



SAHLGRENKA AKADEMIN

**INSTITUTIONEN FÖR NEUROVETENSKAP OCH
FYSIOLOGI
ARBETSTERAPI**

UPPLEVD SAMVETSSTRESS HOS ARBETSTERAPEUTER INOM PRIMÄRVÅRDEN

**EN JÄMFÖRELSE MELLAN NÄRHÄLSAN OCH PRIVAT
PRIMÄRVÅRD**

Rut-Lina Berner och Sofia Larsson

Examensarbete:	15 hp
Program:	Arbetsterapeutprogrammet
Kurs:	ARB341, Självständigt arbete i arbetsterapi
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2018
Handledare:	Birgitha Archenholtz Med. Dr., leg. Arbetsterapeut
Examinator:	Susanne Gustafsson Med.dr., leg. Arbetsterapeut

Sammanfattning

Examensarbete:	15 hp
Program:	Arbetsterapeutprogrammet 180 hp
Kurs:	ARB341, Självständigt arbete i arbetsterapi
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt 2018
Handledare:	Birgitha Archenholtz Med. dr., leg. Arbetsterapeut
Examinator:	Susanne Gustafsson Med.dr., leg. Arbetsterapeut

Bakgrund Samvetsstress förklaras som en egen eller skonsammare form av utmattningssyndrom som drabbar anställda inom omvårdnadsyrken. Arbeta bidrar till vårt mående och hur vårt liv ser ut. I den västerländska kulturen är det en viktig del av människors liv, där stora delar av dagen spenderas på arbetet. Det är viktigt att uppnå balans och harmoni mellan dagliga aktiviteter för att finna välbefinnande, det vill säga aktivitetsbalans. Inom vården larmas det om att arbetsbelastningen är orimligt hög, vilket har lett till många stressrelaterade sjukskrivningar.

Syfte Att undersöka och jämföra förekomsten av samvetsstress hos verksamma arbetsterapeuter inom Närhälsan och den privata primärvården.

Metod En kvantitativ tvärsnittsstudie. En webbenkät skickades ut till arbetsterapeuter inom Närhälsan och privat primärvård. Mann-Whitneys test har använts som statistisk analys för att undersöka skillnader och Spearmans rangkorrelationskoefficient för att mäta samband.

Resultat Att *inte hinna ge den vård patienten behöver* och att *utsättas för oförenliga krav i arbetet* uppger arbetsterapeuter inom Närhälsan förekommer varje månad och får högst medianvärden i gruppen. Båda påståendena har dessutom ett värde på den övre delen av VAS-skalan (delfråga B) om hur dåligt samvete de ger deltagarna. Att *vårdarbetet är så krävande att deltagarna inte har tid att ägna sig åt sina närmaste så som de skulle vilja* får högst medianvärde inom privat primärvård och hamnar samtidigt på den övre delen av VAS-skalan. En signifikant skillnad kan ses ($p=0.01$) mellan grupperna i *hur ofta man blir vittne till att en patient kränks och/eller skadas*. Flera signifikanta samband kan också ses mellan hur länge arbetsterapeuterna arbetat på samma arbetsplats och fem av påståendena.

Slutsats Deltagarna uppger att tre av nio påståenden i studien sker varje månad och i kombination med detta ger så dåligt samvete att de hamnar på den övre delen av VAS-skalan.

Abstract

Thesis:	15 hp
Program:	Occupational Therapy program 180 hp
Course:	ARB341 Bachelor thesis in Occupational therapy
Level:	First Cycle
Semester/year:	St 2018
Supervisor:	Birgitha Archenholtz, Ph.D., Reg. Occupational therapist
Examiner:	Susanne Gustafsson Ph.D., Reg. Occupational therapist
Keyword:	Public Health, Occupational therapist, stress of conscience, burnout, primary health care

Background Stress of conscience is explained as a separate or more subtle form of fatigue syndrome that affects nursing staff. Work contributes to our ways and how our lives look. In western culture it is an important part of people's lives, where much of the day is spent at work. It is important to achieve balance and harmony between daily activities to find well-being, ie activity balance. Within health care, it is reported that the workload is unreasonably high, which has led to many stress-related sick leave.

Aim To investigate and compare the incidence of conscience stress in actively working occupational therapists in the field of public health (Närhälsan) and private primary care.

Method A quantitative cross-sectional study. A web kettle was sent to occupational therapists in the field of Närhälsan and private primary care. Mann-Whitney's test has been used as statistical analysis to investigate differences and Spearman's correlation coefficient to measure relationships.

Result *Not giving in to the care the patient needs and being exposed to incompatible demands at work* occupational therapists in Närhälsa states appear monthly and who get the highest median value in the group. Both claims also have a value on the upper part of the VAS scale (question B) about how poor conscience they give the participants. *Career work is so demanding that participants do not have the time to devote themselves to their nearest as they would like to* get the highest median value in private primary care and at the same time end up at the upper part of the VAS scale. A significant difference can be seen ($p = 0.01$) between the groups in the frequency of *witnessing that a patient is violated and/or injured*. Several significant relationships can also be seen between how long the work therapists worked in the same workplace and five of the claims.

Conclusion The participants state that three out of nine statements in the study are done every month and in combination with this gives so bad conscience that they end up on the upper part of the VAS scale.

Innehållsförteckning

Bakgrund	1
Syfte	4
Frågeställning	4
Metod	4
Metodval	4
Urval	4
Procedur	4
Material	5
Databearbetning	5
Resultat	6
Deltagare	6
Bortfall	7
Arbetsterapeuters upplevelse av samvetsstress	7
Skillnad i upplevelse av samvetsstress	8
Samband med upplevelser av samvetsstress	9
Diskussion	11
Metoddiskussion	11
Resultatdiskussion	12
Referenser	15
Bilaga 1	18

BAKGRUND

Arbetet är en viktig del i människors liv, framförallt i den västerländska kulturen där stora delar av dagen spenderas på arbetet och där arbetsituationen till stor del påverkar människors välmående och hur vårt liv ser ut i helhet exempelvis vilka tillgångar och resurser vi har (1). Det är viktigt att uppnå balans och harmoni mellan dagliga aktiviteter för att finna välmående, det vill säga aktivitetsbalans (2, 3). I arbetsmiljölagen (1977:1160) (4) vars ändamål är att förebygga ohälsa och olycksfall samt ligga till grund för att uppnå en god arbetsmiljö, framgår det bland annat att *“arbetsförhållandena skall anpassas till människors olika förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende”* (Riksdagen, 1 §) och att *“arbete skall planläggas och anordnas så, att det kan utföras i en sund och säker miljö”* (Riksdagen, 2 §). Inom vården larmas det om att arbetsbelastningen är orimligt hög, vilket har lett till många stressrelaterade sjukskrivningar vilket i sin tur borde påverka vårdkvaliteten och personalen negativt (5). För att undvika sjukskrivningar till följd av arbetsrelaterade hälsoproblem behövs förebyggande åtgärder i arbetslivet vidtas (6).

