, att det finns inget rätt eller fel kring upplevelser eller åsikter (Henricson och Billhult 2023). Inom det kvalitativa fältet är forskaren intresserad av att beskriva, förstå och tolka deltagarnas upplevelse kring ett fenomen (Bryman 2011; Henricson & Billhult 2023).

Generell problematik med kvalitativ forskningsmetod är att resultaten är oerhört svåra att generalisera och replikera (Bryman 2011). I denna studie är syftet att undersöka om personal på en öppenvårdsmottagning blir påverkad av etisk stress utifrån vetskap om långa vårdköer. Därför går denna studie inte att applicera på vårdenheter där vårdköer är korta eller obefintliga. Studien är inte heller generaliserbar då urvalet är från en enda öppenvårdsmottagning. Dock kan resultaten användas som underlag för att undersöka liknande enheters behov av att undersöka huruvida deras personal påverkas av för etisk stress.

### Semistrukturerade intervjuer

Enligt Engström och Juuso (2023) är semistrukturerade intervjuer ett flexibelt tillvägagångssätt att genomföra kvalitativa intervjuer med. Intervjuaren har ett antal förberedda frågor men skyr inte undan från att låta deltagarna utveckla svar, eller att intervjuaren ställer följdfrågor såvida deltagarna och intervjuaren håller sig inom ramen för studiens syfte. Med semistrukturerade intervjuer är det av vikt att noggrant gå igenom intervjuguiden (bilaga 1) samt utföra provintervju. Detta bidrar till att få klagörande kring frågornas tydlighet. Provintervju kan ske genom intern testning där forskaren lämnar över intervjuguiden till en utomstående individ som får utifrån intervjuguiden utföra intervjun på forskaren. En annan metod är att överlämna intervjuguiden för expertbedömning. I denna studie har den senare metoden använts och där expertbedömningen har utförts av författarens handledare.

### Förförståelse & Urval

Vid kvalitativa studier bör forskaren reflektera kring sin erfarenhet, yrkesmässigt som privat samt vilken förkunskap forskaren har om det som ska studeras. Ofta i kvalitativa studier

förekommer det ett mindre antal deltagare än i kvantitativa. Inom kvantitativ forskning önskar forskare att urvalet ska kunna representera en större population och har därför andra grunder för urvalsstrategin. Med kvalitativ forskning önskar forskaren belysa mening och få fördjupad förståelse för ett fenomen. Studiens deltagare väljs inte ut slumpmässigt utan väljs med utgångspunkt i deras erfarenheter för det som ska studeras. Flertalet variabler är av vikt inför urvalsprocessen, dessa kan vara kön, utbildningsnivå, yrkeslivserfarenhet samt inkomst (Henricsson och Billhult 2023). Bryman (2011) diskuterar hur de flesta som gör kvalitativa studier och intervjuer använder sig av målinriktade studier då man försöker skapa ett sammanhang mellan deltagare och det som ska undersökas utifrån syftet med studien.

Urvalet för denna studie är yrkesverksamma som har patientkontakt inom öppenvårdsrehabilitering med neurologisk inriktning på en avdelning i Skåne. Statistik från Svenskt Register för Rehabiliteringsmedicin (2022) visar på att öppenvårdsrehabilitering har överlag långa vårdköer. Detta är något jag under min Verksamhetsförlagd utbildning, VFU, inom dagvårdsrehabilitering frekvent stött. All personal på avdelningen har blivit tillfrågad om deltagande. Av 14 tillfrågade medverkar 10 i denna studie. Yrkesgrupperna för denna studie blev arbetsterapeuter, fysioterapeuter, sjuksköterskor, kuratorer och psykologer.

### Etiska överväganden

Vetenskapsrådet (2002) har skrivit kring de forskningsetiska principer man ska tillämpa inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Vid varje forskningstillfälle bör riskerna av eventuell genomförd studie vägas mot vinsterna av forskningens resultat. Kravet att genomföra forskning väger i vissa fall tyngre än eventuella konsekvenser av forskningen. Samtidigt som även i de fallen behöver etiken kring forskningen övervägas.

Det finns fyra huvudkrav när det kommer till etiska överväganden vid forskning, dessa är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.

- Informationskravet utgår från att forskaren har ett ansvar att delge information om syftet med forskningen som ska bedrivas till deltagarna. Villkoren för deltagande ska tydliggöras för respondenterna, att deltagande är frivilligt och de har rätt att avbryta medverkan. Allt som kan påverka villigheten att delta i studien ska nämnas för respondenterna (Vetenskapsrådet 2002; Bryman 2011). Bilaga 1 visar på informationsbrevet samtliga respondenter fått ta del av när de tackade ja att delta i denna studie.
- Samtyckeskravet innefattar att deltagare i studien ska själva få bestämma över deras medverkan. Då denna undersökning kräver ett aktivt deltagande av studiedeltagarna

för att vara genomförbar behövs det samtycke (Vetenskapsrådet 2002). Bilaga 2 visar på samtyckesformuläret som har använts vid denna studie.

- Konfidentialitetskravet är det krav som i denna studie har behövts beaktas högst då alla deltagare till studien är kända för varandra. Kravet utgår från att alla deltagare ska vara omöjliga att identifiera i resultatet som presenteras. Vidare ska eventuella känsliga uppgifter såsom personuppgifter förvaras på ett sådant sätt att ingen obehörig har tillgång till informationen (Bryman 2011; Vetenskapsrådet 2002). Då intervjuerna har spelats in på en diktafon för sedan förvarats på en dator utan internetåtkomst under transkriberingsprocessen föreligger det minimal risk att informationen ska ha spridits utanför forskarens kontroll. Efter examination har inspelningarna raderats. Vidare har namn tagits bort under transkribering för att i stället ges siffror, vidare kommer inte kön, yrkestitel eller antal år inom fältet presenteras.
- Nyttjandekravet utgår från att den data som samlats in endast får användas för avsett forskningsändamål. Informationen får inte användas eller säljas för annat bruk (Forskningsrådet 2002). Detta har beaktats i denna studie.

En etisk aspekt som togs i beaktandet var om patienter skulle tillfrågas att delta i studien i stället för personal. Utifrån att det inte har funnits utrymme tidsmässigt att genomföra en etikprövning avfärdades denna aspekt tidigt under processen. Vidare skulle även en avvägning behöva göras om man skulle höra av sig till patienter som är i aktiv rehabilitering eller de som är i kö för att påbörja rehabilitering. Utifrån dessa aspekter och studiens begränsningar kan det ses som en större risk att tillfråga patienter att dela med sig av deras tankar att behöva vänta på vård än vad resultatet hade eventuellt kunnat ge. Riskerna i att intervjua patienter med neurologisk skada eller sjukdom är att en intervju kan vara energikrävande för dessa patientgrupper. Vidare kan påminnelsen om patienters eventuella långa vårdköer skapa stress och oro.

## Dataanalys

I denna studie har reflexiv tematisk analys valts för att analysera data som samlats in under intervjuerna. Kjellström (2023) menar att reflexiv tematisk analys har flera fördelar, att den passar flera målgrupper, den har en tydlig struktur och det är relativt enkelt att hitta stödmaterial när man ska analysera sin data. Reflexiv tematisk analys valdes utifrån att det tillåter teman att utvinnas ur datamaterialet. Det har gjort att det underliggande i vad respondenterna i studien framhävs utifrån forskarens uppfattning. Braun & Clarke (2021) menar på att analysen blir bara så bra som det datamaterial man samlat in, oavsett om det är

intervjuer, fokusgrupper eller enkätstudier. Det är med fördel som öppna frågor används för detaljerade svar där deltagare har möjlighet att resonera och vidareutveckla sina svar. Reflexiv tematisk analys syftar kring att skapa teman kring en grupp i stället för individer i och med detta är urvalet av särskild vikt inför reflexiv tematisk analys. Braun & Clarke (2022) menar på att kärnan i reflexiv tematisk analys är att forskaren är införstådd med sin subjektivitet den bär med sig in i datainsamlingen samt dataanalysen. När det gäller dataanalysen vid kvalitativa studier med reflexiv tematisk analys är fokus på text och mening. Resultatet ska bidra till att öka kunskapen inom ett fält genom att skapa en rik grund för förståelse med en begränsad vinkel utifrån studiens syfte.

