



HÖGSKOLAN  
I HALMSTAD

# KANDIDATUPPSATS

Socialpsykologiskt program 180hp



Man är inte en sjuksköterska eller en medmänniska. Man är både och.

En kvalitativ studie om vårdyrkets komplexitet i relation till yrkesroll och privatliv.

Sandra Anic och Oscar Reuterberg

Socialpsykologiskt projektarbete 15hp

Halmstad 2014-06-17

Högskolan i Halmstad  
Hälsa och Samhälle  
Socialpsykologiskt program

**“Man är inte en sjuksköterska eller en medmänniska.  
Man är både och.”**

- *En kvalitativ studie om vårdyrkets komplexitet i relation till yrkesroll och privatliv.*

**Författare:** Anic, Sandra  
Reuterberg, Oscar  
**Handledare:** Henrik Stenberg  
**Examinator:** Christopher Kindblad

## Abstrakt

I denna uppsats behandlar vi ämnen som relationer, emotioner och sociala band som är baserat på verksamheter inom vården i Västra Götalandsregionen. Vi har undersökt hur man som sjuksköterska, undersköterska och läkare förhåller sig till patienter som är dödligt sjuka på ett professionellt och medmänskligt sätt. Vi vill belysa hur sjuksköterska, undersköterska och läkaren hanterar eventuella svåra emotioner i mötet med sjuka patienter. Ytterligare en aspekt på vår studie är förhållandet mellan individ och gruppnivå i dessa yrken samt hur stödet mellan kollegorna ser ut när det gäller ventilering av emotioner. Vi har även studerat hur arbetsliv och privatliv interagerar med varann i detta fall. Vi har undersökt området genom åtta kvalitativa intervjuer med individer som arbetar med människor som är dödligt sjuka inom vården. Vi har använt oss av den hermeneutiska ansatsen vilket innebär att vårt förhållningssätt att tolkning och förståelse snarare än att etablera sanningar. Detta innebär att de resultat och reflektioner som vi grundar vår studie på är baserade på det empiriska material vi har fått genom intervjuerna. Alla svar är grundade på informanternas egna upplevelser, tankar och emotioner. Genom våra semi-strukturerade intervjuer har vi sedan analyserat dessa utifrån följande teorier: Skam och stolthet av Thomas Scheff, Rolltagande av Erving Goffman, Hänsynemotionssystemet av Thomas Scheff, Yt och djupagerande av Arlie Hochschild, Emotionellt arbete av Arlie Hochschild och Över och under differentiering av Tomas Scheff.

Resultatet av vår studie visar att yrkesroll och privatpersonen är svåra att särskilja för de som arbetar inom vården i mötet med döende patienter. Enligt vår studie blir det extra svårt för exempelvis en onkolog att distansera sig till patienten om denne har blivit behandlad av läkaren under en längre period. Studien visar också att stödet bland kollegorna är väldigt viktigt där kollegorna över lag känner en stor samhörighet, bland annat genom att de ventilerar negativa känslor och erfarenheter i sina arbeten. Oftast kommer man patienten för nära emotionellt men i vissa sammanhang kan det också vara svårt att inte ha en för stor del distans till patienten om man exempelvis nyligen har börjat behandla denne. Det har visat sig att vissa patienter gör mindre intryck på vårdpersonalen även om man har träffat denne under flera år. Differentieringen och relationen till patienten beror också på personkemi samt hur personliga läkare och patienter är gentemot varandra.

Nyckelord: Emotionellt arbete, relationer, överdifferentiering, underdifferentiering, gränser, arbetsliv, privatliv, gruppnivå, individnivå

## **Abstract**

In this paper we treat topics such as relationships, emotions, and social ties that are based on activities in health care in the Västra Götaland region. We have examined how nurses' and a doctor relate to patients who are terminally ill in a professional and humane manner. We want to illustrate how nurses' and the doctor handle any difficult emotion when meeting patients. Another aspect of our study is the relationship between the individual and group levels in these professions and how the support of their colleagues will look like when it comes to venting of emotions. We have also studied how the workplace and the private life interact with each other in this case. We have investigated the field by eight qualitative interviews with individuals who work with people who are terminally ill in hospitals. We made use of the hermeneutic approach, which means that our approach to interpreting and understanding rather than establishing truths. This means that the findings and reflections that we base on our study on are based on the empirical material we have received through the interviews. All answers are based on informants' own experiences, thoughts and emotions. Through our semi-structured interviews, we then analyzed them based on the following theories: Shame and pride by Thomas Scheff, Role-taking by Erving Goffman, The deference-emotion system by Thomas Scheff, Surface- and deep acting by Arlie Hochschild, Emotional labour by Arlie Hochschild and Over- and under differentiation by Thomas Scheff.

The results of our study show that the role and the private person are difficult to distinguish for those working in health care in the face of dying patients. According to our study, it is especially difficult for example; an oncologist to distance himself or herself to the patient if the doctor has treated him or her for a longer period. The study also shows that support among colleagues is very important and that colleagues generally feel a great affinity, including through venting negative feelings and experiences in their jobs. Most often the doctor gets too close emotionally to the patient but in some contexts it may also be hard not to have too large distance to the patient if, for example he or she recently have begun to treat the patient. It has been

shown that some patients make less impression on the nursing staff even if they 've met them several years. The differentiation and relationship with the patient also depends on personal chemistry and how personal physicians and patients are to each other.

Keywords: Emotional work, relationships, Over differentiation, Under differentiation, boundaries, work, private, group level, individual level

## **Förord**

Vi vill utbringa ett stort tack till alla våra informanter som har varit den största och viktigaste tillgången till vår studie. Tack för att ni tog er tid att medverka i våra intervjuer som är grunden till vår uppsats. Vi vill också tacka all övrig personal inom vården, exempelvis chefer och samordnare som hjälpte oss att få kontakt med informanter. Utan hjälp från er hade det inte gått att få tag i informanter och därav hade inte studien kunnat genomföras. Vi vill också tacka vår handledare Henrik Stenberg som har hjälpt oss med handledning som har varit viktig för att kunna skriva uppsatsen på ett korrekt och vetenskaplig sätt.

## Innehållsförteckning

<b>1. Inledning.....</b>	<b>s.8 - 10</b>
1.1 Syfte och problemformulering.....	s.9
1.2 Frågeställning.....	s.9
1.3 Disposition.....	s.9 - 10
<b>2. Bakgrund.....</b>	<b>s.10 - 18</b>
2.1 Presentation av verksamheten.....	s.10 - 12
2.2 Tidigare Forskning.....	s.12 – 18
2.2.1 ”Lär läkaren att samtala rätt”.....	s.12 - 13
2.2.2 “Cancerbeskedet – mer en fråga om relation än om information”.....	s.13 - 14
2.2.3 ”Läkare måste utbildas i att ge svåra besked”.....	s.14
2.2.4 ”Cancerbesked per telefon är fortfarande vanligt”.....	s.15
2.2.5 ”En utbildningsinvestering som lönar sig”.....	s.15 – 16
2.2.6 ”Professional burnout and social support in the workplace among hospice nurses and midwives in Poland”.....	s.17 - 18
<b>3. Teoretiska utgångspunkter.....</b>	<b>s.18 - 26</b>
3.1 Emotionellt arbete av Arlie Hochschild.....	s.18 - 21
3.2 Rolltagande av Erving Goffman.....	s.21 - 22
3.3 Skam och stolthet av Thomas Scheff.....	s.22 - 24
3.4 Över och underdifferentiering av Thomas Scheff.....	s.24 - 25
3.5 Hur teorierna kompletterar varandra.....	s.25 - 26
<b>4. Metod.....</b>	<b>s.26 - 38</b>
4.1 Vetenskapsteoretisk ansats.....	s.26 - 29
4.2 Förförståelse.....	s.29 - 30
4.3 Val av metod.....	s.30 - 33
4.4 Avgränsning.....	s.33
4.5 Urval.....	s.34 - 35
4.6 Tillvägagångssätt.....	s.35 - 36
4.6 Reliabilitet och validitet.....	s.36 - 37
4.7 Etisk reflektion.....	s.37 - 38
<b>5. Presentation av materialet.....</b>	<b>s.39 - 48</b>
5.1 Relationer till patient och kollegor.....	s.40 - 41
5.2 Emotioner i arbetsliv och privatliv.....	s.42 - 43

5.3. Förhållandet mellan arbetsliv och privatliv.....	s.43 - 44
5.4 Stöd i privatliv och i arbetslivet.....	s.44 - 46
5.5 Roll i mötet med patienten och i det privata.....	s.46 – 48
<b>6. Socialpsykologisk analys och tolkning.....</b>	<b>s.48 - 60</b>
6.1 Ytagerande och djupagerande samt rolltagande i arbetet med patienter.....	s.49 - 52
6.2. Emotionellt arbete inom sjukvården.....	s.52 – 55
6.3. Hänsynsektionssystemet bland kollegor.....	s.55 – 56
6.4 Över och underdifferentiering inom arbetslaget.....	s.56 – 58
6.5 Skam och stolthet i yrkeslivet.....	s.58 – 60
<b>7. Sammanfattning.....</b>	<b>s.60 - 63</b>
<b>8. Reflektioner.....</b>	<b>s.64 - 68</b>
<b>9. Källförteckning.....</b>	<b>s.68 – 69</b>
<b>10. Bilaga.....</b>	<b>s.70 – 72</b>



## 1. Inledning

Finns det någon gräns mellan privatperson och yrkesroll? Denna fråga är givetvis komplex och svår att besvara men den är högst aktuell för att förstå hur privatperson och yrkesroll hänger ihop. Den är aktuell eftersom flera yrken ställer krav på yrkesutövaren att både visa emotioner men också utföra en arbetsuppgift exempelvis sjukvården. Arlie Hochschild menar att dessa gränser inte existerar i emotionella arbeten eftersom dessa arbeten kräver mer än bara konkreta arbetsinsatser från yrkesutövaren. Hon menar att emotioner och exempelvis leenden förväntas ingå i vissa yrkeskategorier och på så vis kräver detta mer än bara kompetens från yrkesutövaren. Detta gränsförhållande mellan yrkesliv och privatperson är högst aktuella i dagens samhälle eftersom de flesta människor måste förhålla sig till flera olika sociala arenor som kräver olika rolltagande. Genom denna fråga fann vi det intressant att studera hur vårdpersonal förhåller sig till både yrkesroll men också till sin egen privatperson i mötet med svårt sjuka patienter. I exempelvis cancervård tror vi att dessa olika roller kan vara svåra att särskilja i situationer som innebär psykisk stress och påfrestning för exempelvis en onkolog. Med denna förståelse tyckte vi att det var intressant och relevant att studera vårdpersonal inom onkologi och hospice eftersom dessa yrkeskategorier möter döende människor dagligen. Sjukvården är ett bra exempel på den komplexa relationen mellan privatperson och yrkesroll eftersom det finns stora förväntningar och föreställningar i samhället hur personal i denna sektor skall agera. Andra yrken som exempelvis butiksbiträde ställer också krav på den anställde att vara trevlig och vänlig men detta kan gestalta sig annorlunda bland onkologer och andra onkologer och andra läkare. Läkare och sjuksköterskor förväntas ibland visa stor empati och medkänsla - dessa emotioner förväntas oftast inte av exempelvis butikspersonal.

I vårt moderna samhälle växlar vi ständigt mellan olika roller där vi både ska förhålla oss till oss själva som privatperson och i andra sammanhang agera utifrån en yrkesroll. Dessa olika roller kan vara svåra att skilja åt eftersom gränserna inte är tydliga i alla sammanhang. I de olika rollerna förväntas det att vi ska agera på olika sätt för att passa in i den roll och uppfylla de krav som ställs på den. I vissa yrken krävs det att man är både personlig och emotionell men också professionell. Dessa yrken kan vara påfrestande för individen eftersom de ställer stora krav på denne att

förhålla sig på rätt sätt. Det kan uppstå emotioner som stress och påfrestning i yrken där man exempelvis möter sjuka människor. Vi har intresserat oss för att studera gränsen mellan privatperson och yrkesliv inom Hospice och sjukvårdspersonal som arbetar med onkologi. Detta eftersom vi kan se komplexiteten mellan dessa olika roller i yrkeslivet. I yrken där det ställs stora krav på yrkesutövaren att vara emotionell och professionell är det viktigt att man som yrkesutövare både kan hantera dessa komplexa gränser och roller men också ha ett emotionellt stöd bland kollegorna anser vi. Genom våra intervjuer har vi försökt belysa och förstå komplexiteten i hur sådant som emotioner, rolltagande samt stöd i arbetsgruppen gestaltas i arbetet som läkare, sjuksköterska eller undersköterska.