Stress kan uppstå när det blir en obalans mellan människans inre värderingar och miljön såsom yttre påfrestningar och krav (7). När kraven i ens omgivning upplevs så stora att man inte kan hantera dem leder detta till en stressreaktion i kroppen. Stress kan uppstå när människan behöver hantera hotfulla situationer, och är då vanligtvis kortvarig (5). När stressen inte går över, utan blir långvarig och kronisk ger detta fysiologiska förändringar i kroppen och kan vara skadligt för vår hälsa, till exempel kan immunförsvaret sänkas, minnet försämras och det kan upplevas problematiskt att lära sig nya saker (5). Forskning visar att stress är som störst när den sociala statusen och hierarkin på arbetsplatsen är osäker (8).

Samvetet finns inom människan och ger en känsla av vad som är rätt och fel (9). Filosofer pratar ofta om samvetet som vår inre röst (10). Det finns många olika sätt att se på samvetet (9). Gemensamt är att det är en ansats att vilja göra gott. Nära kopplat till vår känsla av moral och vad som är mänskligt respektive omänskligt att göra (9, 10). Grunden till denna röst är ofta kulturberoende, eller socialt beroende och handlar om att leva upp till sina egna och andras förväntningar på vad som är rätt att göra (11). Till dåligt samvete räknas ofta känslor som ångest, skam och skuld (7, 9). Dåligt samvete kan uppstå vid maktlöshet, det som inte går att styra själv och saker som görs eller inte görs. Att frånga att ge den vård som man som professionell kan, att inte kunna ge tillräckligt bra vård eller upplevelsen av att ha handlat fel kan göra att dåligt samvete uppstår hos vårdpersonal (12).

Samvetsstress förklaras som en egen eller skonsammare form av utmattningssyndrom som drabbar anställda inom omvårdnadsyrken. Samvetsstress är att känna sig otillräcklig och definieras som den stress som uppstår av moraliska orsaker, upplevelsen av att få dåligt samvete (7, 9, 10, 13, 14). Det är ett syndrom som människor inom vården kan drabbas av när de ställs inför arbetsuppgifter eller förväntningar som är orimliga att uppfylla i förhållande till kunskap och resurser. Samvetsstress kan även uppstå om det finns en ständig brist på egenvård. Att som vårdpersonal inte ha den tid som behövs för att fylla på med energi när situationen på arbetet bidragit till en känsla av att vara uttömd. Möjligheten att få ladda om är viktig för att inte förlora eller minska sitt engagemang eller ambition för yrket och dess arbetsuppgifter (15). Samvetsstress fokuserar på det dåliga samvetet och den stress detta genererar oavsett ursprunget till detta (9).

Arbetsterapeutens fokus ligger alltid på att främja individens aktiviteter, delaktighet och självständighet, oberoende på vilken verksamhet arbetsterapeuten verkar inom (16). Arbetsterapeutens roll inom primärvården har därför samma fokus. Inom primärvården är det vanligt att arbeta med aktivitetsnedsättning kopplat till det område patienten upplever svårigheter med, arbetsterapeutens roll blir då att hitta strategier och lösningar genom olika interventioner. Vanliga områden som arbetsterapeuter inom primärvården kommer i kontakt med är personer med: långvarig smärta, stress, rörelsehinder, demens och kognitiva störningar, stroke och hjärnskador, psykisk ohälsa osv. Arbetsterapeutens arbetsuppgifter inom primärvården innehåller till stor del aktivitetsbedömningar, funktionsbedömningar och kognitiva bedömningar. I korthet kan det sägas att arbetsterapeutens roll inom primärvården är mycket bred där arbetsterapeuten kommer i kontakt med patienter som har både fysiska, psykiska och kognitiva svårigheter (16).

The Value and Meaning in Occupations (ValMO-modellen) (2) är ett arbetsterapeutiskt redskap som kan användas för att beskriva och förstå människors görande och komplexiteten i hur aktiviteter upplevs. I modellen beskrivs hur arbetsituationen, som ingår i arbetsaktiviteter, för människor i arbetsför ålder är viktig och påverkar vår hälsa. Balans i arbetsaktiviteter har stor påverkan på identiteten och känslan av att räcka till och duga. Ett balanserat aktivitetsmönster anses inom arbetsterapin vara en av grunderna för hälsa och de mest betydelsefulla faktorerna för att uppleva välbefinnande och subjektiv hälsa är att uppleva kontroll i sin vardag, inneha en balans av stress i sin miljö samt att känna sig tillfreds med sina vardagliga aktiviteter där arbetet är en stor del inom den västerländska kulturen (2). Stress uppkommer, som tidigare nämnts, till följd av en obalans mellan människans inre och yttre krav (7). Inom vården är även den moraliska aspekten viktig att ta hänsyn till, då dåligt samvete ofta grundar sig i moraliska orsaker och/eller problem som man går emot (11). Även den moraliska aspekten påverkar personalens upplevelse av kontroll och balans i arbetet som på så vis speglar sig i vardagen genom att personalen kan och hinner göra det de upplever behöver och ska göras. Inte enbart för att det är deras jobb, utan den moral man har som människa och som leder till utvecklande av det dåliga samvetet (9). ValMO-modellen kan användas för att göra en analys av vardagen; hur den ser ut och anpassas för att individen ska uppnå aktivitetsbalans och kan därför vara användbar som redskap för att beskriva aktiviteter, dess upplevelse och värde samt hur dessa står i förhållande till varandra (2) hos människor som upplever samvetsstress

Studier (12, 13) visar att det finns ett samband mellan samvetsstress och utbrändhet. Upplevelsen av att inte räcka till kan leda till frustration. Att inte kunna ge det bemötande som man ser att patienten behöver antas vara den mest betydelsefulla faktorn till utbrändhet i arbete med människor (12, 13). Det finns ett flertal studier (5, 9-11, 13, 15) kring hur samvetsstress påverkar sjuksköterskor och annan vårdpersonals arbete, vårdkvaliteten och patientsäkerheten. Det finns inga kända studier där det sägs att även arbetsterapeuter upplever samvetsstress, det är fullt möjligt att även arbetsterapeuter upplever samvetsstress med tanke på olika effektivitetskrav och lönsamhet i yrket. Primärvård utförs både i offentlig regi, Närhälsan, och av privata vårdgivare (17). Organisationerna kan därmed se olika ut och den offentliga ofta har stordriftsfördelar, såsom vidareutbildningar och en annan kontakt med kollegor, till följd av att det är en större organisation. Inom kommunal sektor är det också en stor samverkan inom sjukvården (18). Den privata primärvården kan i vissa fall vara mer flexibel och anpassningsbar då de ofta är mindre till storleken. Den privata sektorn kan också

tänkas vara mindre politiskt styrd och kan ha andra förändringsprocesser. Inom den offentliga vården är det svårt att få igenom förändringar om nya idéer uppstår då det ska ändras likadant på alla vårdcentraler och blir en process som tar tid att få igenom. På detta vis kan den privata sektorn påverka mer på plats (17).

SYFTE

Att undersöka förekomsten av samvetsstress hos verksamma arbetsterapeuter inom Närhälsan och privat primärvård.

Frågeställning

- Upplever arbetsterapeuter inom Närhälsan och privat primärvård samvetsstress och i så fall inom vilka områden?
- Finns det några skillnader i upplevd samvetsstress mellan arbetsterapeuter anställda inom Närhälsan och privat primärvård?
- Finns det några samband mellan hur deltagarna har svarat avseende upplevd samvetsstress och demografiska variabler?