Det teoretiska anspråket inom dataanalysen

Reflexiv Tematisk analys är inte en ateoretisk analysmetod enligt Braun & Clarke (2022), även om valet kan göras att inte presentera de teoretiska anspråken är de ändå närvarande. Med teori i detta avseende menas inte JD-R som är den förklarande teorin som har använts för att underbygga resonemangen kring resultatet och hur det är kopplat till vårdpersonals etiska stress kring vårdköerna. I stället är det teorier som ger den konceptuella grunden för hela dataanalysen. Detta är stora teorier om verkligheten, kunskap och vårt språk, det vill säga ontologi eller epistemologi. Ontologi handlar om att undersöka vad som existerar och hur det existerar, vilket är avgörande för att förstå världen och dess strukturer. Epistemologi är ansatsen som valts för denna studie. Detta då epistemologi är sökandet efter kunskap och hur den kunskapen har erhållits. Det fokuserar på att undersöka omfattningen av kunskap, samt på att analysera källorna, begränsningarna och giltigheten av kunskapen. Vilken kunskap är tillförlitlig och är källan till den kunskapen är frågor som epistemologi ställer sig (Braun & Clarke 2022). Inom den epistemologiska aspekten finns kontextualism, kontextualism fokuserar på att förstå ett fenomen inom sitt specifika sociala, historiska och kulturella sammanhang. Betoning finns att förståelsen av ett fenomen är bundet till kontexten i vart den uppstår. Då fokus för denna studie är att undersöka hur vårdpersonal på en avdelning blir påverkade av ett fenomen, vårdköerna, är kontextualism ett lämpligt utgångsläge.

En annan aspekt som övervägdes var huruvida en induktiv eller deduktiv ansats skulle användas. I den deduktiva ansatsen menar Braun & Clarke (2022) att man inte ska försöka bekräfta eller ifrågasätta sin teori mot datamaterialet utan vidhålla en viss öppenhet inför analysen. Man bör låta teorin vara en vägledare som ändå tillåter en att ta alternativa vägar till resultatet. Den induktiva ansatsen är att utgå från inget och se vart datamaterialet

utmynnar sig i, att låta kodarens analyser formars fritt (Braun & Clarke 2022).

Utifrån den semistrukturerade intervjuguiden har både en induktiv och deduktiv ansats använts vid kodningen av datamaterialet, detta kallas att man har en abduktiv ansats. Den deduktiva ansatsen har använts när frågor om etisk stress och hanteringen av den individuellt, inom organisationen och vilka stödsystem studiedeltagarna kan använda. Den har också använts för delar som kan härledas till JD-R och dess termer. De koder som har använts till de delarna av datainsamlingen har då varit *etisk stress*, *arbetskrav* samt *arbetsresurser*. Resterande koder är induktivt formade, De har uppstått organisk genom systematisk och gedigen dataanalys.

#### Analysprocessens sex steg

Analysprocessen består av sex steg i reflexiv tematisk analys. Det första steget är att läsa materialet. Här börjar man att transkribera, vid intervjuer, och därefter blir man bekant med sitt material genom att läsa igenom det om och om igen. Med fördel kan man även lyssna igenom materialet för att fånga upp nyanser såsom pauser och betoningar (Kjellström 2023). Eftersom inga stödverktyg användes under transkriberingen har jag blivit väl förtrogen med det datamaterial som har samlats in. Det transkriberade materialet har i sin helhet blivit 102 sidor. Längden på intervjuerna varierade där de kortaste blev 35 minuter och längsta blev 63 minuter. Intervjuerna blev tilldelade slumpmässiga siffror inför transkriberingen för att bibehålla pseudonymisering utifrån att alla deltagare känner varandra. Därmed kommer dessa siffror att presenteras i resultatdelen när transkriberad text visas i stället för yrkesgrupper eller liknande information som kan avslöja studiedeltagarna för varandra. Utifrån det insamlade datamaterialet anser jag att det insamlade materialet är mer än adekvat för att kunna skapa en nyanserad förståelse för syftet som studien ska försöka besvara.

Kodning är det andra steget vilket kännetecknas av att man arbetar sig igenom materialet för att plocka ut avsnitt som är intressanta eller meningsfulla för forskaren i avseende av forskningsfrågan. Detta gör att det överflödiga materialet plockas ut och man bibehåller det nyanserade (Braun & Clarke 2021). Kodningsprocessen gjordes genom att först lästes datamaterialet igenom i sin helhet, därefter valdes meningsbärande citat ut och fördes över till ett dokument för kodning. Därefter genomfördes samma process ytterligare tre gånger med ändringen vart genomgången av datamaterialet påbörjades. Detta för att låta datamaterialet kunna stå för sig själv och inte bli påverkade i att kodningsprocessen alltid började från första intervjun och går till sista i meningsföljd. Under den första genomgången av datamaterialet genererades över 150 olika koder. Under arbetets gång har dessa förfinats samt reviderats ner

till 30 koder. Man behöver inte vara rädd för att inte använda alla koder eller skriva om koderna, som kan ses som levande, fram tills analysen är skriven. Braun & Clarke (2022) menar att det inte heller är lämpligt att använda allt material för det då är det en återberättelse av materialet i stället för att forskaren försöker skapa ett analytiskt djup.

Nedan följer ett exempel på koder som generades under kodningsprocessen när förståelse inför påbörjan av rehabilitering för patienterna diskuterades, där den vänstra texten är det transkriberade materialet och den högra texten är koderna som generades.

Att få en patient förberedd och få information om lite vad som förväntas av patienten. Men också att vi är tydliga i teamet med vad vi kan erbjuda – Intervju 9	Rätt information i rätt tid Teambaserad rehabilitering
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

Nästa steg i processen är att skapa teman utifrån koderna. Man knyter samman olika koder för att skapa teman och det insamlade datamaterialet används i sin helhet och inte som isolerade händelser. Man sammanstrålar koder som är snarlika och skapar teman. Av vikt i den tidiga temagenererande fasen är att man tillåter sig att inte använda alla koder, koderna ska vägleda forskaren i att kunna svara på forskningsfrågan genom tematisering (Braun & Clarke 2022). Initialt uppstod 10 teman från koderna varav ett tema innehåll 8 koder vilket är för många koder för att innefatta ett tema. Under tematiseringsprocessen framkom tidigt ett tema kring information som nedan visas hur förfiningsprocessen för det temat var initialt och slutgiltigt.

Initialt tema Mer information behövs	Initiala koder <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bättre information</li> <li>• Rätt information</li> <li>• Vem ska ha informationen?</li> </ul>
Slutgiltigt tema Värdet av information	Slutgiltiga koder <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rätt information i rätt tid</li> <li>• Tydligare information</li> <li>• Rätt information till rätt person</li> </ul>

Det är av vikt att en ämnesöversikt inte är ett tema, då sammanställer man kring ett ämne bara vad deltagarna har sagt och inte vilka idéer och reflektioner som uppstod kring ämnet, även om deltagarna kan ha gett olika vinklar på ämnet är det inte vad reflexiv tematisk analys utgår från (Braun & Clarke 2022).