### **1.1 Syfte och problemformulering.**

Syftet med denna studie är att undersöka hur sjukvårdspersonal hanterar emotioner i mötet med cancersjuka människor, hur sjukvårdspersonal balanserar yrkesrollen och privatpersonen i mötet med patienter, hur sjukvårdspersonal kan visa medkänsla för sjuka patienter i yrkesrollen, hur stödet bland kollegor gestaltas sig samt i vilken grad sjukvårdspersonalen påverkas av arbetet i sitt privatliv. Genom dessa perspektiv vill vi få en klarare bild av arbetet som exempelvis onkolog och förstå det komplexa förhållandet mellan yrkesroll, privatperson samt hur emotionella arbeten fyller en psykosocial funktion i vissa sammanhang.

### **1.2 Frågeställning**

*Hur hanteras och gestaltas sociala relationer till patienter, kollegor och hur påverkar dessa relationer människor i privatlivet samt i yrkeslivet?*

### **1.3 Disposition**

I uppsatsens *första kapitel* finns innehåll, inledning, syfte, frågeställning, disposition samt teoretiska och praktiska avgränsningar. I det *andra kapitlet* redogör vi för dels vår bakgrund till det vi studerar samt beskriva verksamheten på det fält vi har analyserat och studerat. I det *tredje kapitlet* presenteras teorier som uppsatsen till stor del är baserad på. I det *fjärde kapitlet* har vi en mer vetenskaplig prägel där vi förklarar och motiverar vår metod, vetenskapsteoretiska ansats, urval, tillvägagångssätt, förförståelse samt även den viktiga etiska reflektionen. I det *femte*

*kapitlet* presenterar vi vårt insamlade material samt även resultatet av vår studie. I det *sjätte kapitlet* analyserar vi materialet på ett socialpsykologiskt sätt samt även gör tolkningar av vårt empiriska material. I *kapitel sju* redogör vi vår sammanfattning och slutsats. I *kapitel åtta* presenterats våra reflektioner och i detta kapitel avslutar vi uppsatsen genom att skriva en sammanfattning och ”knyter ihop säcken”. I det *nionde kapitlet* finns det en källförteckning.

## **2. Bakgrund**

### **2.1 Presentation av verksamheten.**

Sjukhuset som vi var i kontakt med bestod av flera olika mottagningar och avdelningar. Sjukhuset gav vård som var riktad både mot barn, vuxna och specifika sjukdomar. exempel på detta var urologi, kardiologi, onkologi, röntgen, förlossning och akutsjukvård. På sjukhuset fanns det patienter som var inlagda och fick vård medan andra patienter endast fick vård under dagen för att sedan gå hem. Vissa patienter besökte sjukhuset vid enstaka tillfällen medan andra hade kontinuerliga besök på en och samma mottagning. Mottagningarna/avdelningar har ett visst samarbete med varandra då de exempelvis kan skicka vidare en patient till en annan avdelning/mottagning om patienten behöver en annan vård. Detta sjukhus med dess verksamhet är indelat i olika mindre verksamheter som är utspridda över ett större geografiskt område. Vad gäller onkologmottagningen finns det flera olika mottagningar som samarbetar med varandra dock är varje avdelning specialiserad på olika cancersjukdomar och därmed olika behandlingsmetoder.

Onkologmottagningar vi var i kontakt med diagnostiserar cancersjukdomar, bestämmer behandlingsmetoder samt har också kontinuerliga uppföljningar med cancersjuka patienter. På onkologmottagningen arbetar man i team som består av specialistläkare, specialistsjuksköterskor och undersköterskor med kunskap inom onkologin. Det finns också verksamhetschefer och kuratorer. Onkologerna utför inte kirurgiska ingrepp på patienter som är cancersjuka. Dessa skickas vidare till kirurgen och på så vis måste också onkologerna ha kontakt med andra vårdenheter på sjukhuset. De olika onkologmottagningarna i denna region har också ett visst samarbete med varandra då man har delat upp patienter med olika cancerdiagnoser på olika mottagningar. Onkologer är också ambulerande vilket innebär att de inte alltid

arbetar på samma mottagning. På dem onkologmottagningar som vi har varit i kontakt med skedde inga kirurgiska ingrepp på patienterna. Likaså fanns det inga patienter som var inlagda på mottagningarna. De patienter som vårdas på dessa onkologmottagningar är på besök dagtid någon gång i veckan eller mer eller mindre frekvent. Arbetet är uppdelat mellan onkologer och sjuksköterskor samt undersköterskor på mottagningen. Onkologer är de som beslutar om behandlingsform, längd och eventuella åtgärder i relation till patienten. Sjuksköterskorna och undersköterskorna är de som i högre grad möter patienterna då de ges cellgifter etc. I arbetslaget har de anställda regelbundna möten där man diskuterar patienters hälsa, eventuella problem i behandlingarna samt hur arbetet skall läggas upp för dagen. Om en sjuksköterska noterar att behandlingen är mer eller mindre framgångsrik tar denne kontakt med en onkolog på mottagningen för att diskutera nya behandlingsalternativ.

På Hospice ser arbetet ungefär likadant ut som på onkologmottagningen. Det som skiljer dess åt är att de som läggs in på Hospice oftast har en mycket kort tid kvar i livet. Det kan röra sig om dagar, veckor eller högst månader. Likaså är de som läggs in på Hospice drabbade av diverse olika sjukdomar som exempelvis ALS, cancer, KOL etc. På Hospice avdelningen vi var i kontakt med skedde en palliativ vård, vilket innebär vård i livets slutskede. Detta ger personalstyrkan ett annat fokus än på en onkologmottagning. I den palliativa vården är det viktigt för personalen att göra patientens sista tid i livet så bra som möjligt utifrån de förutsättningar patienten har. Vården handlar alltså inte om att bota utan att lindra. På Hospiceavdelningen arbetar det läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och även kurator. Dessa har regelbundna möten där det diskuteras patienternas hälsa, eventuella medicinska åtgärder, delar upp arbetsuppgifter samt har ronder där läkaren och sjuksköterskorna besöker patienten och dennes rum. I avdelningen är arbetslaget indelade i två grupper där det finns en huvudansvarig sjuksköterska som leder arbetet.

På både onkologmottagningen och Hospice har personalen regelbundna arbetslagsmöten där man diskuterar patienternas hälsa, hur arbetet ska läggas upp, eventuella frågor och funderingar samt även praktiska frågor.

Det finns vissa väsentliga skillnader mellan Hospice och onkologmottagningar i hur man som vårdgivare idkar patientvård samt hur arbetet ser ut. På Hospice är patienterna inlagda vilket innebär att de har ett eget rum där de förväntas bo fram tills

att de avlider. På onkologmottagningen är patienterna inte inlagda vilket innebär att de exempelvis är på mottagningen några timmar i veckan för att få exempelvis cellgifter och cytostatikan och därefter gå hem. Om patienten är väldigt sjuk och inte klarar av att vara på hemmaplan kan denne skickas till avdelning på sjukhuset där de kan få regelbunden vård fram tills livets slutskede ifall de så önskar.

## **2.2 Tidigare Forskning.**

### **2.2.1 ”Lär läkaren att samtala rätt” av Knut Aspegren**

I denna artikel skriver Knut Aspegren (2006) som är professor i Lunds universitet om läkarsamtal. Aspegren förklarar att för att en läkare ska kunna vara så effektiv som möjligt och kunna hjälpa patienter på bästa sätt behöver läkaren kunna behärska professionell samtalsmetodik. Aspegren hävdar även att läkarstuderande bör redan i början av sin studietid få kunskap om evidensbaserad utbildning i det professionella läkarsamtalet och sedan ska detta följas upp under hela studietiden. Vad man vill uppnå med läkarsamtalet kan skilja sig från situation till situation men enligt Aspegren är tre orsaker vanligast. Dessa är först att man vill utreda patientens eller de anhörigas problem inom de biomedicinska, psykologiska eller sociala områdena. Läkaren vill även informera patienten och målet är att kompromissa och sedan bestämma vad vi ska göra och vem som ska göra vad. Till sist kan läkarsamtalet också röra sig om att man behöver skapa en professionell relation eller avsluta den som har skapats under tiden som patienten har behandlats.

Det finns även olika former av läkarsamtal beroende på ändamålen som nämnts tidigare. Aspegren berättar om en samtalstrappa där han tar upp sju olika typer av läkarsamtal. Första är en strukturerad intervju, den andra är en informationsträff där man exempelvis diskuterar provsvar. Tredje formen är rådgivning där läkaren och patienten diskuterar vad som bör ändras eller vad som har funkat bra i behandlingen. Efter detta är nästa form en fullständig konsultation. Sedan kommer negativa besked som kan vara ett besked om en cancersjukdom. Näst sista formen är svåra samtal och till sist existentiella samtal. Aspegren hävdar att för att man ska kunna hantera de former som ligger högre upp i trappan måste man första kunna hantera de som ligger längre ner först.

Denna studie blir relevant för vår egen studie eftersom vår studie rör sig om svåra samtal med patienten och hur vårdpersonalen hanterar detta. Vi undrar vilken utbildning de har fått när det gäller svåra samtal med patienten och om det har hjälpt dem i arbetslivet.

### **2.2.2 “Cancerbeskedet – mer en fråga om relation än om information” av Pär Salander**

Denna artikel av Pär Salander (2003) fokuserar mest på patientens perspektiv även när det gäller cancersjukdom men artikeln riktar sig också mot sjukvården. ”Läkarens perspektiv” lyfts fram där man eftersträvar att sjukvården inte bara ska ha en informativ roll utan även en relation med patienten. Vi anser att denna studie är socialpsykologisk intressant i vårt arbete eftersom den belyser svårigheten med läkaryrket både som yrke och relation i förhållande till patienten. Kanske kan denna studie hjälpa oss att ännu mer förstå problemet mellan växlingarna av yrkesroll och privatperson som finns hos läkaren.

I studien berör Salander hur patienter upplever att få en cancerdiagnos. För patientens del är det oftast mer en fråga om en relation än ett besked hävdar Salander. Dock belyses även läkarens perspektiv där det anses vara viktigt för läkaren att kunna ha förmågan att skapa en god relation med patienten. Enligt studien är det viktigt att denna relation är god från både patientens och läkarens sida eftersom denna relation är väldigt speciell då den ena parten är behandlare medan den andre är den som tar emot behandlingen. Cancerpatienten vill oftast få så mycket information som möjligt för att kunna vara väl förberedd och ha insikt över behandlingen samt sjukdomsbilden. För att cancerbesked skall kunna ges på bästa möjliga sätt hävdar Salander en rad olika faktorer som är viktiga att tänka på från läkarens sida i mötet med patienten: Platsen för samtalet är väldigt viktigt. Samtalet skall ske i en lugn miljö i avskildhet med öga-mot-öga-kontakt. Likaså är det viktigt att det finns gott om tid för detta möte, där patienten kan ställa många följdfrågor och eventuellt ha anhöriga med. Det är också viktigt att läkaren agerar professionellt i detta möte vilket innebär att språkbruket är anpassat för en icke-medicinskt insatt patient. Läkaren måste vara väldigt lyhörd för aspekter som information, förvarna, oklarheter etc. Detta innebär att läkaren skall kunna ge en mycket god information till patienten om sjukdomsbilden, vara beredd att ge grundliga och utförliga förklaringar på eventuella

frågor men samtidigt kunna förmedla hopp och lösningar istället för hinder. Det finns också emotionella aspekter på denna modell för läkarens samtal med den cancersjuka patienten. Läkaren skall agera på ett sådant sätt att patienten känner sig fri och tillåten att uttrycka eventuella negativa känslor och känslouttryck och även visa värme, förståelse och empati för den sjukas situation. Salander menar också att det är bra om läkaren har en summering med patienten där läkaren återupprepar vad som har sagts och vad som kommer att ske i framtiden. Denna modell menar Salander är ultimata för att underlätta svåra samtal och besked för både vårdpersonal och patienter.

### **2.2.3 ”Läkare måste utbildas i att ge svåra besked” av Knut Aspegren m.fl.**

Artikeln som är skriven av Knut Aspegren (1998) belyser Sveriges cancerläkares bristande utbildning som rör svåra besked från läkarens sida gentemot patienten. Författarna hävdar att denna utbildning för onkologernas del är väldigt viktig, både för onkologen men även för patientens del. De hävdar att läkare skulle behöva denna utbildning bl.a. eftersom nyexaminerade läkare är oerfarna och nya på arbetsmarknaden. Denna brist på kompetens resulterar i att många onkologer inte klarar av att hantera situationer där svåra och negativa besked skall tilldelas patienten. Eftersom läkaren genom denna bristande kunskap och kompetens inte har denna utbildning blir också patienten lidande. Författarna lägger stort fokus på relation mellan läkare och patient, då denna relation är speciell och har en viss mån av ömsesidighet. Enligt författarna är denna utbildning viktig eftersom läkaren måste kunna hantera patienten på ett medmänskligt och yrkesmässigt plan där patientens eventuella oro, frågor, funderingar, kunskap och livssituation i relation till sjukdomen blir viktig för läkarens bemötande. Enligt författarna är den erfarenhetsbaserade utbildningen bäst för att kunna utbilda läkare i att ge svåra besked, alltså måste dessa kunskaper skapas genom erfarenheter och inte genom teoretisk undervisning. En viktig ståndpunkt som författarna gör är följande: ”Att ge en patient ett besked om en obotlig sjukdom kräver erfarenhet, lyhördhet och självkännedom hos läkaren. Inte en ovanlig strategi för att hantera denna situation är att upprätta en nära relation till patienten”. Denna studie blir relevant för vår egen studie eftersom dagens sjukvård, även inom exempelvis onkologin, saknar denna form av utbildning. I vår intervjuguide belyser vi huruvida denna brist på utbildning påverkar vårdgivaren eller inte.