METOD

Metodval

Studien har en kvantitativ ansats för att undersöka förekomsten av upplevd samvetsstress inom målgruppen (19). En kvantitativ ansats är passande vid mätningar och jämförelser. Då studien enbart gör ett nedslag i tid är det således en tvärsnittsstudie (20). För att enkelt och snabbt nå ut till en stor mängd deltagare omvandlades det redan befintliga instrumentet ”Skalan samvetsstress” till en webbaserad enkät i Google Forms.

Urval

Enkäterna skickades till arbetsterapeuter verksamma i kommunal Närhälsa och privatägd primärvård i Sverige. Inklusionskriterierna var arbetsterapeuter som varit yrkesverksamma minst tre år varav det senaste året på aktuell arbetsplats inom primärvård/Närhälsa i Sverige. Åttiofem verksamhetschefer, Fyrtiofem inom Närhälsan och fyrtio i den privata primärvården, identifierades med information om mailadresser på internet och kontaktades därefter. Tjugofyra verksamheter deltog i studien, varav tio från Närhälsan och fjorton från privat primärvård. Totalt fyllde tjugoen arbetsterapeuter i enkäten vilket innebär att tre verksamheter inte är representerade av deltagande arbetsterapeuter.

Procedur

Information om studien och en förfrågan om arbetsterapeuter på arbetsplatsen kunde beviljas att delta, skickades till verksamhetschefer inom landstingets Närhälsa och privatägda primärvård över hela Sverige. Syfte och metod förklarades samt information om att deltagande var frivilligt och att all information skulle komma att behandlas konfidentiellt gavs. För att säkerställa deltagarnas anonymitet skickades utförligare informationsbrev med länk till enkäten till de verksamhetschefer som godkände deltagande i studien, dessa vidarebefordrades till aktuella arbetsterapeuter i respektive verksamhet. Webbenkäten var tillgänglig för informanterna under en till tre veckor beroende på tidpunkt för verksamhetschefens godkännande av deltagandet. När det var en vecka kvar till stängning av webbenkäten skickades en påminnelse ut till verksamhetscheferna som ej svarat om att delta samt till de som godkänt att vidarebefordra informationen till sina anställda.

Material

Instrumentet ”Skalan samvetsstress” är konstruerad och validitetstestad av Glasberg et al (8) och finns tillgänglig på svenska. Se bilaga 1. Totalt består enkäten av nio frågor med delfrågor A och B. Delfråga A, är formulerad som ett påstående, där deltagaren får svara på en sexgradig skala om hur ofta påståendet förekommer för individen: 1=Aldrig, 2=Mindre än en gång/halvår, 3=Mer än en gång/halvår, 4=Varje månad, 5=Varje vecka, 6=Dagligen. Delfråga B är en följdfråga på delfråga A, och efterfrågar hur dåligt samvete delfråga A ger personen på en VAS-skala mellan 1-10 där 1=Nej, inte alls dåligt samvete och 10= Ja, ger mig mycket dåligt samvete. Påståendena i delfråga A är baserade på situationer som tidigare dokumenterats ha negativa effekter för anställda inom hälsovården och studier om personliga upplevelser i etiskt svåra situationer (8). Utöver befintlig enkät ingår även demografiska frågor om ålder, antal yrkesverksamma år samt anställningstid på befintlig arbetsplats. För att beräkna upplevd samvetsstress summeras svaren till ett index, A och B separat. I denna studie har medianen av A och B-frågorna räknats ut för att jämföra hur ofta påståenden som kan utveckla samvetsstress förekommer och hur dåligt samvete detta ger deltagarna i studien, dessa sätts sedan i relation till varandra.

Databearbetning

Det insamlade datamaterialet från webbenkäterna matades in i och analyserades i programmet Statistical Package for Social Sciences (SPSS version 25.0 IBM Corp, 2012). Deskriptiv statistik används för att beskriva deltagarna i grupperna.

För att undersöka om arbetsterapeuter i primärvården upplever samvetsstress användes beskrivande statistik. Index summerades för varje påstående och därefter räknades medianvärde ut. Hur dåligt samvete deltagarna upplevde avseende påståendena räknades ut på samma sätt (som nämnt ovan) och ställdes sedan i relation till hur ofta påståendet inträffade och hur dåligt samvete detta gav deltagarna. Medianvärdet räknades ut för grupperna Närhälsan och privat primärvård var för sig samt för gruppen som helhet. Hur ofta olika påståenden i studien förekom sammanställdes och redovisas i procent.

För att jämföra skillnader mellan Närhälsan och privat primärvård användes Mann-Whitneys U test då undersökningsgrupperna var små samt att utfallet mäts på ordinalskala (19). Signifikansnivån bestämdes till <0.05 . Medianvärdet för respektive grupp redovisas istället för rangsumman (21).

För sambandsanalyserna användes Spearmans test där utfallet redovisas som en rangkorrelationskoefficient (19). Sambanden mellan de olika påståendena i enkäten och de demografiska uppgifterna: ålder, antal yrkesverksamma år som arbetsterapeut, arbetsplats samt anställningstid beräknades. Signifikansnivån för att uppmäta samband bestämdes till $p<0.05$.

RESULTAT

Deltagare

Tjugofyra verksamheter fördelade över hela Sverige valde att delta i studien, 10 från Närhälsan och 14 från privat primärvård, vilket ledde till att den största andelen informanter kom från den privata primärvården (57%). Sammanlagt deltog 21 arbetsterapeuter i åldern 28-61 år, medelålder 43 år (SD=10,1), i studien. Informanterna var till största del kvinnor (92%). I genomsnitt hade informanterna varit yrkesverksamma i 16 år (SD=9,6) och de hade i genomsnitt arbetat på aktuell arbetsplats i fem år (SD=5,8).

Tabell 1. Demografiska data för undersökningsgruppen (n=21)

		Total	Privat	Närhälsan	P
Deltagare		21 (100%)	12 (57%)	9 (43%)	0,00
Kön	Kvinnor	19 (90%)	11 (92%)	8 (89%)	0,84
	Män	2 (10%)	1 (8%)	1 (11%)	
Ålder	<30	2 (10%)	1 (8%)	1 (13%)	0,79
	31-40	8 (38%)	4 (33%)	4 (50%)	
	41-50	5 (24%)	5 (42%)	0 (0%)	
	51-60	3 (14%)	1 (8%)	2 (25%)	
	>60	2 (10%)	1 (8%)	1 (13%)	
	Saknas	1 (5%)			
Yrkesverksamma år	<5	4 (19%)	1 (9%)	3 (33%)	0,61
	5-10 år	2 (10%)	1 (9%)	1 (11%)	
	11-15 år	4 (19%)	2 (18%)	2 (22%)	
	16-20 år	5 (24%)	4 (36%)	1 (11%)	
	21-25 år	2 (10%)	2 (18%)	0 (0%)	
	>25	3 (14%)	1 (9%)	2 (22%)	
	Saknas	1 (5%)			
År på aktuell arbetsplats	<2	7 (33%)	5 (42%)	2 (22%)	0,16
	3-4 år	7 (33%)	3 (25%)	4 (44%)	
	5-6 år	4 (19%)	4 (33%)	0 (0%)	
	>7	3 (14%)	0 (%)	3 (33%)	

Bortfall

Det externa bortfallet i enkäten är de verksamheter som valt att ej delta eller inte har svarat på förfrågan om att delta i studien, vilka är 61 av 85, dvs. = 72% externt bortfall.