Braun & Clarke (2022) förklarar att det fjärde steget innebär att utveckla och utvärdera teman. Finns det tillräckligt meningsfull data för att skapa temat? Vill temat belysa något signifikant? Ett sådant tema som tidigt i analysprocessen fångades var ett tema om



information. Genom att se över koderna för information och sammanväva dessa till ett initialt tema och sedan se om temat kan stå för sig själv var en del av processen att färdigställa temat. Detta steg belyser även vikten av att visa åsikter eller iakttagelser trots deras allmänna vikt för forskningsfrågan inte väger tungt då det kan upplevas uppenbart (Braun & Clarke 2022). I denna studie hade ett tema som försöker fånga att vårdköer är dåligt för både personal och patienter vara ett exempel på ett tema som är av vikt för forskningsfrågan samtidigt som den är väldigt uppenbar för samhället i stort.

Femte steget är att definiera teman. Här ska en övervägning göras för hur man ska presentera teman för att inkapsla materialet. Att skriva definitionerna av teman kan vara till hjälp här utifrån varje tema som fångar in essensen av temat. En definition av ett tema kan ses som ett abstrakt för temat (Braun & Clarke 2022). I denna studie sammanfattades teman och granskades för att se huruvida de kunde fånga essensen av temat som ett test kring huruvida temat var gediget nog. I ”Resultat och analys” delen presenteras varje tema med en temabeskrivning.

Det sista steget är att presentera sin tematiska analys. Här visar man på hur metoden och resultaten har uppnåtts. Även i detta stadiet är man inte färdig med sin analys av datamaterialet (Braun & Clarke 2022). Det finns två stilar av presentation inom reflexiv tematisk analys och Braun & Clarke (2022) förklarar att en bra analys har ungefär 50/50 mellan de två delarna. De två delarna är illustrativ och analytisk presentation. Illustrativ presentation är att ge exempel från datamaterialet som exemplifierar temat, att fokusera på hur temat har manifesterat sig utan att ge en djupgående analytisk diskussion av dess innebörd. Analytisk presentation innebär att man förklarar och utforskaren innebörden och betydelsen av temat utifrån forskarens tolkning och förståelse av datamaterialet. Forskaren ska försöka ge en djupare förklaring över temat och dess relation till forskningsfrågan och det teoretiska ramverket (Braun & Clarke 2022). Teman bör följa en logisk och meningsfull följd där de bygger på varandra samtidigt som de kan stå separat i vad de vill förmedla. De två teman som presenteras i avsnittet ”Resultat och analys” är ”Värdet av information” som kommer presenteras först då detta tema har kunnat utvinnas ur alla studiedeltagare samt har ett brett perspektiv på just information. Detta tema har två underteman som är ”Standardiserade formulär och tillgång till väntelistan” samt ”Informationsspridning”. Det andra temat är ”Fördelar och frustrationer” som utöver information bygger specifikt på personalens tankar och förståelse inför patienter i vårdköen. Tre underteman identifierades som är ”upplevd etisk stress när förutsättningarna saknas”, ”Etisk stress som något positivt”, ”Sjukdomens påverkan av att behöva vänta på vård” samt ”Effektivisering”.

## Resultat och analys

Under kodning och tematiseringsprocessen har det uppkommit två huvudteman. Det första temat är “Värdet av information” och det andra är “Fördelar och frustrationer”. Först kommer temat beskrivas för att ge en kortfattad förståelse av innebörden kring temat. Därefter följs det av både illustrativa presentationer, för att visa hur temat uppstått från datamaterialet, och analytiska presentationer för att förankra temat utifrån teorival och tidigare forskning.

### Värdet av information

Utifrån det insamlade datamaterialet var olika former av information det mest framträdande gällande studiedeltagarnas etiska stress över vårdkön för patienterna. Detta handlade bland annat om vilken information patienter fick av vårdpersonal och hur personalen delade information sinsemellan. Utöver vilken information personal eller patienter fick förekom även diskussioner kring på vilket sätt och när i tid informationen skulle ges till patienterna.

Alla studiedeltagare uttryckte begreppet information både implicit och explicit. Oavsett hur de benämnde begreppet information är det fortfarande det mest bestående från studiedeltagarna hur de bemöter och hanterar den etiska stressen gällande vårdköerna. Mycket fokus låg på att se till att få patienterna mer informerade om vad rehabilitering innebär så de kan ta sig an rehabilitering med rätt förutsättningar samtidigt som det är patienten själv som bär ansvaret för att genomföra rehabiliteringen. I nedanstående datautdrag belyser studiedeltagaren information i förhållande till förståelse av vad rehabilitering är och eventuella svagheter som finns inom arbetsformen.

Det handlar ju naturligtvis om information. Det handlar om motivation. Det handlar om förförståelse. Och sen att man ska vara medveten om att en del personer kommer inte dit. Det kanske är. ... och det finns ju patienter som genomgående inte klarar det där. Och det ska man också vara medveten om. Och kanske inte bli alltför frustrerad över att vissa patienter kom. Där är det här arbetssättet inte det mest optimala för dem. För de klarar inte att delta i det. Och det är väl också det där att lära sig känna igen de patienterna och hur jobbar vi med dem. För att de kan inte jobba med en rehabplan eller sätta ut mål. –  
Intervju 9

Denna tanke kring att information i kombination med motivation och förförståelse leder till ökad chans för lyckad rehabilitering fungerar även för att avlasta vårdpersonal i deras arbete med patienterna. Här belys även tanken kring att alla inte kan tillgodogöra sig en rehabilitering på ett bra sätt. Om det sedan är utifrån patientens personlighet eller sjukdom eller skada som omöjliggör arbetssättet bör man nog kunna se att det oftast är kombinationen

av bägge. Ser man till förförståelsen har både Street och Duckett (1996) och Hanning (2005) berört att förberedelser inför vård är av vikt för att kunna avlasta patienters oro. Ju mer förberedd en patient är desto bättre kan vårdförloppet bli.

#### Standardiserade formulär och tillgång till väntelistan

En annan aspekt av informationen är om vårdpersonal ger samma information och på vilket sätt den ges. Från datautdraget nedan uppstår tankar kring standardiserade formulär för att undvika att information missas att ges till patienterna. Denna miss kan tolkas att den sker utifrån att vissa i arbetslaget har utifrån längre erfarenhet inom arbetet redan den informationen inarbetat och därmed finns inte behovet av ett standardiserat formulär.

Ja, men ett öppet, .... Att så här korta eller så här långa är våra genomsnittliga vårdtider. Att man gör ett dokument som patienterna kan få i början. ..., det här kan man förvänta av rehabiliteringen. Att man gör det tydligt. Och att det inte ligger på varje.... Alltså mycket av det som händer här, det ligger liksom på varje enskilda axlar att komma ihåg och komma att ta upp och så där. Och att man inte har något standardiserat. Som det här kan du säga, det här kan du informera om. Så blir det ju bättre än att jag ska komma ihåg alla sakerna från andra kollegor ... Som de har på ryggraden. - Intervju 7

Tanken att ha något standardiserat dels för att undvika att viktig information missas, dels för att avlasta vårdpersonal i att de arbetar lika kan ses som god. Även här ser man på information i relation till förståelse av rehabiliteringen men även på tydligheten för att minimera att vårdtiden för patienterna blir längre. Samtidigt bör man inte förlita sig helt på standardiserade modeller utifrån att sjukdomsbilden mellan två patienter med samma diagnos kan vara olika. Detta kan medföra att en patient kan bara tillgodose sig en del av den standardiserade informationen medan en annan patient kanske inte har kapacitet att tillgodose sig någon del. Vidare belyser datautdraget tankar kring arbetskraven och hur de kan leda till etisk stress för vårdpersonal, i detta fall att en checklista eller standardiserat formulär saknas (Bakker et al. 2023; Fantus et al. 2017). En annan aspekt är att de standardiserade formulären inte behövs utifrån att vårdpersonal kommer att ha tillräckligt med erfarenhet till slut för att kunna förlita sig på att de förmedlar information som patienterna behöver, både på korrekt sätt och även att väsentlig information inte missas att ges.