#### **2.2.4 ”Cancerbesked per telefon är fortfarande vanligt” av Sara Hedbäck**

Sara Hedbäck (2004) skrev denna artikel som belyser det som i mångas ögon anses vara främmande och oacceptabelt: Att ge en svårt sjuk människa ett cancerbesked via telefon. Enligt författaren fick 13 % av alla cancerdrabbade kvinnor i Sverige sin cancerdiagnos via ett telefonsamtal. I artikeln hänvisar författaren till övriga forskningsstudier som visar att uppemot 20 % av alla cancerdrabbade svenskar fick sin cancerdiagnos via ett telefonsamtal. I artikeln intervjuas en cancerklinik i Sverige där personalen som medverkat i artikeln anser att denna typ av kommunikation med patienten är oacceptabel. De som medverkat i artikeln hävdade att praxis på deras avdelning är att sådana allvarliga besked aldrig får ges via telefon. Kommunikationen och beskedet i sig måste alltid ges när patient och läkare träffas i verkligheten, på ett inbokat möte där det finns tid för frågor och funderingar från patientens sida.

Denna artikel blir för vår studie socialpsykologiskt intressant eftersom den symboliserar avståndet mellan patienten som läkaren. I vår studie vill vi belysa bl.a. hur relationen mellan läkare och patient upplevs från läkarens sida. Detta är en viktig aspekt i mötet ansikte mot ansikte. Denna artikel belyser istället ett avstånd mellan dessa två parter, i vissa fall behöver det inte ens vara läkare som personligen ger beskedet via telefon till patienten. Det som vi tycker är intressant är därmed hur detta icke ansikte-mot-ansikte-möte påverkar relationen mellan läkare och patient samt hur läkaren påverkas av detta avstånd gentemot patienten.

#### **2.2.5 ”En utbildningsinvestering som lönar sig” av Lena Karlberg och Carl Lindberg**

Författarna Lena Karlberg och Carl Lindberg (2004) skrev denna artikel som börjar med att berätta viktiga förutsättningar för hur en bra och givande konsultation ska äga rum samt hur korrekt information ges ut angående symptom och tankar och även hur detta mottas på ett rätt sätt. För att detta ska ske måste läkare arbeta på rätt sätt snarare än att följa sin egen väg säger författarna. De berättar att det inte är ovanligt att vi människor och även läkare bestämmer sig redan innan vad som är fel utan att ha undersökt patienten tillräckligt noga och därför kan det ske att man ignorerar det som man inte anser stämmer överens med sin egen bild. Det man söker efter ska styrka sitt eget antagande. Detta arbetssätt leder till att många patienter går hem helt besvikna



efter den behandling de har fått av läkarna, som i sin tur leder till att även läkarna börjar ifrågasätta sin egen kompetens, de känner att de inte kan hjälpa patienten. Vad händer då? Patienten börjar leta efter andra läkare som kommer att ge en bättre hjälp och detta visar på en stark kommunikationsbrist mellan patienten och läkaren menar författarna. Författarna berättar att det behövs en mer kontinuerlig och strukturerad utbildning i kommunikation och kommunikationsprocesser hos de lärarstuderande för både patientens och läkarens bästa.

För att man ska kunna förbättra kommunikation mellan patient och läkare så bör enligt författarna det patientcentrerade samtalet vara i fokus. Forskning har visat att denna typ av samtal har legat på en låg och jämn nivå i flera år. I Sverige används denna typ av samtal i flera högskolor men i USA har man endast börjat använda sig av denna typ. Författarna fortsätter med att berätta att det finns sammanlagt 5 områden och 21 färdigheter hos läkaren som visar sig avgörande för ett bra möte mellan patient och läkare. Det första området är förmåga att bygga upp och upprätthålla en fruktbar relation där flera färdigheter kan hjälpa. Dessa är exempelvis att man låter patienten tala utan att avbryta. Läkaren bör även uppmärksamma patientens kroppsspråk eftersom detta kan berätta mer än ord. Nästa område är förståelse och korrekt tolkning av de presenterade symtomen. Två färdigheter i detta område är exempelvis att man ställer en fråga i taget och att man även sammanfatta det som sägs i mötet med patienten så att båda vet som sker eller ska ske. Det tredje området är information och rådgivning till patienten. En färdighet här är exempelvis att man ska kunna åstadkomma en samarbetsrelation med patienten. Område fyra är förmåga att nå samförstånd vad gäller vidare åtgärder och färdigheter, exempelvis att man bör kunna sammanfatta problemet eller tillståndet samt att man lyssnar på patientens uppfattningar om behandlingar som rekommenderas. Det sista området är organisation och tidsplanering där en färdighet är att man följer patientens agenda samt avslutar samtalet med en sammanfattning som leder till att man kommer fram till något resultat.

Denna studie är relevant för vårt arbete eftersom den belyser läkarkompetens på en högre strukturell nivå i samhället, i detta fall inom utbildningsnämnden. Denna aspekt på bristande utbildning har konsekvenser för läkarens dagliga arbetsliv men även för patientens välmående och rätt till information.

### **2.2.6 ”Professional burnout and social support in the workplace among hospice nurses and midwives in Poland” av Marta Kalicinska m.fl.**

Marta Kalicinska m.fl. (2012) har skrivit en avhandling om vikten av socialt stöd och utbrändhet i två yrkeskategorier, Hospice sjuksköterskor samt barnmorskor. Studien är genomförd i Polen och 117 informanter är med som grund för studien och dess resultat. Resultatet av forskningen visar att utbrändhet och depersonalisering är betydligt vanligare bland barnmorskor än bland de sjuksköterskor som arbetar på Hospice enligt studien. 27 % av barnmorskorna visade tecken på utbrändhet och 17 % av dessa visade också tecken på depersonalisering. Bland sjuksköterskorna som arbetade inom Hospice visade endast 19 % tecken på utbrändhet. Resultatet av forskningen visar att stödet bland sjuksköterskorna på Hospice överlag var betydligt högre än bland de som arbetade som barnmorskor. Forskarna hävdar att detta till stor del beror på att arbetsuppgifterna inom dessa två yrkeskategorier skiljer sig åt. Båda yrkeskategorierna får möta liv och död i sitt arbete men på olika plan och på olika sätt. Personalen på Hospice får i betydligt högre grad möta döende människor medan barnmorskorna istället hjälper barn att födas. Denna skillnad är enligt forskarna viktig i utformandet av stödet bland kollegorna. I och med att personalen på Hospice finns till för att stödja och behandla döende människor blir på så vis arbetet mera emotionellt krävande och på så vis blir behoven av stöd tydligare och viktigare bland kollegorna. Forskarna hävdar att stödet blir tydligare och på så vis får detta ett större utrymme bland kollegorna vilket i sin tur resulterar i att stödet ökar och detta i sin tur leder till mindre utbrändhet och lägre grad av depersonalisering.

En viktig aspekt på relationen mellan depersonalisering, utbrändhet och yrkesgrupp är centralt om man jämför dessa två yrkeskategorier. Forskarna hävdar i studien att depersonalisering var vanligare bland barnmorskorna eftersom behovet av stöd på arbetsplatsen inte var lika tydligt och uttalat som bland hospice sköterskorna. Enligt forskarna resulterade detta i att det bristande stödet skapade en känsla av ensamhet och hindrade emotionella uttryck vilket ökade risken för utbrändhet och depersonalisering hos personalen. Forskarna hävdar att det är viktigt att stödet från kollegorna ska finnas hos båda yrkeskategorierna med syfte att minska risken för utbrändhet och depersonalisering. Forskarna hävdar också att detta stöd ofta behöver vara tydligt och styrt på arbetsplatsen vilket i vissa fall kan yttra sig genom yttre och

inkallat stöd från andra yrkesutövare. Stödet behöver alltså inte enbart vara internt utan också externa enligt forskarna.

### **3. Teoretiska utgångspunkter**

#### **3.1 Arlie Hochschild: Emotionellt arbete**

Arlie Hochschild (1983) redogör för sin teori om Emotionellt arbete (emotional labor) i sin bok *The Managed heart: The commercialization of human feeling*. Denna teori förklarar att vissa yrken kräver att man går in i rollen och förhåller sig på ett visst sätt. Hochschild studerade speciellt hur flygvärdinnor i USA var tvungna att framkalla ett leende för passagerarna för att deras yrkesroll krävde det. Detta betyder att ens egna känslor eller attityd kan bli ett slags beställningsarbete som förväntas ingå i yrkesrollen. Hochschild förklarar att den yrkesrollen man har kan kräva att man måste tränga undan vissa känslor för att det inte passar situationen. Dessa situationer kan exempelvis vara på begravningar, på arbetsplatsen eller i skolan (Hochschild, 1983, s.7.)

Det emotionella arbetet uppstod någon gång på 1800-talet där exempelvis vårddyrken handlade om mer än att bara vårda och läka patienten (Hochschild, 1983, s.17.) Det emotionella arbetet ställer stora krav på individen att uttrycka vissa känslor även om individen inte känner känslorna alls. En del av det emotionella arbetet syftar också att framkalla en känsla eller en sinnesstämning hos den som är objektet för det emotionella arbetet. Exempelvis kan detta vara att göra en passagerare på en flight nöjd och omhändertagen genom flygvärdinnans emotionella uttryck och arbete. I den värld vi lever i nu krävs det i många arbeten att man i sin yrkesroll utför något form av emotionellt arbete som exempelvis servicebranschen eller inom försäljning. Det emotionella arbetet betyder inte nödvändigtvis något dåligt utan i flera fall kan detta emotionella arbete vara någonting som är nödvändigt för yrkesrollen. (Hochschild, 1983, s.6 - 7.) Exempel på detta är att ingen människa troligtvis vill tala med en otrevlig försäljare när man ska fråga om en vara man vill köpa. Försäljaren måste i detta fall vara trevlig och hjälpsam för att det ska finnas en möjlighet att sälja varan men omvänt gäller inte för kundens del. Kunden kan vara hur otrevlig som helst gentemot försäljaren. Det sker en form av ojämlikt socialt utbyte. Man säga att när företagen anställer en person anställer de inte bara dennes fysiska arbetskraft utan

även också dennes förmåga att visa upp ett viss emotionellt tillstånd, en emotionell fasad.

En annan viktig del av det emotionella arbetet är enligt Hochschild de så kallade känsloreglerna. Hochschild anser att känsloreglerna är de regler som bestämmer hur vi människor bör känna men också agera. Känsloreglerna blir alltså viktiga för att styra och markera för individer hur vi ska känna i en viss socialt kontext. Det är viktigt att man inte förväxlar känsloregler med ett annat närliggande begrepp: *Uttrycksregler*. Enligt Hochschild, som också har utvecklat begreppet uttrycksregler, hänger dessa två begrepp tydligt samman med varandra. Känsloreglerna kan i viss mån inte existera utan uttrycksregler och vice versa. Dock är det viktigt att påpeka att känsloreglerna inte är samma sak som uttrycksreglerna. Känsloreglerna förklarar vad vi ska känna, medan uttrycksreglerna förklarar hur vi ska uttrycka våra emotioner. Man kan se uttrycksreglerna som en ytligare form av känsloregler. Uttrycksreglerna syftar endast till att förklara hur man ska uttrycka en känsla, på så vis behöver inte känslan vara djupt förankrad hos individen eftersom det endast är själva uttrycket som är relevant. Känsloreglerna å andra sidan ställer ett högre krav på individen eftersom känslorna går bortom det man visar utåt i många avseenden. (Hochschild, 1983, s.56 – 57.)

En aspekt som är viktig att förklara är skillnaden mellan mäns och kvinnors emotionella arbete som Hochschild tar upp i sin bok ”The Managed Heart”. Enligt Hochschild använder sig kvinnor mer av det emotionella arbetet än män. En orsak är att kvinnor blir formade till att vara i högre grad emotionella än vad män blir. Historiskt sätt har det också varit så att kvinnor har blivit tvungna att välja emotionella arbeten på grund av sin sociala status i samhället (Hochschild, 1983, s.11.)

Yt och djupagerande är ett begrepp som Hochschild kopplar till emotionellt arbete. Både dessa ageranden bygger på att man lägger undan sina egna känslor och intar en roll som arbetet kräver. Exempelvis vi kan känna oss ledsna och deprimerade inombords men vi visar upp en glad min utåt. Djupagerande (Deep acting) är när en individ försöker väcka en känsla inom sig själv för att på så vis passa in i den roll individen har. Individen uttrycker en känsla eller beter sig på ett sätt som stämmer överens med det vad individen egentligen upplever eller känner. Känslorna och

beteendet stämmer överens med tidigare upplevelser och är förankrad i personen. Djupagerandet är alltså inte ett falskt rolltagande som individen intar utan är ett mer ”äkta” tillstånd eller agerande. Djupagerandet är känslor och beteenden som är djupare förankrade i individen där ens egna erfarenheter framkallar ett mer äkta tillstånd, beteende och agerande hos individen (Hochschild, 1983, s.36.)