Förfrågan om deltagande i studien skickades enbart till verksamhetscheferna och ingen direkt kontakt har tagits med deltagarna/arbetsterapeuterna, och därför går det inte att veta exakt hur många arbetsterapeuter som blivit tillfrågade om att delta och som uppfyller inklusionskriterierna. Det externa bortfallet i detta steg har därför inte varit möjligt att beräkna.

Internt bortfall bestod av tre ifyllda enkäter som fick exkluderas till följd av att de ej varit verksamma som arbetsterapeuter länge nog för att delta i studien. Övriga enkäter har analyserats trots missing data på någon fråga.

Arbetsterapeuters upplevelse av samvetsstress

Upplevelse av att *inte hinna ge den vård patienten behöver* ($n=9$) och att *utsättas för oförenliga krav i arbetet* ($n=9$) är de två påstående arbetsterapeuter inom Närhälsan uppger förekommer varje månad och som får högst medianvärden i hela gruppen. Båda påståendena har dessutom ett värde på den övre delen av VAS-skalan (delfråga B) om hur dåligt samvete de ger deltagarna. Att *inte hinna ge den vård patienten behöver* har ett medianvärde på 4 (maxvärde 6) ($q_1=2$, $q_3=5$). Hur dåligt samvete detta ger deltagarna har medianvärdet 7 (maxvärde 10) ($q_1=3$, $q_3=8$). Medianvärdet för att deltagarna *utsätts för oförenliga krav i arbetet* är 4 ($q_1=3$, $q_3=5$), och erhåller medianvärdet 6 ($q_1=2$, $q_3=8$) på hur dåligt samvete detta ger dem. Summeras index av sammanställningen av samtliga nio påståenden för Närhälsan sker 32% av påståendena varje månad eller oftare än så (för detaljer se tabell 2).

Om det *händer att vårdarbetet är så krävande att deltagarna inte har tid att ägna sig åt sina närmaste så som de skulle vilja* ($n=12$) är det enda av de nio påståendena som inträffar varje månad inom den privata primärvården och har medianvärde på 4 ($q_1=2,25$, $q_3=5$). Hur dåligt samvete detta ger deltagarna får medianvärdet 8,5, ($q_1=4$, $q_3=10$), på VAS-skalan där 10 är maxvärde. Av de nio påståendena i studien förekom, inom den privata primärvården, 22% av påståendena varje månad eller oftare.

Hur ofta det händer att vårdarbetet är så krävande att det inte finns tid till att ägna sig åt sina närmaste så som man önskar ($n=21$) får medianvärde på 4 ($q_1=2,5$, $q_3=5$) från båda grupperna, Närhälsan och privat primärvård. Medianvärdet för hur dåligt samvete detta ger deltagarna är 7 ($q_1=3$, $q_3=9$), och ligger således på den övre delen av VAS-skalan. Femtiosju procent av samtliga deltagares svar i båda grupperna uppger att det händer varje månad eller oftare än så att *vårdarbetet är så krävande att de inte orkar ägna sig åt sina närmaste*. Inom den privata primärvården anger 67% att det händer varje månad eller oftare än så. Inom Närhälsan är samma siffra 44%. Det sker alltså oftare inom den privata primärvården där två deltagare även svarar att detta händer dagligen, vilket ingen svarat från Närhälsan. Sammanställs samtliga nio påståenden för båda grupperna totalt och en summering av index görs inträffar 30% av påståendena varje månad eller oftare än så.

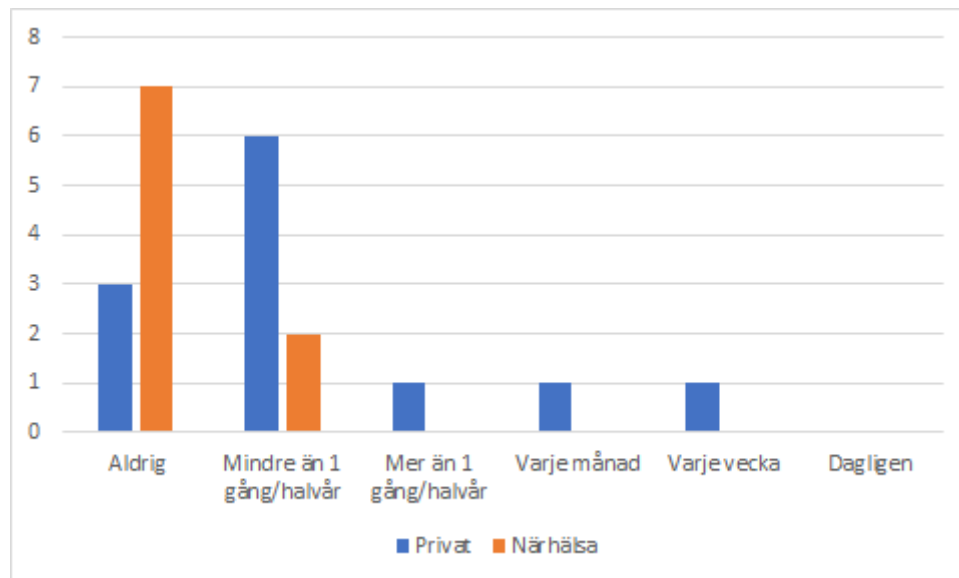
Tabell 2. Medianvärden med undre kvartil (q1) samt övre kvartil (q3) presenterat inom parentes samt P-värde för skillnad mellan grupperna för samtliga påståenden för undersökningsgrupperna (n=21).

Påstående	Privat	Närhälsan	p
Hur ofta händer det att du inte hinner ge den vård patienten behöver?	3 (q1=2, q3=3,75)	4 (q1=2, q3=5)	0,17
Händer det att du är tvungen att ge vård som känns fel?	2 (q1=2, q3=2)	2 (q1=1, q3=4)	0,39
Händer det att du utsätts för oförenliga krav i ditt arbete?	3 (q1=3, q3=4,75)	4 (q1=3, q3=5)	0,75
Händer det att du blir vittne till att en patient kränks och/eller skadas?	2 (q1=1,25, q3=2,75)	1 (q1=1, q3=1,5)	0,03*
Händer det att du undviker en patient eller närstående som behöver hjälp eller stöd?	2 (q1=1,25, q3=2)	1 (q1=1, q3=2,5)	0,39
Händer det att ditt privatliv är så krävande att du inte orkar ägna dig åt ditt arbete såsom du skulle vilja?	2 (q1=1,25, q3=4)	2 (q1=1, q3=3,5)	0,75
Händer det att vårdarbetet är så krävande att du inte orkar ägna dig åt dina närmaste så som du skulle vilja?	4 (q1=2,25, q3=5)	3 (q1=2, q3=5)	0,39
Händer det att du upplever att du inte kan leva upp till andras förväntningar på din arbetsinsats?	2,5 (q1=2, q3=4)	2 (q1=1,5, q3=3,5)	0,53
Händer det att du gör avkall på dina ambitioner att ge god vård?	2 (q1=1, q3=2)	3 (q1=1, q3=4)	0,09

Skillnad i upplevelse av samvetsstress

Det fanns en signifikant skillnad ($p=0.014$) mellan grupperna i ett av de nio påståendena: *Hur ofta man blir vittne till att en patient kränks och/eller skadas* ($n=21$). Medianvärdet för Närhälsan ($n=9$) var 1, dvs *det händer aldrig att de blir vittne till att en patient kränks och/eller skadas*. På VAS-skalan är Närhälsans medianvärde 3. I den privata primärvården var medianen på samma påstående 2, dvs. företeelsen sker mindre än 1 gång i halvåret (figur 2). Medianvärdet för hur dåligt samvete detta ger arbetsterapeuter i den privata primärvården ($n=12$) är 6 på VAS-skalan och ger statistiskt signifikant mer dåligt samvete än för

arbetsterapeuter inom Närhälsan. Ingen signifikant skillnad kan ses mellan grupperna i hur ofta något annat påstående i studien förekommer.