Under datainsamlingen blev innebörden av en etablerad väntelista synlig. Respondenternas beskrivningar visar att alla inte har samma tillgång och inblick i väntelistan samtidigt som väntelistan beskrevs som viktig och något som borde bli mer tillgänglig för arbetsgruppen.

Men att man liksom hade det lite mer stående. Att vi tittar över väntelistan. Lite mer rutiner för själva väntelistan. Nu blir det mer så här. Nu är många på väg ut. Nu kanske vi kan kika på den. .... Men samtal om väntelistan kanske vi skulle ha lite mer. Bara så att

man känner att den inte bara ligger där som ett okänt hot. Utan att man har någon slags synliggör. Lite känsla av kontroll. - Intervju 1

Ett synliggörande av väntelistan gör det möjligt för personalen att bli mer delaktiga i förändringsarbete, detta eftersom en öppen dialog kan hållas först när alla har tillgång till den information som finns. Förändringsprocessen för hur man ska synliggöra och ha ett problem i det öppna, där man vågar tala om problemet, är genom att främja en öppen dialog bland kollegorna. Genom att ta ett gemensamt ansvar och förhålla sig sanningsenlig både inför varandra som kollegor och inför patienterna över hur situationen är (Mukherjee et al. 2009; Kherbache et al. 2022). Om detta inte görs kan det eventuellt bidra till en ökad etisk stress för personalen.

#### Informationsspridning

En annan aspekt av information som lyftes av flera studiedeltagare är patienten och när i tiden denne ska få information. Datautdraget nedan visar på tankarna kring just när i tid informationen skulle ges till patienterna för att de på bästa sätt skulle kunna vara mottagliga.

Ja, det är ju information och kunskap om vad är det vi kan göra här och det är ju frågan när man ska lämna den. Vi har ju remisser och det kan man ju inför den remissbedömningen ge mer information om vad daglig rehab är. Vi behöver ju egentligen göra lite mer, vad ska man säga, ge mer information och kunskap generellt till patienter, till vården. Lite mer så att vi får rätt remisser. Så att det är ju både i vården och patientanhöriga som behöver mer kunskap. - Intervju 3

Gällande information har flera studiedeltagare utöver datautdraget i texten ovanför diskuterat information till andra vårdinstanser. Gällande information har flera studiedeltagare diskuterat information till andra instanser inom vården. Dels information till och från de vårdinstanser som skickar remiss för bedömning av rehabilitering, dels information till instanser som kommer ta vid efter utskrivning. I enlighet med JD-R faller tanken kring att ge mer information till patienterna både inom arbetskrav och arbetsresurser. Där arbetsresurserna då är att med rätt information får avdelningen in remisser i rätt tid och att informationen till patienterna skapar en trygghet i att kunna utöva sitt arbete. Detta leder då till ett arbetsengagemang och främjar resultatet av arbetet och innefattar proaktivt beteende som kan leda till att minska arbetskraven om det blir implementerat i arbetet (Jmf Bakker et al.2023).

Att ha välinformerade patienter som är införstådda med processen av varför de ska behöva vänta togs upp av flera studiedeltagare. De såg dock på skillnaderna beroende på sjukdomsbilden och patientens fysiska, psykiska och sociala hälsa. Att veta att man som patient behöver vänta inte alltid är av ondo så länge det finns ett syfte med väntan eller något

att göra under tiden för dem som är i behov av det. Nedanstående två datautdrag belyser vikten av information i relation till patienter som behöver vänta.

Jag tycker att det är viktigt att de får rätt information från den instansen som har skrivit remissen till oss. Att de kanske har fått vet att de får vänta. Vad ska de göra under tiden? Väntan är bra. Läkning är bra. Att de får den informationen. - Intervju 6

Jag tror det är viktigt att de är välinformerade att det kan vara betydelse att man inte börjar direkt. Men sen tycker jag inte de ska vänta för länge. En del av våra tycker jag väntar för länge innan de får komma in. - Intervju 10

Hur mycket information kan en patient med neurologisk skada eller sjukdom ta emot innan det blir för mycket? Då både stroke och MS påverkar hjärnan och energikapacitet i form av koncentration och ökad trötthet finns det en risk i att ge för mycket information samtidigt till dessa patienter (1177, 2023; Neuroförbundet 2018a). Samtidigt ska information som ges ha ett värde för patienten som bör ha som mål att avlasta eventuell ångest inför vårdkän. Samtidigt som att för lång väntan leder till negativa konsekvenser dels med fysiska hälsan av eventuellt försämrade symptom, dels det psykiska måendet av ångest och oro att man inte kommer få någon hjälp (Gagliardi et al. 2021). Ser man till Mukherjee et al. (2009) studie kring etisk stress inom rehabilitering och temat professionalism med tydlig kommunikation och ansvarstagande faller ovanstående två datautdrag inom både etisk stress, med externa påverkan att inte kunna påverka vårdkän, och JD-R av arbetsresurser som positivt av att patienter ska vara väl informerade och införstådda med att viss väntan och bra (Kherbache et al. 2022; Bakker & Demerouti 2007; Bakker et al. 2023).

Att inte låta patienter känna sig borttappade under tiden de väntar på att påbörja rehabilitering var av hög relevans för flera studiedeltagare. Samtidigt erkänner studiedeltagarna att de inte har det övergripande ansvaret för patienterna som är på deras kölista utan det är vårdcentralen som de är skrivna på. Dock är det till rehabiliteringen patienterna hör av sig för att veta hur det går med deras placering i kön. Nedanstående datautdrag är ett exempel från en studiedeltagare på hur patienter kan bli lugnade under tiden de är placerade i kö om en sådan implementering skulle genomföras.

Att man till exempel får informationen att du står på vår väntelista och du kommer att bli kallad för start. ...Men om man får sådana kontinuerliga påminnelser att du står på från din kö, det är lugnt. Som om man till exempel ringer en telefonväxel. Och så vet man det. Så blir man inte rädd för att man har blivit borttappad... Nej, jag tycker det ligger på någon annans bord tror jag. För vi har inte tagit emot dem ännu. De står i kö. Det är inte vårt ansvar. Och det blir nog också en stress om man ska hantera alla patienter som väntar. - Intervju 8

Walker (2009) beskrev i sin studie att patienter fick jaga sina vårdgivare för att veta om de fortfarande står i kö till behandling/operation och möttes då ofta av att de skulle bara vänta på deras tur. Detta besked för patienterna var inte lugnande och samtidigt hade det dessutom en negativ effekt på vårdpersonalen som behövde härbärgera patienternas frustration och att de förlorade arbetstid på att ta emot de samtalen. Ser man detta i kontrast till resultaten från Shahpari et al. (2021) studie kring att göra telefonbaserade interventioner som visade på dämpade ångestnivåer för att vården hörde av sig regelbundet med information till patienter i kö då kan en tydlig koppling göras att information lugnar. Detta i likhet med intervjupersonernas egna reflektioner. I fallet med ovanstående datautdrag kan man dessutom se att en sådan implementering kan utifrån JD-R leda till bättre arbetsresurser och sänka arbetskraven. Att bibehålla strukturen kring vem som har ansvar för patienterna i kön och inse att man inte kan härbärgera deras frustrationer fullt ut är också förenligt med JD-R och arbetsresurser samtidigt som de kan leda till ökade arbetskrav (Demerouti 2001; Bakker & Demerouti 2017). Ser man till etisk stress utifrån Denier (2021) tolkning om att vårdpersonal vill göra vad som är rätt för de som är i behov av deras hjälp då kan ovanstående förslag för implementering till viss del hjälpa att avlasta den etiska stressen. Samtidigt är det en fråga om ekonomi, ansvar och information som avgör huruvida en sådan här implementering skulle gå till väga och kanske ännu viktigare hur ska den utvärderas för att påvisa huruvida den har god effekt för patienter i vårdkön?