Ytagerandet (Surface acting) å andra sidan skiljer sig från djupagerandet. Både djup och ytagerandet har gemensamt att individen utåt sätt beter sig eller upplever saker och ting på ett sätt som är styrt av exempelvis omgivningens förväntningar eller yrkesrollen etc. Skillnaden mellan yt- och djupagerandet är att individen i ett ytagerande inte behöver känna de känslor som hon visar upp. Detta kan endast vara en roll som individen antar för att situationen eller känsloreglerna kräver det. Ytagerandet kan exempelvis vara en fasad som skall stämma in i exempelvis en yrkesroll. Inombords kan man helt andra emotioner än de man visar upp. Exempel på detta kan vara en servitris som beter sig kundorienterat och vänligt men innerst inne kanske denna person känner sig sur, irriterad och ledsen. Ytagerandet blir alltså i detta fall något som inte är förankrat i individen. Även val och handlingar som individen gör kan i ett ytagerande vara främmande och kännas fel för individen innerst inne men utåt sätt gör individen vissa val eller känslouttryck för att passa in i sammanhanget. Ytagerande speglar inte vad individen egentligen tänker och känner till skillnad från djupagerandet.

Hochschild har som en del av det emotionella arbetet utvecklat begrepp som kallas transmutation. Hon menar att transmutationen är en slags emotionell överföring där emotioner hos individen inte behöver vara äkta. Transmutationen syftar till att förklara att visa känslor i emotionella arbeten förväntas implementeras hos den anställde. Transmutationen kan bli mer eller mindre lyckad. I vissa avseenden misslyckas transmutationen, detta i situationer då känslorna inte längre blir äkta från individens sida. Hochschild menar att vi genom transmutationen ”lånar” ut våra känslor till exempelvis ett företag, vilket kan yttra sig genom exempelvis leenden eller dra bemötande gentemot kunder. I längden kommer dock inte individen att klara av denna transmutation, vilket kommer att leda till att individen inte längre kan urskilja sina egna känslor från de framkallade, ytliga känslouttrycken. När transmutationen fungerar väl kommer individen att förlora kontakten med de egna känslorna. Hon

kommer inte längre kunna urskilja de egna känslorna från de uppvisade. Om transmutationen fungerar mindre eller inte alls kommer hon istället att förlora förmågan att visa upp emotioner och därmed förmågan att ha känslouttryck. (Horschild, 1983, s. 19 – 20.)

### **3.2 Erving Goffman: Rolltagande**

Erving Goffman (1959) använde begreppet rolltagande. För att förstå vad rolltagande är måste vi först vara på det klara med vad en roll innebär. Det finns lite olika definitioner på vad en roll är beroende på vem man frågar. En del forskare och psykoanalytiker menar att rollen är något som vi får tilldelat av vår omgivning. Genom att vår omgivning uppfattar oss på ett särskilt sätt blir vi också tilldelade den roll som anser passa oss. Men begreppet roll kan givetvis vara mer komplext än så (Goffman, 1959, s.25.)

När man talar om roller är det också viktigt att betona att det finns formella och informella roller hos människor. De informella rollerna är de roller vi har som ofta symboliserar vår personlighet. Det kan exempelvis vara att en person talar mycket och har fått rollen som den personen som anses ha gott självförtroende och vara den talföra i gruppen. Denna roll är informell i det avseendet att man inte uttalat blivit tilldelat den, snarare har vi tagit den rollen eftersom den passar i ett visst socialt sammanhang och att vår omgivning accepterar att vi har den rollen. Den formella rollen däremot är annorlunda i jämförelse med den informella rollen. Den formella rollen kan exempelvis vara en läkare, präst eller en chef. Denna roll är formell i det avseende att man har en titel, t.ex. en yrkestitel som betonar den roll man har och vad det innebär. Vidare är rollen också formell i det avseendet att man öppet och tydligt erkänner den rollen som man har. Den rollen man har som t.ex. läkare behöver dock inte betyda att man kan identifiera sig själv med rollen. Exempelvis kan en läkare ha den formella rollen som läkare men känna sig informellt främmande för rollen ifall läkarens attityder, känslor och tankar etc. inte stämmer överens med den uppfattning omgivningen har om läkare (Goffman, 1959, s.91 – 92.)

Goffman belyser både fördelar och nackdelar med rolltagandet, likaväl som han belyser hur det rolltagandet uppstår. Det rolltagande i sig handlar om att man som individ i ett visst sammanhang agerar på ett sätt som inte känns naturligt för

individ. Detta kan spegla sig genom att individen avsiktligt säger saker, uppträder och har ett kroppsspråk som syftar till att framstå på ett förbestämt sätt hos åskådaren (Goffman, 1959, s. 53.) Exempelvis kan en präst utåt sätt visa medkänsla med en person som biktar sig trots att prästen innerst inne fördömer biktarens handlingar och känner avsky för dessa. Prästen måste på så vis medvetet agera på ett sådant sätt att hon upplevs som medmänsklig, till exempel genom att lägga handen på biktarens axel och tala lugnt, förstående och klokt med biktaren. Detta innebär att rolltagandet blir falskt eftersom agerandet inte stämmer överens med de känslor, tankar och attityder som prästen innerst inne känner.

Goffman menar att rolltagandet innebär både vinster och förluster både för individ och samhälle. Individen kan vinna på rolltagandet i exempelvis situationer där det finns klara och tydliga normer för hur man bör agera. Rolltagandet kan på så vis bli ett sätt för individen att passa in och på så vis inte vara normbrytare. Detta leder i sin tur till att individen slipper olika former av bestraffning från övriga människor i en visst socialt kontext. Goffman menar också att rolltagandet kan behövas för att samhället ska kunna vara harmoniskt. Genom det rolltagandet kan individen dölja ett beteende och tankar som annars skulle provocera andra människor och på så vis skapa kaos och konflikter mellan människor. Rollen kan också ge en auktoritet för den som lyssnar. En professor kan vinna åhörarens förtroende bl.a. genom att berätta om sin yrkesroll som professor. På så vis kan yrkestiteln bli ett sätt för professorn att påverka den andre till att tycka likadant (Goffman, 1959, s.31 – 32.)

Förlusten i rolltagandet enligt Goffman är att människor dels blir oäkta inför varandra men också att konformism kan uppstå lättare i grupper genom rolltagandet. Genom att människan aktivt och medvetet väljer en roll och agerar på ett sådant sätt som ger omgivningens godkännande utifrån de krav som finns på rollen finns det en risk att individen förlorar kontakten med sig själv och i vissa sammanhang ger avkall på sina egna principer, tankar och känslor för att kunna accepteras i ett visst socialt sammanhang. Det centrala i rolltagandet är att individen anpassar sig efter den roll som hon har och på det krav som ställs på rollen (Goffman, 1959, s. 26 – 27.)

### **3.3 Thomas Scheff: Skam och stolthet**

Thomas Scheff (1990) talar om skam och stolthet som två olika emotioner som samtidigt hör samman med varandra. Scheff menar att skam och stolthet är ett tecken på hur relationerna ser ut för den enskilde individen i den sociala kontext hon befinner sig i. Scheff menar att känslor av skam symboliserar dåliga eller bristande relationer till omgivningen (Scheff, 1990, s.71.)

Om man exempelvis väljer att studera en familj kan man genom en känsla av skam inom familjen förstå att vissa sociala band är hotade och att sammanhållningen inom familjen på ett eller annat sätt är bristfällig. Scheff menar att skammen uppstår i att exempelvis familjen på ett eller annat sätt har en bristande sammanhållning sinsemellan. Det kan t.ex. vara så att olika familjemedlemmar anses ha olika social status inom familjen. Det kanske finns tydliga roller där vissa familjemedlemmar anses vara de duktiga och kloka människorna som alltid gör rätt. Andra familjemedlemmar anses istället vara obildade, ha bristfällig kunskap och ses som personer som inte är värda att lyssna på. Genom att dessa olika roller finns tydliga inom exempelvis familjen blir det också olika social status inom familjen. De medlemmar inom familjen med den lägre sociala statusen kan då känna underlägsenhetens skam eftersom de tydligt vet att de har en lägre status än de övriga i familjen. Detta kan kännas som ett hot mot de sociala banden eftersom känslor som konkurrens, avundsjuka och mindervärde kan uppstå. Man känner sig inte som en enhet utan snarare som rivaler och då finns det ingen känsla av trygghet och tilltro inom relationerna (Scheff, 1990, s.15 – 19, s.76 – 79, s. 117.)

Om banden istället är trygga och väl fungerande inom familjen kommer individerna att känna en känsla av stolthet. Individen befinner sig istället i ett socialt sammanhang där en känsla av gemenskap råder inom t.ex. familjen. Man litar på de övriga anhöriga och känner en tilltro till varandra utan att känslor som konkurrens eller mindervärde stör individen (Scheff, 1990, s.15 – 19, s.29.)

Scheff utvecklar hänsynemotionssystemet utifrån stolthet och skam. Genom att vi människor medvetet agerar eller säger saker till andra människor finns det också ett slags syfte med detta. Människan gör inte saker utan att ha en intention eller vinst syfte med handlingen (Scheff, 1990, s.29.) Genom att vi människor beter oss på ett sätt som omgivningen gillar och som är i fred med sociala regler blir människan socialt accepterad och kan känna stolthet och gemenskap. På samma sätt kan också



människan i olika sammanhang bete sig normbrytande t.ex. genom att socialt bryta mot en regel och bli på så vis belagd med en känsla av skam och utanförskap.

Enligt Scheff kan denna teori även appliceras på en arbetsplats. Mer eller mindre lyckade sociala band kan också uppstå och ha konsekvenser inom arbetslivet. Inom vissa arbetslag kan det råda en stor känsla av främlingskap och osäkerhet. Individerna i gruppen kan då bli väldigt uppmärksamma på sitt eget beteende och hur de framstår eftersom rädslan att hamna utanför blir stor och på så vis fruktar känslan av skam. Målen kan vara otydliga och splittrade i gruppen, likaså den bristande interaktionen med omgivningen eller kollegerna. Om gruppen istället är välfungerande kommer känslan av stolthet att visa sig genom att man känner en samhörighet, har roligt tillsammans och kan ta konflikter utan att känna en rädsla för att de sociala banden skall hotas eller försämrats. Oftast finns det en stark känsla av gemensamma intressen och mål med arbetet som förenar individerna. Detta skapar enligt Scheff en känsla av stolthet (Scheff, 1990, s. 77 – 79.)

Scheff menar också att sådant som kroppsspråk avslöjar de sociala banden. I de sammanhang där banden är svaga och där skam råder undviker ofta individerna att titta på varandra, man undviker ögonkontakt och ofta har man ett kroppsspråk som visar att man vill ha ett avstånd till de andra i gruppen. I grupper där det istället råder stolthet är gruppmedlemmarna ofta fysiska mot varandra, tittar varandra i ögonen och delar livserfarenheter och humor tillsammans (Scheff, 1990, s.15 – 18.)

### **3.4 Över och underdifferentiering**

Thomas Scheff fortsätter att bygga på sin teori och stolthet och skam samt gruppens betydelse för individen. Enligt Scheff skulle det optimala för människan vara att uppnå den optimala differentieringen. Denna form av differentiering syftar till att förklara att människan skulle må bäst ifall hon var lika öppen för andra människor och deras värderingar som sina egna och den grupp hon befinner sig i. På så vis skulle människan bli mer öppensinnad och bli mer socialt och emotionellt rörlig eftersom öppenheten i det psykiska spektrat ger henne en frihet att inte välja sida eller ge upp sin identitet för gruppens värderingar (Scheff, 1990, s.4 – 5, s. 14)

Enligt Scheff är detta väldigt svårt och oftast hamnar individen i ett under eller över differentiering istället för den optimala differentieringen. Individen kan bli över differentierad när de sociala banden i gruppen är svaga. Känslor av lojalitet och samhörighet saknas och är bristfällande och detta leder till att individen lägger större fokus på sina egna känslor, behov och önskningar istället för att se till gruppens bästa. Man kan kalla detta för en form av individualisering i gruppen eftersom individen riktar fokus på sitt eget välbefinnande och mål istället för gruppens (Scheff, 1990, s. 132 – 133, s.182 – 183.)

Å andra sidan kan individen bli underdifferentierad, vilket skulle kunna förklaras som att hon blir av med sin identitet och de mål och behov som hon har. Här blir inte individen det centrala, utan gruppen och dess bästa. Det är inte intressant vad individen behöver eller vill ha ut av en viss situation, utan fokus ligger på att gruppen ska må bra. I den underdifferentierade gruppen anses lojalitet vara väldigt viktigt, lojaliteten kan även innebära att den enskilde människan ska hålla inne med sina egna behov, tankar och känslor för att inte skapa konflikt eller osämja i gruppen. Det är oftast sociala situationer där kontroll och rädsla för bestraffning är hög.