Figur 2. Närhälsans (n=9) och den privata primärvårdens (n=12) svar på hur ofta det händer att deltagarna blir vittne till att en patient kränks och/eller skadas (n=21)

Samband med upplevelser av samvetsstress

Det finns inga signifikanta samband i grupperna för hur ofta det upplevs att något av de nio påståenden kring upplevd samvetsstress och hur länge deltagarna arbetat som arbetsterapeut. Mellan deltagarnas ålder och hur ofta någon av de nio påståendena förekommer ses heller inga signifikanta samband.

Det finns ett positivt statistiskt signifikant samband i hur grupperna har svarat avseende vilken arbetsplats de jobbar på och hur ofta deltagarna i studien blir vittne till att en patient kränks och/eller skadas ($R=,547$ $p=0,010$). Inom den privata primärvården (n=12) har 50% svarat att detta händer mindre än en gång i halvåret. Inom Närhälsan (n=9) har 77% svarat att det aldrig händer.

Flera statistiska signifikanta samband finns mellan hur länge arbetsterapeuterna arbetat på samma arbetsplats och påståendena: *hur ofta det händer att du inte hinner ge den vård patienten behöver; om det händer att man utsätts för oförenliga krav i sitt arbete; om ens privatliv är så krävande att man inte orkar ägna sig åt sitt arbete så som man skulle vilja; om det händer att vårdarbetet är så krävande att man inte orkar ägna sig åt sina närmaste så som man skulle vilja samt om det händer att man upplever att man inte lever upp till andras förväntningar på arbetsplatsen* (se tabell 3). Starkast korrelation har påståendet *om det händer att deltagarna i studien upplever att man inte kan leva upp till andras förväntningar på ens arbetsplats* ($R=,68$, $p=,00$). Inom den privata primärvården har fyra av tolv arbetsterapeuter svarat att detta sker mindre än en gång/halvår att de upplever att de inte kan

leva upp till andras förväntningar på ens arbetsplats. Inom Närhälsan svarar fyra av nio att detta sker mindre än en gång/halvår.

Tabell 3. Tabell över sambanden mellan hur länge man arbetat på samma arbetsplats och påståenden som kan utveckla samvetsstress. Signifikanta samband är markerade med fet stil (n=21)

	Korrelationskoefficient (R)	Signifikansnivå (P)
Hur ofta händer det att du inte hinner ge den vård patienten behöver?	,67	,00
Händer det att du är tvungen att ge vård som känns fel?	,39	,08
Händer det att du utsätts för oförenliga krav i ditt arbete?	,62	,00
Händer det att du blir vittne till att en patient kränks och/eller skadas?	,05	,84
Händer det att du undviker en patient eller närstående som behöver hjälp eller stöd?	,34	,13
Händer det att ditt privatliv är så krävande att du inte orkar ägna dig åt ditt arbete så som du skulle vilja?	,57	,01
Händer det att vårdarbetet är så krävande att du inte orkar ägna dig åt dina närmaste så som du skulle vilja?	,57	,01
Händer det att du upplever att du inte kan leva upp till andras förväntningar på din arbetsplats?	,68	,00
Händer det att du gör avkall på dina ambitioner att ge god vård?	,30	,19

DISKUSSION

Metoddiskussion

En kvantitativ ansats valdes för studien vilket var lämpligt för en jämförelse mellan grupperna (19). Inklusionskriterierna hade eventuellt kunnat ändras för att på så vis eventuellt kunna höja deltagarantalet i studien. Valet att deltagarna skulle varit yrkesverksamma minst tre år varav det sista året på aktuell arbetsplats gjordes för att kunna utesluta att det var andra faktorer som eventuellt kan tänkas leda till att vissa saker upplevs mer frekvent. Författarna antog att man som nyutbildad arbetsterapeut eller ny på sin arbetsplats kan göra att det oftare kan upplevas pressat eller stressande att leva upp till andras förväntningar eller att arbetet blir mer krävande än när rollen som arbetsterapeut är mer integrerad på den aktuella arbetsplatsen. Ett större deltagarantal minskar risken för att resultatet är en slump och därmed inte går att generalisera (20).

Förfrågan kring deltagande, med information kring studien, dess syfte och metod skickades till 85 verksamhetschefer. Trots detta erhöles en väldigt låg svarsfrekvens (28%) och det kan tänkas att breven med förfrågan om deltagande och information hade behövt vara mer fokuserade och formulerats om på ett bättre sätt. I slutet av datainsamlingsperioden fick författarna kontakt med chefen för Forsknings- och utvecklingsenheten på landstingets Närhälsa som informerade om att enkäten hade behövt organiserats på ett annat sätt för att få högre svarsfrekvens vilket inte verkade känt ute i verksamheterna. Eftersom tiden för c-uppsatsen var begränsad gick det inte att göra om proceduren utan analys fick genomföras med den data som inkommit. Hade proceduren kunnat göras om eller på rätt sätt från början hade studien antagligen fått fler deltagare från Närhälsan som nu gick förlorade till följd av riktlinjer inom verksamheten om att delta i studier.

För att i så stor mån som möjligt behålla deltagarna konfidentiella skickades informationsbrev och länk för deltagande ut via verksamhetschefen. Det finns därmed ingen uppgift om hur många arbetsterapeuter som fått möjlighet att delta och uppfyllt inklusionskriterierna. Nackdelen med detta förfarande är att viss del av det externa bortfallet inte gått att beräkna samt att deltagarna inte direkt kunnat bli påmind, utan att all kommunikation har skett via cheferna och inte gått att säkerställa. Hade författarna haft en större överblick över detta hade det eventuellt kunna gått att få ett större deltagande genom att säkerställa att informanterna blev påmind kring deltagande i studien. Som ses i studien är det 24 verksamheter som tackat ja till deltagande i studien men enbart 21 deltagande. Minst tre verksamheter som tackat ja har således ingen deltagande arbetsterapeut. Vilka dessa verksamheter är går inte att spåra och blir en svaghet i studien som kan tänkas ha påverkat deltagarantalet negativt. Om författarna kunnat se vilka verksamheter som inte deltagit hade dessa kunnat påminnas separat.