### Fördelar och frustrationer

Detta tema utgår från de resonemang och funderingar kring hur patienter i vårdkön ska ta tillvara på sin tid under tiden de väntar på rehabilitering. Det är bland annat att patienterna ska bli bättre införstådda med varför de kan behöva vänta samtidigt som det är personalens tankar kring patienterna som är i kö för att påbörja rehabilitering.

#### Upplevd etisk stress när förutsättningarna saknas

Sättet vårdpersonal i denna studie blir påverkade av etisk stress skiljer sig utifrån deras yrkesroll och arbetsuppgifter. Vad som däremot är ett genomgående tema är att man vill att alla yrkesgrupper inom arbetsplatsen ska vara beredda att kunna ta emot en ny patient samtidigt för att då kunna arbeta som ett team med patienten. Nedanstående datautdrag visar på hur studiedeltagarna kan bli påverkade när det inte är genomförbart.

Att det är stressande att man vet att det är en väntelista som jag inte kan påverka. Även fast jag har tider i min kalender... Så det är ju frustrerande att gå och egentligen ha tid till patienter men inte till det hela teambaserade. Och det stressar. – Intervju 7

Ser man att etisk stress skapas av en extern eller intern faktor man ej kan påverka enligt Denier (2021) och Varcoe et al. (2012). Då finns det en koppling till etisk stress och ovanstående datautdrag. Denna koppling återfinns i att vårdpersonal vill ta emot patienter men kan inte av externa faktorer som sedan skapar en känsla av stress.

Etisk stress som något positivt

All etisk stress är inte negativ heller om man ser utifrån JD-R med både personliga- och arbetsresurser som kan ligga till grund för utveckling för individen och arbetsplatsen. Nedanstående datautdrag belyser detta.

Ibland kanske man tvingas ta beslut under etisk stress. ... Ibland tror jag kanske att den etiska stressen. ... Den kanske inte behöver vara av ondo alltid heller. Den får en ju att reflektera eller liksom. Den här patienten har ändå fått detta och den andra har inte fått någonting – Intervju 9

Tillämpar man begreppet reflektion till JD-R kan det hamna under både personliga resurser och proaktivt beteende (jmf Bakker et al. 2023). Utifrån individens personliga resurser skapar stressiga situationer ett krav på reflektion antingen för att lösa situationen, eller för att implementera ett nytt arbetssätt för att försöka förhindra att situationen uppstår igen.

Sjukdomens påverkan av att behöva vänta på vård

Utifrån sjukdomsbild fanns det många tankar kring de två huvuddiagnoser som studiedeltagarna möter som är stroke och MS. Då MS är en progressiv sjukdom jämfört med stroke som är ett akut insjuknande ser studiedeltagarna på att det finns en skillnad i när i tid patienter ska påbörja rehabilitering. Beakta nedanstående datautdrag och de tankar som vårdpersonal har kring akut insjuknandet i stroke.

Jag tror det är bra att man efter den akuta fasen, med slutenvård och så, att man landar hemma några månader. ... För att då föder det nya tankar och man ser vilka bekymmer som man har i sitt vardagsliv. För det kan man aldrig tänka ut när man är i slutenvården och nyinsjuknar. Utan det kommer när man kommer hem. .... Och det tror jag man måste få lov att känna live hemma .... Det är lite lättare kanske att skriva mål med rehabiliteringen när man har fått känna på sina tillkortakommanden... Och det är ju mycket det som är rehab också. Att inte stänga dörrar utan öppna nya i samma område. – Intervju 5

Patienten är den som är mest förtrogen med sina svårigheter och bekymmer. Samtidigt kan vårdpersonal hjälpa till att fånga de tankar och känslor kring patienters svårigheter och hjälpa patienten att förstå sig på dem. Som i datautdraget ovanför och vad som framkommit av flertalet andra studiedeltagare kan det finnas en vinst i att låta patienter avvakta till viss del med deras vård. Som tidigare nämnt i föregående tema bör inte patienter vänta utan att veta varför de behöver vänta och vad de kan göra under tiden de väntar. Ovanstående datautdrag exemplifierar denna vänteprocess och förberedelser som patienterna kan utföra. Att låta en patient i hemmet testa vad som fungerar och vad man behöver ha mer stöd och hjälp med ligger i linje med riktlinjerna 1177(2023) och Jönsson (2012) ger.

Om man ser på följande datautdrag gällande stroke förloppet och dess rehabiliteringstid kan man läsa av den etiska stressen det kan skapa för vårdpersonal att ha kunskapen kring att patienten i får vård i rätt tid.

Om man tänker just på stroke så har det ju det här fönstret för förbättring och så kommer vi igång för sent med vår rehabilitering... Man vill ju ändå liksom, men det är lite tajming, man vill komma åt tidigt, kanske inte så tidigt när dom inte har hunnit landa hemma, men ändå. Så det kan ju vara oroväckande för då kan det nästan kännas som att det blir lite, jag vill inte säga meningslöst, men det blir inte lika meningsfullt att göra det vi gör. – Intervju 2

Intervjupersonen ger uttryck för etisk stress (Denier 2021; Varcoe et al. 2012) då personen visar på en vilja att genomföra något samtidigt som det saknas förutsättningar för det.

Stressen att vara medveten för ens egen skull som vårdprofession samt ha förståelse för att patienter kan få tillgång till liknande information skapar en etiskt stressande situation.

Samtidigt finns det att värde att inte påbörja öppenvårdsrehabilitering för tidigt för patienterna behöver landa hemma (1177 2023). Utifrån JD-R och arbetskraven kan man även här se en koppling till att vårdpersonalen inte vill få in patienterna för sent i deras sjukdomsförlopp och inte heller för tidigt (Bakker, Demerouti, 2007; Bakker et al. 2023).

Utifrån tanken att patienter kan ha en vinst i att vänta på deras rehabilitering under en viss tid förekommer även huruvida patienter har något handlingsutrymme att agera från. Beaktar man nedanstående datautdrag ser man att möjligheten att påverka längden på patienternas vårdtid för optimal rehabilitering utifrån att patienten behöva avvakta en viss tid inte finns från personalens perspektiv.

En vårdkö behöver ju inte heller vara dåligt. Jag tänker vissa behöver ju också landa hemma innan man kan komma igång med rehab. Alltså det handlar ju också om tajming i den här i rehabiliteringen. Men tajmingen, den har vi ju ingenting riktigt att påverka nu. -  
Intervju 7



Att låta patienter vänta på vård har påvisat sig överlag ha många negativa effekter, bland annat att de upplever högre nivåer av stress och ångest. Patienterna har större behov av stöd från samhället och när rehabiliteringen påbörjas kan deras behov ha skiftat utifrån bedömningen som gjordes när de sattes på väntelistan (Hanning 2005; Liddy et al. 2017; Gagliardi et al. 2021). Utifrån datainsamlingen är vårdpersonal medvetna om dessa negativa konsekvenser och diskussioner har förts kring flexibiliteten i vårdkön utifrån att patientens behov av vård styr huruvida de ska få gå före i vårdkön. Samtidigt upplevde flera av studiedeltagarna att det heller inte var ett optimalt system för de föredrog att arbeta förebyggande istället för reaktivt. Studiedeltagarna var ödmjuka inför att patienter som är väldigt sjuka eller med ohållbar livssituation ska ha möjlighet att kunna placeras högre upp i vårdkön för att patientens behov är omfattande och att vårdpersonalen inte ser något annat alternativ än att låta de bli prioriterade.