Enligt Scheff kan både under- och överdifferentiering vara ett tecken på dåliga sociala band. På en arbetsplats kan t.ex. över differentiering vara ett tecken på att samhörighet, gemensamma mål och stolthet inte finns i tillräckligt hög grad. Detta gör individen egoistisk och individualiserad och avskärmas från gruppen. I den underdifferentierade gruppen kan det också vara tecken på dåliga sociala band men detta tar sig ett annat uttryck. I dessa grupper är gruppen alltför viktig vilket leder till att medlemmarna måste i viss mån ge upp sin identitet och för att behaga gruppen. Scheff menar dock på att båda former av differentiering är ett tecken på dåliga sociala band. Med detta menar han att båda formerna av differentiering är ett tecken på att gruppmedlemmarna är osäkra och har dåliga sociala band till varandra där man antingen är för nära eller för långt ifrån gruppen emotionellt (Scheff, 1990, s. 132 – 133, s.182 – 183.)

### **3.5 Hur teorierna kompletterar varandra.**

De teorier som vi har valt att grunda vår uppsats på är både kompletterande i relation till varandra men även sinsemellan olika. Vår teori om falskt rolltagande är viktig eftersom den belyser hur exempelvis en yrkesperson agerar utifrån den roll och de

förväntningar som finns på rollen. Teorin om över- och underdifferentiering ger en annan bredd till förståelsen av yrket som sjukvårdspersonal då denna teori belyser distans eller närhet till patienten och hur detta gestaltas. Teorin om emotionellt arbete förklarar istället de krav som ställs på det emotionella arbetet och hur känslor samt känslouttryck blir en vara i tjänsten. Hänssynemotionssystemet å andra sidan ger ett perspektiv på vårt skrivande eftersom det då belyser yrket som sjukvårdspersonal ur ett emotionellt uttrycksperspektiv samt uttryckens avsikter. Yt och djupagerande förklarar hur agerandet och känslor antingen kan vara förankrade och äkta hos individen (djupagerande) eller istället vara något som är distanserat från individen (ytagerande). Skam och stolthet belyser vårdpersonalens känsla eller bristande känsla av ett lyckat arbete som i sin tur påverkar och belysa känslan av samhörighet med kollegorna. Genom dessa teorier täcker vi både in individnivå, gruppnivå, emotioner, rolltagande samt gränser vilket vi anser är relevant för vår studie.

## **4. Metod**

### **4.1 Vetenskapsteoretisk ansats**

I denna uppsats har vi studerat hur sjukvårdspersonal hanterar emotioner i mötet med cancersjuka människor, hur sjukvårdspersonal balanserar yrkesrollen och privatpersonen på arbetet, hur sjukvårdspersonal kan visa medkänsla för sjuka patienter i yrkesrollen, hur stödet bland kollegor gestaltar sig samt i vilken grad sjukvårdspersonalen påverkas av arbetet i privatlivet. Genom dessa olika aspekter kommer intervjupersonernas tankar, känslor och upplevelser att vara centrala i vårt arbete. Vi har valt att utgå från det vetenskapsteoretiska perspektivet hermeneutik eftersom hermeneutiken fokuserar på förförståelse, tankar och i viss mån avsäger sig sådant som sanningar och absolut fakta. Eftersom hermeneutiken fokuserar på förförståelse och förståelse är det enligt denna vetenskapsteori svårt att ta fasta på det som kallas verklighet och sanning. Förförståelse är den uppfattning man har redan innan man angriper ett visst område. Förförståelsen kan uppstå genom livserfarenheter i form av kunskap, möten med andra människor samt den sociala kontext man befinner sig i. Genom denna förförståelse får man som människa en uppfattning om ett visst ting. Denna förförståelse kan enligt hermeneutiken förändras och ge en ny förståelse när man sedan får nya erfarenheter exempelvis genom ny kunskap.

Ordet hermeneutik härstammar från grekiskans ord hermeneuein vilket betyder tolkning, utläggning och förkunnelse (Birkler, 2008, s. 100.) Redan under antikens tid användes hermeneutiken till hjälp för människor att tolka den grekiska mytologin från deras verklighet till en annan. Det var först under romantiken som hermeneutiken utvecklades till en riktning som tolkade människors förförståelse och förståelse i relation till deras handlingar och verklighet (Birkler, 2008, s. 101.)

Hermeneutikens absoluta kärna är aspekter som tolkning, förförståelse och förståelse som ligger till grund för vetande och världsbild. I vår studie är vi intresserade av att belysa tankar, känslor och upplevelser hos våra intervjupersoner. Dessa känslor, tankar och upplevelser ska vi sedan tolka och analysera utifrån vår egen förförståelse av området (Birkler, 2008, s. 100.) Man kan alltså säga att vi använder andras tankar och känslor som grund för att bygga på våra egna tankar, känslor samt slutsatser. En viktig aspekt inom hermeneutiken är att forskaren försöker få fram de uppfattningar som upphovsmannen har. Det är viktigt att forskaren inte gör sin egen tolkning av det som denne tar del av utan utgår från informanternas egna uppfattningar och upplevelser, utan att istället hålla sig till de som exempelvis intervjupersonen menar. Det är också viktigt att man som forskare betraktar informationen som bunden till den tid och den sociala miljö man har hämtat informationen från. Det kan vara svårt att inte göra sina egna tolkningar i en hermeneutisk ansats och att på så vis inte förändra det ursprungliga materialet. Med en hermeneutisk ansats menar vi hermeneutiken som en vetenskapsteori och ett tolkningsverktyg för att förstå informanternas svar och upplevelser (Bryman, 2008, s. 507.) Vi menar att hermeneutiken är tillämpbar i vår studie då vi ska använda denna metod som tolkningsredskap och ansats i vår studie där vi är intresserade av informanternas tankar, känslor, upplevelser och reflektioner. Genom en hermeneutisk process kommer vi att förändra vår egen förförståelse och förståelse när vi sedan tar del av informanternas svar. En annan viktig aspekt av hermeneutiken är det faktum att vi som studenter inte söker efter sanningar utan efter upplevelser hos informanterna.

Hermeneutiken lägger som tidigare nämnts stor vikt på det som kallas förförståelse. Förförståelse är den uppfattning och förståelse en människa har om ett visst ting eller sammanhang genom livserfarenheter, social kontext och den kunskap individen har fått. Enligt hermeneutiken är förförståelsen central eftersom den påverkar den

förståelse man sedan kommer att få menar Birkler. Det finns olika syn på och uppfattningar om vad hermeneutik är och vilken påverkan hermeneutiken får i forskarens arbete.

Hans Georg Gadamer menar att hermeneutiken inte behöver vara ett problem för en forskare eftersom hermeneutiken enligt Gadamer finns i alla slags situationer som exempelvis i mötet mellan människor. Gadamer menar även att hermeneutiken snarare skall ses som en förklaringsmodell för vad som sker i människan när hon förstår något och får en ny förståelse. Härmed är Gadamer kritisk till att tillämpa vetenskapsteoretiska metoder för att uppnå sanning och fakta. Detta eftersom Gadamer menar att hermeneutiken är en filosofisk modell för människan att förstå världen. Därmed menar Gadamer att verklighet och förförståelse inte går att applicera till begrepp som sanning eftersom alla situationer kan tolkas olika men också beroende på vem som tolkar (Allwood et al, 2011, sid. 84 - 85.) Det är viktigt att poängtera att Gadamer skiljer mellan hermeneutiken och metod. Han menar att förståelse och djupare och mera komplex än metoden som människan använder för att uppnå ny kunskap och ny förförståelse (Allwood et al, 2011, sid. 86.)

När man skall studera något kommer alltid ens förförståelse att på ett eller annat sätt prägla det man ser och det man inte ser. Detta innebär i förlängningen att man som observatör kommer att leta efter sådant som bekräftar eller falsifierar den förförståelse man har (Birkler, 2008, s.109.) En viktig del inom hermeneutiken är den hermeneutiska cirkeln. Med denna cirkel menas en modell där ens förförståelse kan skapa en ny förståelse och vidare skapar en ny förförståelse. Detta förklarar hur förståelse och förförståelse hänger ihop och hur den kan ändras. Det är viktigt att betona att förförståelse och förståelsen är kopplat till ett visst socialt sammanhang eller en kontext vilket innebär att situationen i sig är viktig och på så vis kan inte samma förförståelse appliceras i ett annat sammanhang (Birkler, 2008, s. 103 – 104.)

Det kan poängteras att den hermeneutiska cirkeln har brister i vissa sammanhang. En del menar att den hermeneutiska cirkeln kan resultera i att förförståelsen blir densamma gång på gång eftersom forskaren påverkas av de fält denne studerar och den forskning man tar till sig. Genom tidigare forskning kan forskaren bli påverkad av denna och på så vis kommer också förförståelsen och den nya förståelsen att utvecklas i en bestämd riktning. Om den hermeneutiska cirkeln istället lyckas generera ny

förståelse och ny förförståelse blir den istället användbar för forskningen eftersom den kan generera nya kunskaper och insikter. Det är viktigt att i den hermeneutiska cirkeln betona tid, rum och social kontext som en del av förförståelsen och den nya förståelsen. Genom att tiden förändras och likaså den sociala kontexten kan ny förförståelse uppstå. I vår studie använder vi oss av den hermeneutiska cirkeln genom att vi har en förförståelse kring arbetet inom exempelvis onkologin. Genom att studera detta fält medels intervjuer kommer vår förförståelse samt den nya förståelsen att ändras. På så vis kommer vi att få en ny kunskap och en ny förståelse vilket kan bidra till andra människors förförståelse och nya förståelse om vi på något sätt delar med oss av vår nya kunskap (Birkler, 2008, s. 100 – 103.)

## **4.2 Förförståelse**

Vi är medvetna om att vi har en förförståelse om sjukvården och vården med människor som svårt sjuka eller i livets slutskede. Denna förförståelse har vi fått bland annat genom tv serier, tidningsartiklar, andra människors upplevelser och berättelser samt även genom vår egen kontakt med sjukvården. Vi tror att vårdpersonal som möter svårt sjuka människor och även döende människor ofta är stressade, har ett stort emotionellt engagemang är oftast bäst lämpade för att ta hand om människor. Vår förförståelse är också att de olika tjänsterna på respektive avdelning/mottagning skiljer sig åt och därmed tror vi också att bemötandet och attityder till patienter ser olika ut. En annan förförståelse vi har är att de som arbetar i dessa yrken oftast har en lång utbildning inom vård och omsorg (Bryman, 2011, s. 33, s.471.) Eftersom vi är väl medvetna att vår förståelse kan påverka arbetets gång samt resultatet har vi varit försiktiga med att inte låta denna förförståelse färga uppsatsen i alltför stor grad. Detta har vi hanterat genom att ställa öppna frågor till informanterna, vilket innebär att svaren blir anpassade efter individens upplevelser. Genom de öppna frågorna har individen möjlighet att falsifiera eller bekräfta den förförståelse som ligger till grund i vår intervjuguide. Likaså har vi varit noga att både spela in och skriva ner informanternas svar för att på så vis minska risken för egna tolkningar. Dock vill vi påpeka att förförståelsen alltid kommer att påverka analysen i någon mån eftersom det är vi själva som drar slutsatser och paralleller utifrån de material vi har.

Tidigare forskning har också påverkat vår förförståelse i viss mån. I artiklar som vi har använt oss av i vår studie har överlag hävdats att relationen till patienten samt

yrkesrollen i sig kan vara svår för läkaren och sjukvårdspersonal att hantera vilket vi redan innan hade en uppfattning om. Framförallt blev vi påverkade av ”cancerbesked – mer en fråga om relation än information.” Denna artikel stärkte i viss mån vår uppfattning och förförståelse om det faktum att en relation och bindning kan uppstå mellan exempelvis en onkolog och patienten. Vi har dock varit aktsamma och medvetna att denna tidigare forskning inte behöver stämma överens på alla individer och alla informanter i syfte att inte färga och påverka analys och resultat från vår sida.

### **4.3 Val av metod.**

Vi har valt kvalitativ metod för att vi vill förstå informanternas känslor, tankar och upplevelser i arbete med dödssjuka människor. Vi vill studera deras tankar, emotioner, rolltagandet etc. på ett djupare plan än vad som är möjligt om vi hade genomfört en kvantitativ undersökning. Anledningen att vi ville förstå deras beteenden, tankar och känslor är de faktum att vi vill få en ny kunskap och bidra med en ny förförståelse genom vårt arbete. Till att börja med valde vi område i detta fall sjukvården som arbetar med döende patienter. Därefter gjorde vi intervjuguider som berörde olika teman som finns med i vår analys. Utifrån dessa intervjuguider gjorde vi sedan intervjuer som vi sedan tolkade utifrån teorier och forskning.