Ett datum för hur länge enkäten var öppen för svar skulle också ha satts vid första utskick till verksamhetscheferna för att på så vis minimera bortfall. Nu kan visst bortfall bero på att deltagare kan ha skjutit upp sitt deltagande till ett senare tillfälle och ej haft tid att fylla i enkäten då de inte vetat när sista chansen att delta var. Genom att fastställa ett datum för när enkäten stängs för fler svar med en gång ges deltagarna en chans att se när de har bäst tid att delta eller om de bör göra det med detsamma. De får en möjlighet att göra det när de passar dem bäst inom tidsramen. När ingen tidsram är satt blir ifyllandet av en enkät lätt uppskjutet till senare, vilket i detta fall kanske blev för sent och möjligheten att delta var stängd.

Deltagandet i studien blev relativt låg och spridningen är stor i vissa frågor. Till följd av det låga deltagarantalet går resultatet inte att generalisera. Detta leder till att det inte går att utesluta att det är slumpen som påverkat resultatet. Hade deltagarantalet varit större hade en säkrare analys kunnat genomföras med mindre risk för slumpens effekter. Om deltagarantalet hade varit större hade kanske resultatet också blivit ett annat. Stämmer det överens eller upplevs det mer eller mindre samvetsstress hos arbetsterapeuter inom primärvården än vad denna studien visar och hade det varit fler signifikanta skillnader mellan grupperna i studien? Författarna har även en tanke om att de personer som känner att de upplever samvetsstress kan ha valt att inte delta i studien på grund av att de upplever denna form av stress och följden av detta blir då att de inte lägger sin tid på sådana här saker. Utan att de istället prioriterar andra uppgifter som anses viktigare eller direkt påverkar arbetet. Om så är fallet blir datan heller inte representativ för målgruppen då den är snedfördelad (19) och värdena visar mindre upplevelse av förekommande samvetsstress än vad som egentligen finns. Urvalet i studien var inte representativt och det kan ha varit tillfälligheter som påverkat resultatet (19). För att studien skulle få större reliabilitet och tillförlitlighet hade urvalet av deltagande behövt vara större och mer representativt. Det kan vara svårt att få ett representativt urval av deltagande ur gruppen då de som upplever mest samvetsstress till följd av detta eventuellt inte heller väljer att skulle delta, vilket diskuteras närmare i resultatdiskussionen, det måste också tas i beaktning då det kan ge ett systematiskt bias i form av selektionsfel (19). Validitet avser att mäta det som är relevant i sammanhanget medans reliabilitet avser att mäta det på ett tillförlitligt sätt (22). Enkäten som har använts är sedan tidigare validerad vilket innebär att den mäter det som är relevant för ämnet, men den är inte reliabilitetstestad vilket innebär att den inte kan garantera att den mäter fenomenet på ett tillförlitligt sätt.

Om enkäten hade varit reliabilitetstestad, inom grupper och mellan grupper hade man kanske kunna säkerställa och minska risken för tolkningar av svaren. Om deltagaren i studien har svarat att ett påstående "aldrig händer" kan hen till följd av detta svara att det exempelvis inte heller ger dåligt samvete för att det inte händer samtidigt som om det skulle hända ger mycket dåligt samvete likaväl. Här tror vi att personerna menar samma sak men att man tolkat det på olika sätt. Den ena deltagaren kan ha tolkat det som att det "aldrig händer" men om det skulle hända hade det gett dåligt samvete medans den andra har svarat att det aldrig händer och på så sätt inte alls ger dåligt samvete. Detta gör att datan blir snedfördelad och svår att dra slutsatser om. Det går aldrig att utesluta att människor tänker och tolkar saker på olika sätt och därmed gör olika slutsatser i hur de svarar på enkätfrågor (23).

Risker med studien är att verksamheter och anställda kan känna sig utpekade när resultatet presenteras. Detta hade vi i åtanke när förfrågan om enkäten skickades ut till verksamhetschefer och valde att inte ta direktkontakt med arbetsterapeuterna på respektive arbetsplats. Försiktighet var också viktig i hur dessa refereras till i arbetet så att det inte går att urskilja vilka verksamheter som deltagit i studien eller hur dessa svarat. Etiskt anses det vara mer nyttigt att genomföra studien än vad den ska kunna skada och på så sätt korrekt att genomföra.

Resultatdiskussion

Resultatet visar att arbetsterapeuter inom primärvården upplever viss samvetsstress avseende tre av de nio påståendena varje månad: *Upplevelse av att inte hinna ge den vård patienten behöver; att utsättas för oförenliga krav i arbetet och att vårdarbetet är så krävande att man inte har tid att ägna sig åt sina närmaste så som man skulle vilja.* Om arbetsterapeuter

upplever att de inte hinner ge den vård patienten behöver stärker det faktum att en orimligt hög arbetsbelastning påverkar personalen och vårdkvaliteten negativt (5). Upplevelsen av att arbetsbelastningen är så hög att den påverkar vårdkvaliteten negativt påverkar också i sin tur patienterna, vilka skyldigheterna mot ska vara de som väger tyngst enligt arbetsterapeuternas etiska kod (24). I Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (25) framgår det att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven för en god vård uppfylls. Detta innefattar bland annat att den är av god kvalitet samt systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (25).

Utsätts den professionelle för oförenliga krav i arbetet menar författarna att arbetsförhållandena inte anpassas efter de anställdas psykiska och fysiska förutsättningar, såsom arbetsmiljölagen (1977:1160) (4) anvisar för att få en god arbetsmiljö. Får de anställda en god arbetsmiljö, med bra struktur och balans i sin vardag kan de utföra sina arbetsuppgifter bättre och med större engagemang vilket påverkar både arbete, miljö och personal positivt. Detta är förstås omöjligt att uppnå konstant i en arbetsmiljö, där det inte går att anpassa allt efter alla. Anpassas dock allt så långt det är möjligt, mår alla antagligen bättre och utför ett bättre jobb.

Att vårdarbetet är så krävande att man inte har tid att ägna sig åt sina närmaste så som man skulle vilja kan jämföras med att gränsdragningen mellan arbete och fritid är svår (26). Leder detta till att man inte har tid att ägna sig åt sina närmaste eller utöva sina fritidsaktiviteter påverkar det i sin tur inte enbart arbetet utan även aktivitetsbalansen som helhet hamnar i obalans och därmed kan påverka välmåendet negativt. Ett balanserat aktivitetsmönster anses inom arbetsterapi vara en av grunderna för hälsa (5) och de mest betydelsefulla faktorerna för att uppleva välbefinnande och subjektiv hälsa är att man upplever kontroll i sin vardag, innehar en stressfri miljö samt känner sig tillfreds med sina vardagliga aktiviteter där arbetet är en stor del inom den västerländska kulturen. Det är viktigt att få balans mellan arbetet och fritid eftersom det är två aktiviteter som är en stor del av många människors vardag (5). Detta är något som arbetsterapeuter har en stor kunskap om och har flera bra redskap för att analysera nuvarande situation, såsom nämnda ValMO-modellen (2), för att se inom vilka områden man behöver jobba och hur man kan få en bättre aktivitetsbalans. På så sätt kan man forma interventioner utifrån detta som är förebyggande i förhållande till en bättre aktivitetsbalans.