### Effektivisering

Hur vårdförloppet kan effektiviseras utan att tappa kvalité togs upp av ett par studiedeltagare. De såg en stolthet i arbetet de utförde för patienterna som var i aktiv rehabilitering och ansåg att det inte skulle gagna vare sig patienter eller vårdpersonal om man skulle skynda på vårdförloppet. Samtidigt uttrycktes tankar om att processen kunde göras mer effektiv. Mer personal nämndes av alla studiedeltagare som en resurs som kunde underlätta, samtidigt som tydlighet i deras arbetsuppgifter och när patienter skulle vara färdiga med deras rehabiliteringsvård är något som vårdpersonal har möjlighet att till viss del påverka själva. Nedanstående datautdrag belyser denna aspekt som alla studiedeltagare har formulerat sig kring på olika sätt.

Men visst, resurser i kombination med tydligare målsättningar som är rimliga så kanske vi är duktigare på att runda av och avsluta rehabperioden. Så vi kanske kan göra det lite mer effektivare, men jag tror ändå att vi kommer ha vårdköer för det tar ju aldrig slut med remisser. Då måste vi ju vara fler[personal]. - Intervju 3

Inom JD-R och dess flernivåperspektiv ser man att arbetskraven genomsyrar verksamheten utifrån att remisser för rehabiliteringen är inte något som kommer försvinna, såvida neurologiska skador och sjukdomar kan förebyggas till 100% (Bakker et al. 2023). Gällande personalfrågan har detta inte belysts i någon större utsträckning i detta arbete samtidigt är det något som har nämnts av samtliga studiedeltagare att det saknas personal. Under studiens genomförande hade två yrkesgrupper brist på personal vilket påverkade det teamcentrerade arbetet. Detta har gjort att reflektioner kring hur vårdförloppet för patienter påverkas när personal fattas och att de inte kan ta in lika många patienter parallellt. Samtidigt är vården en

ständigt utvecklande verksamhet där nya strategier och arbetsmetoder prövas, utvärderas och implementeras. En sådan ny implementering är grupper där patienter med samma sjukdom möts och utbyter erfarenheter och tankar kring hur de hanterar sin sjukdom sinsemellan. Dessvärre kan ett sådant datautdrag ej visas utan att bryta konfidentialitetskravet som denna studie förhåller sig till gällande studiedeltagarnas pseudonymisering (Forskningsrådet 2002). Andra aktörer utöver patienten kan även lägga på stress för vårdpersonal. Detta kan som i datautdraget nedan vara de som har skrivit remissen till rehabiliteringsavdelningen, men även vad som framkommit under intervjuerna har det ibland uppstått problem i kontakten med Försäkringskassan som godkänner sjukskrivningen för patienten.

Utmaningen blir ju dock. ... Men det blir ju kontakten med inremitterande som kan bli förbannad eller tycka att vi sviker patienterna... Det är ju det som är dilemmat tycker jag. Att man avsägar sig ett ansvar. Man tar hit personen för bedömning och så säger man att den här behöver rehabiliteras och får komma om ett halvår eller ett år. Och så under den tiden har man inget ansvar för personen. - Intervju 4

Dessa externa faktorer kan skapa etisk stress för vårdpersonal och negativt påverka arbetet med patienterna. Dock har det överlag under intervjuerna framkommit att personalen anser att patienterna har all rätt att klaga över deras vårdkö och bör göra det för att belysa problematiken som uppstår för dem när de behöver vänta lång tid på vård. De negativa aspekterna som visats av Liddy et al. (2017), Hanning (2005) och Mcgill et al. (2021) gällande både personalens och patienternas frustrationer över att behöva vänta på vård har återspeglats av studiedeltagarna. Brister i resurser på avdelningen och ett samförstånd med externa aktörer påverkar både personalen och patienterna negativt. Detta kan leda till ökad ångest och eventuell försämrad sjukdomsbild för patienterna samtidigt som personalen får högre arbetskrav och sämre arbetsresurser. Detta kan ha långsiktiga konsekvenser i att personalens bemötande och professionalism inför patienterna och externa aktörer påverkas (jmf Bakker et al. 2023).

## Diskussion och framtida forskning

Nedan följer en diskussion om arbetet i sin helhet och forskningsfrågorna kommer även besvaras. Avslutningsvis kommer även tankar kring hur man kan bygga vidare på resultatet från denna studie.

Syftet med denna studie har varit att undersöka om vårdpersonal på en öppenvårdsavdelning inom neurologi blir påverkade i sitt arbete när de vet att de har långa vårdköer. Utifrån datainsamlingen har det framkommit att vårdpersonalen blir påverkade. Detta har sedan beästs utifrån både etisk stress och JD-R som såg på hur arbetskraven av att arbeta med vetskap att det alltid finns fler patienter som väntar på vård kan leda till både utmattning och minskat arbetsengagemang (Bakker et al. 2023; Varcoe et al. 2012). De tio studiedeltagarna upplevde både en stress av kraven med vårdkön och i flera andra aspekter av arbetet. Vissa reflekterade att de hade gott stöd av cheferna medan andra påpekade att cheferna har inget emot förslag och implementeringar såvida de kommer från vårdpersonalen.

Få av studiedeltagarna hade hört begreppet etisk stress innan intervjutillfället samtidigt kunde de själva dra paralleller till deras verksamhet när begreppet beskrevs för dem. Dessa paralleller var att de fick påtryckning dels av patienter som hör av sig och undrar varför de behöver vänta. Andra vårdaktörer eller externa samverkanspartners som är upprörda över att patienten inte har fått påbörja sin rehabilitering eller att det inte finns en tydlig vårdplan för patienten. Att det saknas personal inom ett par yrkesgrupper och därmed kan de inte ha inne lika många patienter parallellt. Om studiedeltagarna hade blivit frågade om de blir påverkade av etisk stress på grund av långa vårdköer hade samtliga förmodligen svarat ja. Detta har belysts i resultatdelen utifrån de två teman och fastän de eventuellt svarat ja på frågan har nyanserna i deras svar skiljt sig åt. Dessa nyanser kan komma från dels arbetslivserfarenhet, dels yrkesroll och ansvarsområde. Inga av dessa faktorer har visats på under någon del av detta material utifrån ansvaret forskaren har att bibehålla pseudonymiseringen. Samtidigt utifrån helheten av det insamlade materialet kan detta påvisas.

Ansvaret som vårdpersonal i denna studie upplever sig ha över patienterna i vårdkön kan ses utifrån deras reflektioner och tankar kring att de bör förhålla sig öppna och transparenta inför patienternas vårdkö. Vårdpersonalen har även presenterat ett par idéer för hur de kan underlätta patienternas oro att behöva vänta. Detta kan vara en kontinuerlig påminnelse i linje med Shahpari et al. (2021) studie om orienteringsprogram. Dock finns en medvetenhet att skulle en sådan förändring implementeras tas tid från patientarbetet men även från det administrativa som behöver göras såsom journalföring, möten med teamet eller kontakt med

andra samverkanspartners.