Vår studie är kvalitativ eftersom vi gör djupgående intervjuer med ett begränsat antal respondenter och därefter tolkar dessa ingående än om vi hade haft ett större antal informanter. Dessutom tolkar vi informanternas svar istället för att se generella företeelser exempelvis genom en enkätundersökning som är kvantitativ. Vi ställer följdfrågor under intervjuernas gång för att få en djupare förståelse för det fält vi studerar vilket stärker den kvalitativa ansatsen. Då hermeneutiken syftar till att förklara upplevelser, känslor, tankar samt förförståelse tyckte vi att det var mest lämpligt att välja en kvalitativ metod som bas för vårt insamlade av empiri. Å andra sidan kan man som forskare samla in data och ny kunskap samt få ny förförståelse genom enkäter (kvantitativ metod) men eftersom vi ville förstå informanterna och deras sociala kontext på ett djupare plan ansåg vi att enkäterna inte kunde möjliggöra samma typ av förståelse från vår sida. I intervjuer kan man ställa följdfrågor för att förtydliga sådant som är oklart, men vid enkäter blir inte denna möjlighet tillgodosedd och på så vis kan det försvåra en ny förståelse från vår sida. Kärnan i kvalitativa metoder är att man exempelvis intervjuar ett fåtal informanter på en djupare nivå.

Man ställer frågor som är relevanta för det samtalsämne som skall belysas och analyseras. Genom dessa frågor vill vi få informanten att själv reflektera över exempelvis tankar, känslor och upplevelser som vi därefter analyserar.

Hermeneutiken kommer då in i vår tolkning där vår egen förförståelse används som ett tolkningsredskap för att förstå informantens förståelse och förförståelse (Bryman, 2011, s.32 – 33.)

Den kvalitativa metod är induktiv vilket innebär att teorier ska överensstämma med det forskningsområde forskaren angriper. Detta innebär att forskaren i första hand ska stödja sina resultat på teorierna istället för att pröva olika teorier i relation till varandra. Den kvalitativa metoden har ett tolkande perspektiv där data analyseras på djupgående nivå och där forskaren har en viktig roll i denna tolkningsprocess med stöd av teorier och tidigare forskning. Under den kvalitativa arbetsgången konstruerar den kvalitativa forskaren arbetet där denne har en aktiv roll i arbetets struktur men också resultat och analys. (Bryman, 2011, s. 40.) Den kvalitativa metoden bygger på att forskaren skall inrikta sig på exempelvis ett mindre antal informanter/forskningsobjekt för att använda dessa i sin forskning och analys. På så vis är det oundvikligt för den kvalitativa metoden att inte ha en tolkande och subjektiv natur. Metoden syftar till att förstå och tolka ett viss skeende på djupet i en begränsad social kontext. På så vis måste forskaren inom detta fält ha en subjektiv roll eftersom tolkningar och analyser ingår. Det är viktigt att poängtera att den kvalitativa forskaren också måste vara öppen för nya insikter och ny kunskap så att inte arbetet blir alltför vinklat. Åter igen kan vi knyta an till hermeneutiken som poängterar vikten av att vara så objektiv som möjligt när man intar och studerar ett visst fält. Objektiviteten kan vara svår att uppnå eftersom förförståelsen oftast finns men det är trots allt forskarens ansvar att vara medvetenhet om sin förståelse och försöka se den nuvarande kontexten utan att påverkas av sin egen förförståelse. Här spelar de olika teorierna en viktig roll eftersom dessa genom sin särart ger olika perspektiv och kunskapsbasis för forskaren och hennes resultat samt analys. Den kvalitativa metoden har också begränsningar eftersom den endast kan appliceras på den specifika empiri man har. Man kan inte dra för starka paralleller till andra situationer eller individer.

I vår studie ville vi tillämpa den externa reliabiliteten vilket innebär att en undersökning kan återupprepas. Enligt LeCompte och Goetz är detta dock i viss mån



omöjligt eftersom sociala kontexter och miljöer hela tiden förändras vilket innebär att en studie trots allt kan få olika resultat om den utförs i olika sammanhang och i olika tidpunkter. Vi har dock tagit till oss rådet att om en annan forskare skulle göra samma studie är det viktigt att denne eller dessa blir väl instruerade i hur de ska möta området de forskar i och i sin forskar roll. LeCompte och Goetz hävdar att om forskarna har olika roller kommer också resultaten att se olika ut. Den interna reliabiliteten å andra sidan syftar till att förklara hur vi som forskare ska tolka det vi har kommit fram till i vår studie. I detta fall har vi som forskare/studenten varit tämligen överrens om hur vi ska tolka våra resultat men också vilka metoder och teorier som är lämpliga att användas (Bryman, 2011, s.352.)

Den kvalitativa forskningen syftar till att man som intervjuare ska få en nära relation till den respondent man samtalar med. I den kvalitativa forskningen är det viktigt att denna nära relation uppstår så att man kan i bästa mån leva sig in och förstå hur respondenten resonerar, tänker och känner. Om glappet mellan informantens verklighet och intervjuarens tolkning blir för stort så har intervjun misslyckats eftersom det då inte är respondentens ord, tankar och känslor man analyserar utan snarare den egna tolkningen. Fördelen med att använda kvalitativ intervjumetod är att man kan göra gå på djupet i intervjuer med informanten. På så vis kan man också förstå sådant som man vill lyfta fram exempelvis känslor, attityder och sambandet mellan dessa och även gruppnivån som speglar den sociala kontext som individen befinner sig i (Bryman, 2011, s- 344, s.228 – 230.)

I den kvalitativa forskningen är det viktigt för forskaren att göra en ordentlig analys av det forskningsområde som man går in i. I den kvalitativa forskningen ska forskaren också kunna belysa skillnader mellan exempelvis informanternas svar under forskningens gång. Denna forskningsmetod syftar alltså till att göra djupgående analyser men också att belysa skillnader mellan olika människors tankar, känslor och upplevelser. Genom att man i den kvalitativa forskningen begränsar antalet informanter eller deltagare möjliggörs förutsättningar att kunna göra djupgående analyser och se skillnader samt likheter i exempelvis informanternas svar. Genom att den kvantitativa metoden istället syftar till att se generella likheter i en större grupp ger den kvantitativa metoden inte samma djupgående information.

Vår studie är en vetenskaplig studie eftersom den är kopplad till vetenskaplig litteratur och teorier som är grunden för förståelsen och tolkningen samt resultat under analysens gång. Genomförandet bygger på kvalitativa intervjuer med informanterna vars svar sedan har överförts till teorier och vetenskap. Studien är också baserad på hermeneutiken genom vår förförståelse och nya förförståelse. Den kvalitativa metod genom intervjuerna som vi har genomfört är basen för vår empiri och de material som vi sedan tolkar och bygger analysen på. Vi har strävat efter att göra studien trovärdig i enhetlighet med Brymans kriterier för trovärdighet (Bryman, 2011, s. 354.) Detta har vi gjort genom att dels intervjua individer som arbetar inom den organisation som vi studerar. Dessutom har vi också använt oss av inspelningar under våra intervjuer. Detta har gjort att vår förförståelse och tolkning av informanternas svar har baserats på det som informanterna faktiskt berättade under intervjuerna. Genom våra semistrukturerade intervjuer kunde vi också ställa följdfrågor som var relevanta utifrån det informanten berättade för oss. Den kvalitativa intervjumetoden innebär att man både har en intervjuguide men också har möjlighet att ställa egna frågor som är relevanta (Bryman, 2011, s. 368 – 370.)

Överförbarheten i vår studie gentemot en annan studie är svårt att uttala sig om i förväg. Man ska komma ihåg att den kvalitativa forskningen är mer situationsbunden och kontextuell än den kvantitativa. På så vis har vi genom vår studie kunnat komma till slutsatser, reflektioner och resultat som är riktat och baserat på de organisationer och på de individer som vi har intervjuat. Huruvida andra informanter i en liknande studie skulle ge en snarlikt bild eller inte går inte att svara på i förväg. Det enda mått av överförbarhet som man kan applicera enligt oss är en eventuell jämförelse mellan resultaten i liknande studier där informanterna har liknande arbeten och organisationerna ser likadana ut (Bryman, 2011, s. 355.)

#### **4.4 Avgränsning**

Vi har inte tagit hänsyn till faktorer som ålder, kön och klass när vi valde våra informanter. Den avgränsning vi har gjort är att vi valt ut informanter i form av personal som möter döende patienter. På grund av svårigheten att till en början hitta rätt antal informanter kunde vi inte välja vilka informanter vi tyckte var mest lämpade.

## 4.5 Urval

Från början kontaktade vi en onkologmottagning i Västra Götalandsregionen och hade för avsikt att intervjua endast onkologer. Eftersom det var svårt att få tag i rätt antal informanter som var onkologer valde vi även vårdpersonal som exempelvis utbildade specialistsjuksköterskor, undersköterskor etc. Vi hade dock vissa tydliga kriterier för vilka informanter vi var intresserade av. I vår förfrågan som vi skickade till personal inom onkologmottagningarna samt hospice skrev vi klart och tydligt att vi ville ha sjukvårdspersonal som möter människor som är döende. Vi skrev också att vi ville belysa gränser mellan arbetsliv och privatliv på grupp och individnivå för vårdpersonalens del gentemot patienten. I vårt urval finns det informanter från olika mottagningar, avdelningar, arbetsplatser och institutioner som alla arbetar inom sjukvården. Vissa av dessa har någon form av samarbete eller kontakt medan vissa andra inte har detta (Bryman, 2011, s.179.) Vi har tillämpat målstyrda urval vilket innebär att vi har valt ut individer och organisationer som har en direkt koppling till de forskningsfrågor och forskningsämne som vi baserar uppsatsen på (Bryman, 2011, s.350.) Genom detta urval hade vi en tydlig riktlinje för vilka informanter vi var intresserade av att använda i vår studie för att den skulle behålla sin relevans och särart. Denna form av urval anser vi är fördelaktig eftersom den ger en mer specificerad inriktning när man intervjuar och samtalar med informanter.

Från första början var vi båda överens om att vi ville studera komplexiteten i rollen att vara personal inom vården och medmänniska på samma gång. Därefter preciserade vi att vi ville intervjua onkologer eftersom dessa läkare möter cancersjuka människor som också dessvärre ibland avlider till följd av sin sjukdom. Därefter letade vi upp olika onkologmottagningar i Västra Götalandsregionen. Vi gick till en av dessa och talade med en ansvarig chefsläkare som sedan skulle lämna in vår intervjubeskrivning till övriga kollegor. Då vi inte fick svar från denne letade vi upp en annan onkologmottagning där vi fick träffa en onkolog samt tre sjuksköterskor på onkologmottagningen med hjälp av sektionschefens sjuksköterska. Vi fick även kontakt med en sjuksköterska och en onkolog på andra mottagningar i västra Götalandsregionen samt personal från Hospice.

Vi är väl medvetna att studien har påverkats av de urval vi hade. I och med att vi intervjuade både onkologer, sjuksköterskor samt undersköterskor fick vi olika

infallsvinklar och perspektiv från våra informanter. Detta kan både vara till fördel och nackdel i vår studie. Å ena sidan fick vi en större bredd på arbetet då vi hade informanter med olika yrkesroller och detta tror vi kan påverka studien positivt. Å andra sidan hade det kunnat vara till fördel att endast intervjua exempelvis onkologer då vi sedan lättare kunnat se likheter mellan informanternas svar och kunnat göra djupare jämförelse eftersom informanterna i ett sådant fall hade haft samma yrkesroll. Ytterligare en aspekt på vårt urval av informanter är det faktum att informanterna arbetade på olika avdelningar/mottagningar. De är oundvikligt att komma ifrån det faktum att varje arbetslag är unikt i relation till andra arbetslag. Å ena sidan ser vi det som en fördel att vi intervjuade individer som arbetade inom olika arbetslag och mottagningar. På så vis fick vi även i detta avseende en bredd genom att individerna hade olika perspektiv och erfarenheter från sitt arbetslag. Å andra sidan menar vi att det skulle varit intressant att intervjua individer som arbetar på en och samma avdelning/mottagning/arbetsgrupp. På så vis skulle vi i detta fall kunna utföra mer djupgående analyser och jämförelser individerna sinsemellan. Ytterligare en aspekt på vårt urval av informanter är utsträckningen av patientkontakt och hur denna kontakt skiljer sig åt mellan yrkesrollerna. Läkaren å ena sidan träffar patienten i mindre utsträckning än exempelvis sjuksköterskorna. Men har å andra sidan en viktig roll då denne fattar beslut om behandling samt ger besked om behandlingens verkan för patienten. Sjuksköterskorna å andra sidan träffar patienten i högre grad och utsträckning, ger en annan typ av vård men har inte samma beslutsfattande som läkaren (onkologen) har. Dessa olika former av patientkontakt anser vi också är en viktig aspekt på vårt urval som vi anser har bidragit med sin mångfald i vår studie och i våra kvalitativa intervjuer.