Ovanstående tre nämnda påståenden där arbetsterapeuter inom primärvården uppger sig uppleva samvetsstress varje månad samt dåligt samvete av kan leda till en stressreaktion i kroppen (7) och frustration i upplevelsen av att inte räcka till (12). Med detta menar författarna att det i längden kan leda till stressrelaterade sjukskrivningar eftersom det är alldeles för hög kravställning i relation till förmåga, tid och resurser (5) vilket eventuellt kan leda till att man berövas meningsfulla aktiviteter. ValMO-modellen använder sig av en så kallad aktivitets- och värdetriad där uppgift/handling skiljs från aktivitet och aktivitet definieras som ett mönster av handlingar. Alla aktiviteter har olika värde för olika människor, varför vi gör dem, och får ett så kallat aktivitetsvärde som är viktig för upplevelsen av mening i aktiviteten. Modellen kategoriserar aktiviteter och ser människan i den miljö aktiviteten utförs. Det är ett brett redskap som arbetsterapeuter kan använda på många olika sätt för att beskriva och analysera vardagen (2) och arbetsterapeuternas arbetssituation, hur den ser ut samt kan anpassas för att arbetsterapeuterna ska uppnå aktivitetsbalans i arbetet (2). Modellen kan användas både på arbetsplatsen för att analysera arbetsmiljön som helhet samt vilka arbetsaktiviteter som är krävande, ger en upplevelse av att inte ha kontroll eller liknande och

se hur dessa står i förhållande till varandra. Det går också att använda modellen för enskilda arbetsterapeuter för att de ska få en balans i sin vardag, hur arbete och fritid står i balans till varandra och vilka krav eller resurser det går att finna för en bättre aktivitetsbalans. ValMO-modellen har flera olika perspektiv och bryter ner aktiviteter till skillnad mellan uppgift och aktivitet samtidigt som den ser till de olika värden aktiviteter ger människan. Forskning och utveckling är också väldigt centralt i modellen som har fortsatt att utvecklas allt eftersom vidare forskning i ämnet tillkommer (2). Arbetsterapeuten kan alltså ingå i ett förebyggande arbete där ovannämnda aspekter tas i beaktning och arbete med att förebygga samvetsstress.

En signifikant skillnad mellan den privatägda primärvården och landstingets Närhälsa finns i svaren om det händer att man blir vittne till att en patient kränks och/eller skadas. Detta skulle kunna ha med organisatoriska skillnader att göra. Närhälsan är en offentlig och därmed större organisation och har flera stordriftsfördelar samt större samverkan än inom den privata primärvården (17). Stordriftsfördelar i form av resurser såsom personal, utrustning eller vidareutbildningar vilka är en positiv påverkan för personalen. Resurser är en tillgång som påverkar människor positivt och kan i detta fall vara saker som underlättar arbetet. Den offentliga sektorn är också mer politiskt styrd än den privata. Finns det inga tydliga riktlinjer för detta inom den privata verksamhet som anställd kan detta eventuellt skapa en osäkerhet och otrygghet för de anställda som kanske inte vet hur de ska agera i vissa situationer eller om det sker förändringsprocesser (17). För att kunna veta om det är organisatoriska skillnader eller andra faktorer som ligger till grund för utvecklande av samvetsstress behövs vidare forskning på området. Det hade även varit intressant att se om arbetsterapeuter inom andra delar av vården, exempelvis habiliteringen eller akutsjukvården upplever samvetsstress för att se om det finns några skillnader eller likheter här. Att börja undersöka detta mer ger en bättre grund för att veta vad som är viktigt att se och vilka förutsättningar som skulle behöva prioriteras både från organisationen och andra faktorer för att ge en så god arbetsmiljö som möjligt och för att kunna jobba preventivt med interventioner.

Slutsats

Tre av nio påståenden om samvetsstress uppger deltagarna inträffar varje månad och i kombination med detta ger så dåligt samvete att de hamnar på den övre delen av VAS-skalan. Inom Närhälsan gäller detta två av påståendena och inom den privata primärvården ett påstående. För båda grupperna, Närhälsan och privat primärvård, är det samma påstående som inom den privata primärvården som får högst medianvärde och sker varje månad samtidigt som det ger arbetsterapeuterna visst dåligt samvete. Det finns enbart en signifikant skillnad mellan grupperna i en fråga och verksamheterna kan så till vida inte påstås ha någon skillnad i upplevelsen av samvetsstress eller förekomsten av denna. Vidare forskning behövs inom området för att ge ett mer generaliserbart resultat.

REFERENSER

1. Socialstyrelsen. Sysselsättning. Kunskapsguiden. 2012.
2. Erlandsson L-K. ValMo-modellen : ett redskap för aktivitetsbaserad arbetsterapi. 1. uppl.. ed. Persson D, editor. Lund: Lund : Studentlitteratur; 2014.
3. Jonsson H, Håkansson C, Wagman P. Aktivitetsbalans - ett centralt begrepp inom arbetsterapi och aktivitetsvetenskap. Tidskriften Arbetsterapeuten. 2012.
4. Arbetsmiljölagen (SFS 1977:1160) [Internet]. Stockholm: Arbetsdepartementet ARM. [citerad 30 April 2018] Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/arbetsmiljolag-19771160_sfs-1977-1160
5. de Coursey E, Jons E. Stress och patientsäkerhet - En litteraturstudie om sjuksköterskans arbetsmiljörelaterade stress och dess konsekvenser på patientsäkerheten i vården; Stress and Patient Safety – A review of literature on work related stress in nursing and it's consequences for patient safety. 2017.
6. Ekberg K, Eklund M, Hensing G. (red.). Återgång i arbete - Processer, bedömningar, åtgärder. Lund: Studentlitteratur; 2015.
7. Glasberg A-L, Eriksson S, Dahlqvist V, Lindahl E, Strandberg G, Söderberg A, et al. Development and Initial Validation of the Stress of Conscience Questionnaire. Nursing Ethics. 2006;13(6):633-48.
8. Yeager DS, Johnson R, Spitzer BJ, Trzesniewski KH, Powers J, Dweck CS. The Far-Reaching Effects of Believing People Can Change: Implicit Theories of Personality Shape Stress, Health, and Achievement During Adolescence. J. APA. 2014;106(6):867-84.
9. Dahlqvist V. Samvete i vården: att möta det moraliska ansvarets röster [avhandling på internet]. Umeå: Umeå universitet; 2008. [citerad 30 april 2018] Hämtad från: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:795016/FULLTEXT01.pdf>
10. Åhlin J. Samvetsstress allt vanligare bland vårdpersonal i äldreomsorgen [doktorsavhandling på internet]. Umeå Universitet: Medicinsk fakultet; 2015 [updated 2015-03-16. Available from: <http://www.medfak.umu.se/om-fakulteten/aktuellt/nyhetsvisning/samvetsstress-allt-vanligare-bland-varldpersonal-i-aldreomsorgen.cid248390>.
11. Glasberg AL, Eriksson S, Norberg A. Factors associated with 'stress of conscience' in healthcare. Scand J.Caring Sci. 2008;22(2):249-58.