Något jag tolkar utifrån datainsamlingen som saknas är ett forum för öppna diskussioner om hur man ska arbeta. Det finns en bred kompetens inom arbetslaget som studiedeltagarna ingår i som tyvärr inte har lyckats lyftas till den öppenhet där det behöver vara. Ser man utifrån JD-R och *Proactive behavior* hade arbetsengagemanget som finns bland studiedeltagarna kunnat leda till att nya strategier om hur man ska arbeta genom exempelvis vem ska informera patienten och på vilket sätt ska informationen ges (Bakker et al. 2023). Mycket ur datainsamlingen utgår från information i olika avseenden och om ett forum hade funnits där information är ett centraliserat tema tror jag det hade kunnat underlätta. Informationen till de enheter som skriver remissen om rehabiliteringen är också något som kan underlätta den etiska stress som vårdpersonal upplever. Utifrån att avdelningen där denna studie har genomförts är en specialiserad öppenvårdsavdelning inom neurologi är det inte svårt att anta att allmänläkare på en vårdcentral inte besitter kompetensen som hade underlättat för dem att göra en bedömning huruvida en remiss ska skickas till rehabiliteringsavdelningen och vilken information patienten ska få med sig med den remissen. Ansvar för att utbilda och informera externa kollegor ligger inte på arbetsplatsens axlar samtidigt är det något som jag anser hade kunnat underlättat för vårdpersonalen, både på rehabiliteringsavdelningen och de som skickar remissen. De som däremot nog hade blivit mest avlastade är patienterna som kan uppleva en känsla av trygghet tack vare att de har blivit ordentligt informerade.

Denna studie är snäv utifrån att den utgår endast från vårdpersonal. Som tidigare diskuterats har möjligheterna inte funnits i denna studie att beakta patienternas perspektiv utifrån etiken att eventuella resultat från en sådan studie leder till mer stress och oro för patienterna än nyttan av vad resultatet hade kunnat ge. I denna studie finns det mer datamaterial som hade kunnat presenterats. Utifrån de 30 koder som genererades under bearbetningen av datamaterial har 9 använts för denna studie. Flera andra teman övervägdes som bland annat handlade om fokuset att arbeta i team, vårdförloppet, att vara nöjd med arbetet man utför och fokus på här och nu. Hade jag tillämpat ett bredare perspektiv i resultatdelen hade de kanske kunnat tagit plats där. Dock är risken att man vill presentera allt insamlat material man har och då har man inte utifrån reflexiv tematisk analys ingen möjlighet att låta variationen i ett avgränsat ämne få skina (Braun & Clarke 2022).

Valet att intervjua olika vårdyrken föll sig naturligt i studien, om intervjuer endast hade genomförts med kuratorer på olika enheter hade detta arbete sett väldigt annorlunda ut och

jag vet inte om det hade varit för det bättre. En kurator arbetar inte ensam oavsett val av arbetsplats, samarbete med andra vårdyrken är väsentligt. Att genomföra intervjuer på en enhet i stället för olika snarlika enheter hade gett denna studie en bredare bas gällande generaliserbarheten. Frågan kvarstår om även det hade gjort detta arbete bättre eller vad jag tror risken är att det hade blivit ytligt.

#### Att se framåt

Om denna studie skulle byggas vidare på hade ett övervägande gjorts mellan att låta patienter vara studiedeltagare tillsammans med vårdpersonal, kanske genom fokusgrupper. Alternativt att man jämför olika vårdenheter som arbetar med samma patientgrupper, dock under förutsättning att hela vårdenheten är medverkande. Skulle fokus skiftas kring förebyggandet av etisk stress hade det varit fördelaktigt att be avdelningschefer medverka och tillämpa flernivåperspektivet och person x situation modellen mer utförligt (Bakker et al. 2023).

Avslutningsvis är det en problematisk situation vårdpersonalen befinner sig i. Genom de långa vårdköerna kan det finnas ett gagn för vissa patienter att behöva avvakta innan de påbörjar sin rehabilitering. Vårdkön bör inte vara för lång för att patienters frustration och oro inför deras situation växer, samtidigt som vårdpersonal med bristande resurser och till viss del otydlig information behöver härbärgera patienternas frustration. Parallellt ska vårdpersonal hantera patienten de har inne och fokusera på dem medan de hanterar deras etiska stress för en situation de inte styr över.

## Referenslista

- Bakker, A.B. & Demerouti, E. (2007) 'The Job Demands-Resources model: State of the art', *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328
- Bakker, A.B. & Demerouti, E. (2017) 'Job demands-resources theory: Taking stock and looking forward', *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273-285–285.
- Bakker, A.B., Demerouti, E. & Sanz-Vergel, A. (2023) 'Job Demands-Resources Theory: Ten Years Later', *ANNUAL REVIEW OF ORGANIZATIONAL PSYCHOLOGY AND ORGANIZATIONAL BEHAVIOR*, 10, pp. 25–53.
- Bengtsell, L., Thoursie, A., Åstrand Freidnitz, H. (2021) *Etisk stress*. Lund: Studentlitteratur
- Braun, V. & Clarke, V. (2021). Can I use TA? Should I use TA? Should I not use TA? Comparing reflexive thematic analysis and other pattern-based qualitative analytic approaches. *Counselling & Psychotherapy Research*, 21(1), 37–47
- Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis a practical guide*. London: Sage
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Stockholm: Liber
- Demerouti, E., Nachreiner, F., Bakker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2001). The Job Demands-Resources Model of Burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499–512
- Denier, Y. (2021) "“Is dit het beste wat ik kan doen?”: Ethische reflecties over goede zorg bij schaarste en beperkingen = “Is this the best I can do?”: Ethical reflections on good care in a context of scarcity and limitations", *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 63(10), 737–740.
- Engström, Å., Juuso, P. (2023). Kvalitativ forskningsintervju. I. Henricson, M(red). (2023). *Vetenskaplig teori och metod - Från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Fantus, S., Greenberg, R. A., Muskat, B., & Katz, D. (2017). Exploring Moral Distress for Hospital Social Workers. *The British Journal of Social Work*, 47(8), 2273–2290.
- Førde, R. & Aasland, O.G. (2008) 'Moral Distress among Norwegian Doctors', *Journal of Medical Ethics*, 34(7), 521–525
- Gagliardi, A. R., Yip, C. Y. Y., Irish, J., Wright, F. C., Rubin, B., Ross, H., Green, R., Abbey, S., McAndrews, M. P., & Stewart, D. E. (2021). The psychological burden of waiting

for procedures and patient-centered strategies that could support the mental health of wait-listed patients and caregivers during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Health Expectations*, 24(3), 978–990

Hanning, M. (2005). *Maximum waiting-time guarantee - a remedy to long waiting lists? assessment of the Swedish waiting-time guarantee policy 1992-1996*. Acta Universitatis Upsaliensis.

Henricson, M., Billhult, A. (2023). Kvalitativ metod. I: Henricson, M(red). (2023). *Vetenskaplig teori och metod - Från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Hu, X.-L., Wester, P., & Stibrant Sunnerhagen, K. (2018). Evidensbaserad rehabilitering efter stroke med nya riktlinjer. *Läkartidningen*, 115(51–52).

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Jameton, A. (1984). *Nursing practice: The ethical issues*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall

Jönsson, A-C. Stroke – en folksjukdom. I Jönsson, A-C(red) (2012). *Stroke – Patienters, närståendes och vårdares perspektiv*. Lund: Studentlitteratur

Karasek, B., Theorell, T (1990) *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. USA: Basic books

Kherbache A, Mertens E, Denier Y. (2022) Moral distress in medicine: An ethical analysis. *Journal of Health Psychology*. 2022;27(8):1971–1990

Kjellström, S. (2023). Tematisk analys. I: Henricson, M (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. Lund: Studentlitteratur

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

Liddy, C., Poulin, P. A., Hunter, Z., Smyth, C., & Keely, E. (2017). Patient perspectives on wait times and the impact on their life: A waiting room survey in a chronic pain clinic. *Scandinavian Journal of Pain*, 17, 53–57

MacCarthy J and Gastmans C (2015) Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature. *Nursing Ethics* 22(1): 131–152.