#### **4.6 Tillvägagångssätt**

Innan intervjuerna bestämde vi tid och plats som uteslutande var på informantens arbetsplats. Under intervjun berättade vi först lite om oss själva för att skapa kontakt och sedan också vilken utbildning vi läser samt varför vi vill intervjua just dem. Vi bad även dem att berätta lite om deras arbete, deras arbetsuppgifter och hur länge de arbetat på vårdenheten. Vi frågade sedan om vi fick spela in intervjuerna så att det skulle vara lättare för oss att kunna analysera svaren senare. När de väl var redo började vi ställa frågor och följdfrågor enligt den semi-strukturerade intervjumetoden.

Alla intervjuerna gick bra och vi upplevde inte att vår intervjuguide var ett hinder för intervjun snarare tvärt om. Varje intervju tog cirka fyrtiofem minuter till en timme beroende på informant. Slutligen frågade vi också ifall de ville läsa vårt arbete när det är färdigskrivet. Oftast fick vi positiva responser på vårt arbete och de intervjuer vi genomförde. Det fanns oftast en entusiasm hos informanten eftersom hon eller han fick tänka till vilket var givande enligt flera informanter.

Det som vi lärde oss av intervjuerna var att det är väldigt svårt att följa en guide som anger vad man ska fråga eftersom att informanterna svarade på fler frågor som vi hade tänkt fråga om senare. Vi var under intervjuerna flera gånger tvungna att hoppa över vissa frågor eftersom informanterna redan hade svarat på frågan. Vi upplevde att vissa frågor under våra intervjuer kunde verka mer eller mindre känsliga för informanternas del. I vår intervjuguide hade vi frågor som hade olika grad av allvar i sig. Vissa frågor rörde exempelvis områden som utbildning och anställning medan vissa andra frågor berörde teman som liv, död och personlig relation både till patienterna och till yrket i sig. När vi frågade informanterna om sådant som död och relationen till döende patienter upplevde vi att vissa informanter blev mer allvarsamma och samlade i just den situationen då frågan ställdes.

#### **4.7. Reliabilitet och validitet**

Validitet är läran om hur man som forskare utför observationer, mäter samt också hur man identifierar ett visst område. Validitetens kärna är att mäta hur tillförlitligt slutsatser och teorier är i relation till de fält man som forskare studerar. Validiteten är alltså en relation mellan observation och empiri etc. kontra den faktabasis man som forskare grundar sina slutsatser och ståndpunkter på. LeCompte och Goetz (Bryman, 2011) menar att den interna validiteten förklarar och kräver vikten av en god överrensstämmelse mellan de fält som forskaren observerar och de slutsatser och idéer som denne därefter utvecklar. I vår studie tillämpar vi som forskare den interna validiteten eftersom de slutsatser och teorier som vi applicerar är baserade på de informanter och intervjuer som vi har genomfört. Detta innebär att dessa slutsatser, teorier etc. endast är tillämpbara för den grupp och de individer som vi har använt oss av och inte är tillämbart på andra organisationer, individer etc. i samma yrkeskategori. I enlighet med Goetz och LeCompte bör en forskare ha en längre inblick i en viss organisation, arbetslag etc. för att kunna tillämpa intern validitet.

Detta har vi som forskare på sätt och vis genomfört då vi har använt oss av ett begränsat antal informanter som vi har haft kontakt med i olika uträkning och genomfört djupgående intervjuer med. Å ena sidan kan man hävda att den interna validiteten i vår studie är god då vi har gjort en längre studie och analys på en viss organisation och dess individer. Å andra sidan kan man som kritik hävda att vi som forskare inte har haft en tillräckligt lång tid för att observera och analysera organisationen för att kunna dra helt tillförlitliga slutsatser i enlighet med LeCompte och Goetz som hävdar att man som forskare måste ha en längre närvaro i den sociala gruppen som man studerar. När det gäller den externa validiteten anser vi att den kvalitativa metoden som forskningsmetod gör det mycket svårt att överföra våra resultat till andra sammanhang och sociala situationer i samma yrkesgrupp. Givetvis är också vårt resultat och analys präglade av de informanter vi valde vilket innebär att samma studie skulle kunna få väldigt olika resultat om det genomfördes med andra informanter. (Bryman, 2011, s.350.) Detta i enlighet med LeCompte och Goetz kritik mot den externa validiteten som en del av kvalitativ forskning. (Bryman, 2011, s.351 - 352.)

Vår studie uppfyller vissa kriterier för att kunna klassas som pålitlig. Å ena sidan har vi som studenter gjort en redogörelse för hur vårt arbete har gått till. Organisationen i sig, vetenskaplig ansats, problemformuleringar samt analys och resultat. På så vis uppfyller vår studie dessa krav för att kunna klassas som pålitlig. Med hjälp av handledning hävdar vi att kriteriet om feedback/granskning har blivit uppfyllt (Bryman, 2011, s.355.)

#### **4.8. Etisk reflektion**

En viktig aspekt av intervjuer som empirisk metod är etiska aspekter. För det första var vi noga med att påpeka att intervjuerna är frivilliga. Vi måste också komma ihåg att intervjuerna sker på informantens arbetsplats vilket kräver att vi som intervjuare är respektfulla och lyhörda när vi befinner oss i denna miljö av hänsyn främst till patienter och anhöriga till patienterna. När man talar om etik kan man tala om fyra olika krav som skall levas upp till hos oss som intervjuare gentemot respondenten. Informationskravet förklarar att respondenten skall få tydligt med information om varför intervjun sker och att det är frivilligt. Samtyckeskravet syftar till att förklara att intervjun är frivillig men också att man när som helst kan avbryta intervjun som

informant. Vi måste också informera informanten att vi vill spela in och då har också informanten rätt att säga nej.

Konfidentialitetskravet är ytterligare en väldigt viktig aspekt på etik, nämligen att man både gör informanten anonym i den vetenskapliga texten men också berättar för informanten att denne kommer vara anonym. Sådant som personuppgifter, arbetsplats, ålder och stad är sådant som inte får finnas med. Slutligen är också nyttjandekravet viktigt att belysa då dessa resultat endast får användas i vår studie och inte exempelvis publiceras i en tidningsartikel eller framträda i media (Bryman, 2011, s.132.) Dessa fyra aspekter menar Bryman är väldigt viktiga när man utför intervjuer och vetenskapligt arbete på ett korrekt etiskt sätt.

Om vi applicerar dessa kriterier och aspekter på etiken till vår studie är vi medvetna om att vi gick in i ett fält som är känsligt. För det första befann vi oss på ett sjukhus närmare bestämt bland cancersjuka människor och eventuella anhöriga. Denna situation är mycket känslig då sjukdom berör människor på olika plan. Både den som är drabbad men också anhöriga. När vi gick in i fältet kom vi dit som obehöriga eftersom vi inte hade någon egentlig koppling till cancervården. På så vis var vi medvetna om att ödmjukhet, diskretion och lyhördhet var viktig när vi befann oss på exempelvis en onkologmottagning. En annan aspekt på etiska förhållningssätt är kommunikationen och intervjuerna med vårdpersonalen. Genom våra frågor fanns det givetvis en risk att vi berörde känsliga aspekter i informanternas arbetsliv. Informanterna berättade som tidigare nämnts att det ibland kan vara svårt att distansera sig och inte bli känslösamt berörd. På så vis var vi medvetna om att det behövdes en försiktighet från vår sida när vi ställde våra frågor under intervjuerna. Vi var också medvetna om att dessa känslor kunde komma till uttryck från informanternas sida under intervjuerna. Vi valde med personalens hjälp avskilda utrymmen under våra intervjuer med syftet att kunna samtala fritt och öppet med våra informanter då vi inte ville att patienter och eventuella anhöriga kunde höra våra samtal och bli illa berörda av dessa. Dessutom ansåg vi att dessa avskilda utrymmen gav informanterna en större frihet att våga vara öppna och ärliga under intervjuernas gång utan att någon annan hämmade deras tankar och känslor.

## 5. Presentation av materialet

Tema 5.1 relationer till patient och kollegor beskriver komplexiteten och dynamiken i relationer till patienter och kollegor. Temat tar även fasta på hur dessa relationer skiljer sig åt och hur de kan gestaltas på olika sätt. Detta tema har vi med i analysen eftersom relationer är en central del av förståelsen i sjukvårdspersonalens arbetsliv. Tema 5.2 Emotioner i arbetsliv och privatliv beskriver hur vårdpersonalen agerar och känner kring både i sitt privatliv och i sitt arbetsliv där patienter och yrket är en central del av dessa två arenor. Detta tema anser vi är viktigt eftersom det till stor del belyser gränserna mellan det privata och det yrkesmässiga. Temat är också relevant då emotioner belyses eftersom emotionerna är en viktig del av förståelsen i det arbete personalen utför. Tema 5.3 Förhållande mellan arbetsliv och privatliv beskriver hur privatlivet och arbetslivet påverkar varandra i båda riktningarna. Här beskrivs bland annat hur relationerna mellan kollegorna både i och utanför arbetet kan skilja sig åt och ha gemensamma drag. Detta tema är relevant eftersom en del av studien syftar till att förklara hur arbetsliv och privatliv kan hänga ihop. Tema 5.4 Stöd i privatliv och arbetslivet tar fasta på hur det emotionella stödet gestaltas både i arbetslivet och i privatlivet. Stödet kan komma både från kollegor men också från vänner eller anhöriga utanför arbetet. Detta tema är viktigt eftersom stödet fyller en stor funktion för många människor då de stundtals kan uppleva stor emotionell påfrestning i sitt yrkesliv. Tema 5.5 Roll i mötet med patienten och i det privata livet beskriver hur olika roller kan gestalta sig för sjukvårdspersonalen både när de möter patienter men också de roller de intar i sitt privatliv. Detta tema är viktigt eftersom roll och rolltagande är centralt för alla människor både i vårt privatliv men också i yrkeslivet. Vi intar alltid olika roller och det är viktigt att vara medveten om hur rollerna kan påverka ens bemötande men också ens välmående.

Informant 1: Kvinna, onkolog, 33 år

Informant 2: Man, specialistsjuksköterska inom onkologi 65 år

Informant 3: Kvinna, undersköterska inom onkologi 46 år

Informant 4: Kvinna, sjuksköterska på hospice, okänd ålder

Informant 5: Man, sjuksköterska inom onkologi, 37 år.

Informant 6: Kvinna undersköterska inom onkologi, 43 år.

Informant 7: Kvinna sjuksköterska inom onkologi, 51 år.

Informant 8: Kvinna, sjuksköterska inom onkologi, 30 år



## 5.1 Relationer till patient och kollegor

Informanterna berättade i varierande utsträckning att relationen till patienten kan se väldigt olika ut dels beroende på vilken patient man möter men också hur länge man har träffat patienten. Onkologen exempelvis träffade ett flertal patienter under flera års tid medan andra patienter endast behandlades av denne under kortare perioder. Onkologen hävdade då att det blev svårare med relationen och närheten till de patienter som denne hade behandlat under en längre tid. Dock påpekade denna onkolog att de också ser olika ut beroende på vilken patient man möter eftersom människor har olika förmåga att skapa nära relationer. Sjuksköterskan på Hospice berättade att de flesta patienter på Hospicet endast vårdas högst tre till fyra månader och sedan går bort. Denne hävdade att det även förekommer att patienter endast hinner vistas en vecka på hospicet innan de avlider och då blir tidsaspekten på hospice avdelningen en viktig faktor för hur relationen till patienten gestalts. Sjuksköterskan hävdade i enlighet med samtliga andra informanter att relationerna också ser olika ut beroende på vilken människa man möter.

Det är att vissa patienter glömmar man kanske en månad när dem har gått härifrån. Dem satte aldrig avtryck. Andra har en personlighet som gör att man aldrig glömmar dem. Jag kan räkna upp patienter som jag har behandlat 1982.

Detta citat styrker det faktum att vissa patienter gör olika stort intryck på vårdgivaren och på så vis blir relationerna till patienterna olika beroende på hur bra kontakt vårdgivaren och vårdtagaren har etablerat. Informanten menade att tidsaspekten på patientvården inte behöver påverka kontaktskapande med patienten och på så vis påverkas inte ihågkommandet av patienten nödvändigtvis av vårdens tidsaspekt från vårdgivarens sida.

En sammanhängande tråd man kan se genom intervjuerna är att de informanter vi har intervjuat ansåg att relationerna på arbetsplatsen var viktiga dels för att kunna utföra arbetet men också för sammanhållningen. Informanterna menade på att man som kollega dels kan få emotionellt stöd av övriga kollegor när man behöver detta men också samarbetar med varandra och på så vis skapas en känsla av gemenskap och trygghet. Det som skiljde sig åt mellan informanterna var dock hur länge de hade arbetat på den specifika avdelningen/mottagningen. Vissa informanter hade arbetat en kortare tid på arbetsplatsen även om de hade lång erfarenhet inom yrket medan vissa

andra hade arbetat på samma avdelning i exempelvis 20 år. De informanter som hade arbetat kortare tid på avdelningen/mottagningen ansåg dock att de snabbt kände sig väl mottagna och hade en hög grad av samhörighet med sina kollegor även om de var nykomlingar i arbetslaget: *”Jag känner att alla mina arbetskollegor finns där om jag behöver prata ut eller någonting. Mina arbetskollegor förstår vad jag går igenom eftersom de själva också går igenom det.”*

Detta citat yrkar på relationernas vikt och intensitet för informanten i yrkeslivet och bland kollegorna. Informanten menade att sammanhållningen på arbetsplatsen styrks genom att kollegorna förstår vad de andra kollegorna behöver för att må bra eftersom de själva befinner sig i samma situation. Informanten menade också att relationerna på arbetsplatsen blir goda då det finns ett ömsesidigt förtroende och stöd kollegorna sinsemellan.