12. Jonsson K, Fällman H, Born B. Depressioner - vanligare än vi vill tro : [en bok från Forskningens dag 2011, Medicinska fakulteten vid Umeå universitet]. Jonsson K, Fällman H, Born B, Umeå universitet. Medicinska f, editors. Umeå: Umeå : Medicinska fakulteten, Umeå universitet; 2011.
13. Glasberg AL, Eriksson S, Norberg A. Burnout and 'stress of conscience' among healthcare personnel. J Adv Nurs . 2007;57(4):392-403.
14. Alexanderson K. Stopp, stanna, reflektera. Tidskriften Arbetsterapeuten. 2016;8.
15. Todaro-Franceschi V. Samvetsstress och utmattningssyndrom inom omvårdnad. 1. uppl.. ed. Lund: Lund : Studentlitteratur; 2015.
16. Arbetsterapeuter S. Arbetsterapi i primärvården. 2014.
17. Moberg E, Hoang L. En studie av två vårdcentraler: organisatoriska förändringar till följd av avregleringen [internet]. Gävle: Högskolan i Gävle; 2011. [citerad 29 April 2018] Hämtad från: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:422198/FULLTEXT01.pdf>
18. Anell A. Utvärdering av primärvårdens organisation i egen regi [internet]. Skåne: Kefu; 2018. Hämtad från: https://www.skane.se/Public/Protokoll/Regionstyrelsen/2018-03-13/Extra%201.%20Utv%C3%A4rdering%20av%20prim%C3%A4rv%C3%A5rdens%20organisation%20i%20egen%20regi/Utv%C3%A4rdering%20av%20prim%C3%A4rv%C3%A5rdens%20organisation%20i%20egen%20regi_slutrapport.pdf
19. Björk J. Praktisk statistik för medicin och hälsa. 1. uppl.. ed. Stockholm: Stockholm : Liber; 2011.
20. Henricson M. Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2017.
21. Rissanen N. SPSS Manual. Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap. 2013.
22. Thurén T. Vetenskapsteori för nybörjare. Upplaga 2:1. Malmö: Liber; 2007.
23. Statistiska centralbyrån. Frågeteknik [Internet]. Stockholm; Statistiska centralbyrån. [citerad 17 Maj 2018]. Hämtad från: <http://www.scb.se/dokumentation/statistikguiden/undersokning-och-urval/frageteknik/>
24. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. Etisk kod för arbetsterapeuter. Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter; 2012.

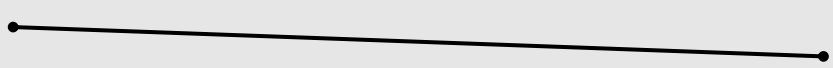
25. Hälsa- och sjukvårdslag (SFS 2017:30) [Internet]. Stockholm: Socialdepartementet [citerad 30 april 2018]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30
26. Holmström M. Psykosocial arbetsmiljö. Att befinna sig i gränslandet mellan arbete och fritid [internet]. Göteborg: Göteborgs universitet; 2012. [citerad 30 April 2018] Hämtad från: https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/31807/1/gupea_2077_31807_1.pdf

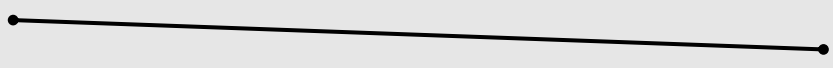
BILAGA 1

SAMVETSSTRESS

Skalan Samvetsstress består av 9 frågor med delfråga A och B. För varje delfråga A ringa in den siffra som du anser stämmer bäst in på dig. Använd skalan nedan för att välja hur ofta detta sker. Gör sedan ett kryss på linjen, hur pass dåligt samvete detta ger dig. Du kan skriva kommentarer till frågorna längst ner på sidan 6.

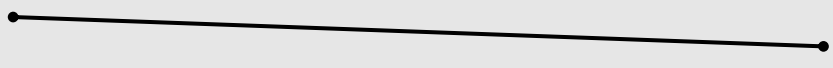
1	ALDRIG
2	Mindre än 1 ggr/halvår
3	Mer än 1 ggr/halvår
4	Varje månad
5	Varje vecka
6	Dagligen


Fråga 77		Skala
A) Hur ofta händer det att du inte hinner ge den vård patienten behöver?		1 2 3 4 5 6
B) Ger detta dig dåligt samvete?		
Nej inte alls		Ja, ger mig mycket dåligt samvete


Fråga 78		Skala
A) Händer det att du är tvungen att ge vård som känns fel?		1 2 3 4 5 6
B) Ger detta dig dåligt samvete?		
Nej inte alls		Ja, ger mig mycket dåligt samvete

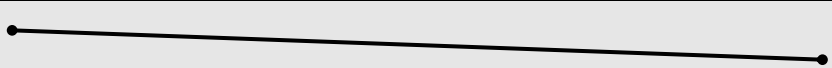
Fråga 79		Skala
A) Händer det att du utsätts för oförenliga krav i ditt arbete?		1 2 3 4 5 6

B) Ger detta dig dåligt samvete?		
Nej inte alls		Ja, ger mig mycket dåligt samvete

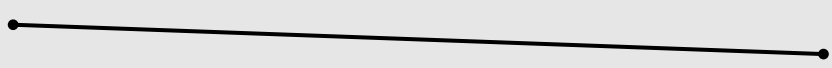
Fråga 80		Skala
A) Händer det att du blir vittne till att en patient kränks och/eller skadas?		1 2 3 4 5 6
B) Ger detta dig dåligt samvete?		
Nej inte alls		Ja, ger mig mycket dåligt samvete

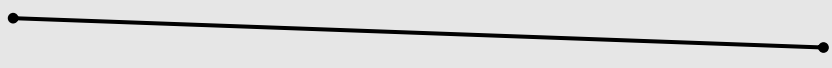
Fråga 81		Skala
A) Händer det att du undviker en patient eller närstående som behöver hjälp eller stöd?		1 2 3 4 5 6
B) Ger detta dig dåligt samvete?		
Nej inte alls		Ja, ger mig mycket dåligt samvete

Fråga 82		Skala
A) Händer det att ditt privatliv är så krävande att du inte orkar ägna dig åt ditt arbete så som du skulle vilja?		1 2 3 4 5 6
B) Ger detta dig dåligt samvete?		
Nej inte alls		Ja, ger mig mycket dåligt samvete

Fråga 83		Skala
A) Händer det att vårdarbetet är så krävande att du inte orkar ägna dig åt dina närmaste så som du skulle vilja?		1 2 3 4 5 6
B) Ger detta dig dåligt samvete?		
Nej inte alls		Ja, ger mig mycket dåligt samvete

		samvete
--	--	----------------

Fråga 84		Skala
A) Händer det att du upplever att du inte kan leva upp till andras förväntningar på din arbetsinsats?		1 2 3 4 5 6
B) Ger detta dig dåligt samvete?		
Nej inte alls		Ja, ger mig mycket dåligt samvete

Fråga 85		Skala
A) Händer det att du gör avkall på dina ambitioner att ge god vård?		1 2 3 4 5 6
B) Ger detta dig dåligt samvete?		
Nej inte alls		Ja, ger mig mycket dåligt samvete

Glasberg A.L., Eriksson S., Dahlqvist V., Lindahl E., Strandberg G., Söderberg A., Sörlie V. & Norberg A. (2006). Development and initial validation of the stress of conscience questionnaire. *Nursing Ethics*, 13, 633-48.