McGill, N. Mcleod, S. Crowe, K. Wang, C. Hopf, S. (2021) ‘Waiting lists and prioritization of children for services: Speech-language pathologists’ perspectives’, *Journal of Communication Disorders*, 91

Mukherjee, D., Brashler, R., Savage, T. A., & Kirschner, K. L. (2009). Moral Distress in Rehabilitation Professionals: Results From a Hospital Ethics Survey. *PM&R*, 1(5), 450–458

Shahpari, M., Heidari, S. and Sadeghi, T. (2021) ‘The effects of a telephone-based orientation program, delivered during the waiting time, on anxiety in patients undergoing coronary angiography’, *Journal of Perioperative Nursing*, 34(1), p. e-3-e-8. doi:10.26550/2209-1092.1102.

Street, A., & Duckett, S. (1996). Are waiting lists inevitable? *Health Policy*, 36(1), 1-15

Trautmann J (2015) Moral distress: Recognition, diagnosis, and treatment. *Journal of Infusion Nursing* 38(4): 285–289.

Varcoe, C., Pauly, B., Webster, G., & Storch, J. (2012). Moral Distress: Tensions as Springboards for Action. *HEC Forum*, 24(1), 51–62.

Walker J. (2009). Waiting in line for health care. *Canadian Nurse*, 105(7), 26–30.

Elektroniska resurser

1177 (U.Å) Öppenvårdsrehabilitering <https://www.1177.se/Skane/hittavard/kontaktkort/Oppenvardsrehabilitering-Kalix-sjukhus/> [2024-04-13]

1177 (2022) Multipel skleros – MS. <https://www.1177.se/Skane/sjukdomar--besvar/hjarna-och-nerver/nerver/multipel-skleros--ms/#section-12649> [2024-03-15]

1177 (2023). Rehabilitering efter stroke. <https://www.1177.se/Skane/undersokning-behandling/smartbehandlingar-och-rehabilitering/rehabilitering-efter-stroke/> [2024-03-23]

DN (2024) Larmet inifrån sjukvården - anställningsstopp <https://www.dn.se/sverige/anstillningsstopp-inom-varden-i-mer-halften-av-landets-regioner-skapar-oro/> (hämtad 2024 – 03–20)



DN (2023) Ministern: Vi har stora problem inom sjukvården

<https://www.dn.se/sverige/ministern-vi-har-stora-problem-inom-sjukvarden/> (hämtad 2024-03-20)

Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Neuroförbundet (2018a). Multipel skleros (MS). <https://neuro.se/diagnoser/ms-multipel-skleros/> [2024-03-15]

Neuroförbundet (2018b). Behandling av multipel skleros (MS). <https://neuro.se/diagnoser/ms-multipel-skleros/behandling-av-ms/> [2024-03-15]

Svenskt register för rehabiliteringsmedicin (2022). Årsrapport öppenvård. [https://registercentrum.blob.core.windows.net/svereh/r/SveReh\\_arsrapport\\_oppenvard\\_2022-rkl0HGCZuh.pdf](https://registercentrum.blob.core.windows.net/svereh/r/SveReh_arsrapport_oppenvard_2022-rkl0HGCZuh.pdf) (hämtad 2024-01-25)

Socialstyrelsen (2023) Statistisk om stroke 2022. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2023-11-8832.pdf> [hämtad 2024-03-15]

Statens medicinsk-etiska råd (U.Å). Etik. <https://smer.se/etik/> [hämtad 2024-02-03]

Statens kommuner och regioner (2023). Väntetider i vården. <https://skr.se/vantetiderivarden/omvantetider/omvardgaranti.43558.html> [hämtad 2024-04-13]

## Bilaga 1: Informationsbrev

Denna studie avser att undersöka om vårdpersonal blir påverkade av etisk stress utifrån vetskap om långa vårdköer inom öppenvårdsrehabilitering. Du har fått detta informationsbrev och blivit tillfrågad att delta i denna studie utifrån att du är verksam på en rehabiliteringsavdelning inom öppenvården.

Ditt deltagande i denna studie innebär att du kommer intervjuas. Intervjun kommer handla om hur du påverkas av och hanterar eventuell etisk stress utifrån vetskap att det är långa vårdköer för patienterna. Intervjun beräknas ta mellan 45–60 minuter och den kommer att spelas in med diktafon utifrån ditt samtycke.

Det insamlade materialet kommer att förvaras i en krypterad och lösenordskyddad fil med tvåstegsverifikation i ett slutet nätverk för att på bästa sätt förhindra att obehöriga ska ha tillgång till det. Vidare kommer ditt deltagande i denna studie att pseudonymiseras och inget som presenteras i den färdiga studien kommer kunna knyta an till just dig eller någon annan deltagare i denna studie.

Ditt deltagande i denna studie är helt frivillig. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering. Du kan även välja att avstå från att svara på vissa frågor under intervjun. Det insamlade materialet kommer att sparas tills uppsatsen har blivit godkänd och publicerad på Lunds universitet.

Vid eventuella frågor kan du höra av dig till mig eller min handledare

Matthis Lomvall

070-x

[ma1825lo-s@student.lund.se](mailto:ma1825lo-s@student.lund.se)

Lotta Jägervi

046-x

[lotta.jagervi@soch.lu.se](mailto:lotta.jagervi@soch.lu.se)

## Bilaga 2: Samtyckesformulär

Samtycke till att delta i studien.

Jag har fått muntlig och skriftlig information om studien och jag har haft möjlighet att ställa frågor.

Jag samtycker till att:

- Delta i studien om *hur vetenskap kring långa vårdköer skapar etisk stress för vårdpersonal*.
- Att intervjun spelas in
- Alla uppgifter om mig kommer anonymiseras och skyddas från obehöriga.
- Inget av det som sagts under intervjuerna kommer användas i annat syfte än för denna studie
- Efter godkänd examen kommer allt insamlat material att förstöras

Datum:

Underskrift:

Ansvarig för studien

Datum

Underskrift

## Bilaga 3: Intervjuguide

### Inledande frågor

- Hur länge har du arbetat inom vården och inom vilka fält?

### Vårdköer och utmaningar

- Hur skulle du beskriva den aktuella situationen med vårdköer inom verksamheten?
- Vilken sjukdomstyp tror du påverkas mest av vårdköerna?
- Finns det en vinst i att vissa får vänta på rehabilitering? (tillagd efter första intervjun)
- Är vårdköer oundvikligt? (tillagd efter första intervjun)
- Har du märkt några förändringar i arbetet eller personalens mående utifrån vårdköerna?
- Vilka utmaningar upplever du i ditt arbete utifrån vårdköerna?
- Har du hört talas om begreppet "etisk stress"?
- vad tror du det innefattar och hur tror du att det relaterar till vårdköerna?

### Arbetsmiljöpåverkan

- Hur/om påverkar vårdköerna dig i ditt arbete på en daglig basis?
- Finns det några särskilda utmaningar ni står inför när ni vet att patienterna måste vänta länge på vård?
- Kan du ge några exempel på situationer där vårdköerna har skapat stress?

### Hantering av etisk stress

- Hur hanterar du stressen som kan uppstå på grund av vårdköerna?
- Finns det något stödsystem eller avlastning du kan använda dig av för att hantera stressen?

### Reflektion

- Har du några förslag eller idéer för att förbättra vårdköernas påverkan på personalen?
- Vilka förbättringar tror du kan göras för att minska vårdköerna och därmed stressen personal upplever kring den?

### Avslut

- Är det något som är av vikt för dig att tillägga som jag missat?
- Har du några sista frågor eller tankar till mig innan vi avslutar?

## Bilaga 4 Genomförd första kontakt statistisk SKR

Denna statistik är tagen från

<https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/utokaduppfoljningavspecialiseradvard.43536.html> 2024-04-13

Följande parametrar är ifyllda

Region: Alla regioner

Indikator: Andel inom 90 dagar

Kön: Män & Kvinnor

Specialitet: Rehabiliteringsmedicinsk vård