Vissa informanter hävdade att relationen till privatlivet ser olika ut än relationen till arbetskollegorna och arbetet i sig gör. Många informanter angav att de inte talar om arbetet på hemmaplan eftersom de anhöriga inte kunde leva sig in i det arbete som de utför samt av sekretessskäl. Då blev relationen till privatlivet och de anhöriga en annan typ av relation än relationen till exempelvis kollegorna menade flera informanter. En annan intressant aspekt på relationen till privatlivet är att vissa informanter hävdade att de bland kollegorna också hade olika samtalsämnen ifall de träffades privat kontra arbetet. Detta innebär att samtalsämnena och relationen förändrades trots att man möttes både på arbetsplatsen och i det privata livet.

Vi har lite aktivitet som afterwork ibland. Vi ska snart hem till X, vår överläkare och göra julbord tillsammans. Vi har lite hyss för oss. Vi sticker iväg på skoj ibland. Då pratar vi aldrig jobb. Varje fredag har vi finfika här. Då turas vi om att bära hit och göra frukost. Då blir det riktig fin frukost... Då pratar vi aldrig jobb.

Citatet belyser gränserna mellan arbetsliv och privatliv men också hur relationerna kan skifta i det privata och i arbetslivet beroende på vilken geografisk plats kollegorna befinner sig på. Det visar också på att det i vissa sammanhang finns tydliga oskrivna regler bland kollegorna huruvida det är acceptabelt att samtala kring arbetet eller inte. Citatet visar att det finns specifika sociala sammanhang där det inte anses lämpligt att samtala om arbete för stämningens skull.

## 5.2 Emotioner i arbetsliv och privatliv

Samtliga informanter berörde i viss mån att de i sin yrkesroll fick handskas med olika emotioner. De hävdade alla att man dels byggde upp en relation till patienten och att denna relation gjorde det svårare att inte uppleva vissa emotioner som exempelvis medlidande och sorg. Dels hävdade de olika informanterna att man ofta speglade sig själv i patienten och i dennes situation vilket gjorde det svårare att inte uppleva dessa emotioner. Flera av informanterna hävdade också att det var svårare att inte bli emotionellt berörd ifall de var en ung person som var patient, framförallt om denna har barn. En viktig aspekt på i vilken grad man som vårdgivare upplever emotioner som exempelvis sorg var även här mötet med patienten som medmänniska. Detta i relation till vilken grad patienten skapade en nära eller distanserad relation till vårdgivaren. En av informanterna hävdade att det kan vara svårt att distansera sig och inte uppleva emotioner som exempelvis ångest eller sorg om denne är tvungen att ge ett väldigt dåligt besked direkt till patienten.

Jag tror att dem uppskattar att man är empatisk och engagerar sig. Jag tror att dem känner sig bättre omhändertagna när doktorn är lite mer involverad än bara att säga som det står. Det finns doktorer som bara ger ett besked. Då får man ingen bra kontakt. Man måste känna av och visa värme, empati och då blir man också berörd.

Citatet visar att läkaryrket kan framkalla emotioner som värme och medkänsla hos läkaren i situationer där negativa besked skall ges till patienten. Vidare visar också citatet att det kan finnas ett behov från patientens sida där denne mår bra om läkaren visar medkänsla och empati. Citatet visar också att informanten anser att dessa känslouttryck kan vara relevanta och behövliga som en del i arbete när denne möter patienter.

Informanterna angav att de i yrket och i sin yrkesroll upplevde emotioner som exempelvis delad glädje precis som att de upplevde emotioner som exempelvis sorg. Exempel på situationer där informanterna kände emotioner som exempelvis glädje var när en patient blev bättre eller friskförklarades och kunde lämna mottagningen. I sådana situationer kunde informanterna känna glädje och lycka dels över det arbetet de hade utfört men också över att patienten äntligen hade blivit frisk. Ytterligare en informant berättade att denne kan bli glad och må bra när patienter skojar och har en positiv attityd till livet men också till den situationen patienten befinner sig i.

Ytterligare en aspekt på emotioner som exempelvis glädje hos vårdgivarna var när en informant berättade att det kan kännas som en befrielse när en mycket svårt sjuk patient går bort. Med detta menade informanten att patienten i fråga äntligen slipper lida och plågas av sin sjukdom. Uppskattning från anhöriga och positiv feedback var enligt en annan informant ytterligare en situation där emotioner som lättnad och förnöjsamhet kunde framträda hos denne *”Det mest fantastiska är att många gånger så får jag höra av anhöriga att dem efteråt är väldigt tacksamma för att dem har fått en bra tid. Den tid dem fick och att dem fick ett slut som var värdigt. Då är vi nöjda.”*

Citatet styrker det faktum att feedback och trevlig respons från patienter och anhöriga kan frambringa emotioner som förnöjsamhet hos vårdgivaren. Vidare visar också citatet att relationen till anhöriga kan bli en viktig aspekt för vårdpersonalens välbefinnande i det fall de får feedback från anhöriga. Det visar också att det för informanten är viktigt att göra ett bra arbete och få en vetskap att denne gjort så gott denne kunnat gentemot patienten.

### **5.3 Förhållandet mellan arbetsliv och privatliv.**

De flesta av informanterna angav att förhållandet mellan arbetsliv och privatliv i relation till kollegorna var ganska diffust. En av informanterna hävdade att det inte finns någon väldigt tydlig gräns mellan kollegan i arbetslivet och i privatlivet. När vi frågade vad denne menade med detta menade hon att samtalsämnen mellan denne och andra kollegor ser olika ut beroende på vilken social situation denne och kollegan befinner sig i. I privatlivet kunde sjuksköterskan och kollegan både prata om privatliv och arbetsliv på samma vis som de kunde samtala om både arbetsliv och privatliv när de befinner sig på arbetsplatsen. De övriga informanterna som vi samtalade med gav överlag samma bild av arbetsliv kontra privatliv i relation till kollegorna.

Vi pratar om allt möjligt, vi försöker att inte prata om arbetet på lunchrasten men ibland gör vi det ändå. När vi ses privat pratar vi både jobb och privatliv, det varvas. Det ända undantaget är när vi träffar andra människor som inte jobbar på vår avdelning.

Citatet visar på komplexiteten i relationerna mellan kollegorna både i privatliv och i arbetet. Citatet visar att olika situationer dikterar olika villkor för vilka samtalsämnen som anses mer eller mindre lämpliga. Ytterligare en aspekt som är intressant är att gränsen till utomstående som inte arbetar inom arbetslaget blir väldigt tydlig i

sammanhang där man träffar människor som inte arbetar på avdelningen/mottagningen.

En annan av informanterna hävdade att förhållandet är tydligare mellan arbetsliv och privatliv när man träffar kollegorna. Informanten hävdade att denne har som regel att inte samtala om arbetsrelaterade saker med sina kollegor i privatlivet. På arbetsplatsen ansåg denne dock att det är acceptabelt att både samtala om privatsaker och arbetsrelaterade ämnen med kollegorna.

Informanterna hävdade att privatperson och yrkesroll i relation till patienten är väldigt svåra att särskilja, framförallt om man har behandlat patienten under en längre period. Informanterna gav exempel på aspekter som gjorde det svårare att endast vara yrkesmässig i mötet med patienten. En informant hävdade att man exempelvis berättar för patienten om vad man gör i privatlivet. Likaså brukar patienten berätta om sitt privatliv enligt informanten. Informanten menade att denna typ av kommunikation gör det väldigt svårt att endast vara yrkesmässig i patienten eftersom man delar med sig av saker som inte hör till behandlingen och yrkesrollen. En annan informant berättade att denne försöker att inte berätta för mycket information som rör privatlivet till patienten av anledning att inte skapa för nära relation och att kunna vara yrkesmässig. Samtliga informanter menade dock att relation mellan privatperson och yrkesperson i relation till patienten till stor del beror på hur bra kontakt man får till patienten och hur mycket denne öppnar sig och berättar om sitt eget privatliv.

Vi har många patienter och en stor del av dem får bara sin behandling under en kort tid. Exempelvis bröstcancerpatienter som skall på strålbehandling. Dem träffar man bara i princip en gång. Men det finns också patienter som man träffar i årtal och då blir det svårare att vara professionell och vara rent yrkesmässig.

Informantens svar belyser att rollen som vårdgivare samt privatperson kan vara svårare att särskilja om man som vårdgivare har behandlat patienten under en längre period. Citatet visar också tydligt att relationen mellan yrkesperson och privatperson inte är helt tydlig i sammanhang då denne träffar patienten.

#### **5.4 Stöd i privatliv och i arbetslivet**

De flesta informanter ansåg att stödet i hemmet var i det närmaste obefintligt när det gällde att exempelvis samtala om svåra upplevelser i arbetslivet. En av informanterna

berättade att denne sällan samtalar med sin partner om arbetet eftersom partnern inte utför samma arbete. Informanten menade att det då blir svårt för omgivningen på hemmaplan att kunna förstå vad denne känner och vad informanten upplever i sitt arbetsliv. En annan av informanterna hävdade att det finns ett visst stöd för informanten även på hemmaplan. Informanten berättade att denne har ett syskon som också arbetar inom vården och därmed kunde detta syskon oftast förstå informantens känslor, tankar och upplevelser. De övriga informanterna gav dock samma bild av stödet utanför arbetet. De hävdade att det stöd man behöver finns bland kollegorna antingen på arbetsplatsen eller utanför arbetsplatsen. En informant gav en lite mer tveeggad bild av hur stödet ser ut på hemmaplan där det finns stöd men inom vissa gränser.

Min hustru jobbar som sekreterare på samma klinik men inte här utan på XXX. Vi pratar aldrig jobb hemma. Vi kan prata arbetskamrater men inte sådant som är jobbigt och som inte hör hemma i hemmet. Vill jag prata av mig så får jag göra det med mina kollegor och inte med min hustru.

Informantens upplevelse stödjer det faktum att stödet i hemmet kan vara begränsat och bristfälligt när det handlar om arbetslivet. Citatet visar att det finns en möjlighet för informanten att få förståelse och medkänsla när denne behöver det, men eftersom hustrun och informanten tillsammans har bestämt att inte samtala om arbetet i känsliga situationer så får informanten avstå att berätta känsliga ting för sin hustru. Vad som menas med ”jobbigt” är givetvis en tolkningsfråga men utifrån det informanten berättade fick vi intrycket att sådant som patienters hälsa och svåra möten med patienter inte ansågs acceptabelt att samtala om med hustrun.

Informanterna belyste alla stödet bland kollegorna och hur detta stöd var en central del av det dagliga arbetet. En av informanterna berättade att man när som helst kan samtal med en kollega ifall man känner att det finns ett behov i mån av tid och utrymme. En annan av informanterna berättade att de på avdelningen hade dagliga träffar i arbetslaget där de anställda fritt fram kunde ventilerat känslor och tankar som är relaterat till arbetslivet. De flesta informanter hävdade att stödet har en väldigt viktig funktion i deras arbetsliv. En annan informant berättade att denne knappast skulle orka med sitt arbete ifall inte stödet bland kollegorna fanns. En annan

informant berättade att stödet bland kollegorna gjorde att sammanhållningen på arbetsplatsen ökade genom att denne anförtrorde sig till sina kollegor.

Alla får veta hur man känner. Å sjutton gå hem nu och så kan man säga. Men herregud vi tar ett glas vin, kanske någon säger. Eller jag är ensam hemma vad jobbigt. Så hjälps man åt med det. Dem som vill gå hem tillsammans, kanske tar en promenad ihop om det är någon som har samma väg. Alltså jag har dunderkamrater.

Citatet visar att informanterna i viss mån behöver social interaktion och stöd från varandra både i och utanför arbetsplatsen för att orka med sitt arbete. Det visar också att det finns en öppenhet kollegorna sinsemellan att berätta om hur man egentligen känner och vilka behov som finns. Dessutom visar citatet att stödet från kollegorna kan yttra sig både på arbetet men också på hemmaplan vilket gör att stödet får en stor betydelse för kollegorna både i privatliv och i arbetet.

### **5.5 Roll i mötet med patienten och i det privata livet**

Samtliga av informanterna hävdade att det kan vara en svår roll att axla som yrkesutövaren när man möter en patient framför allt när denne är svårt sjuk. En informant hävdade att rollen som yrkesutövare egentligen inte behöver vara en roll utan ska vara något som faller sig naturligt. Informanten menade att om patienten lägger sig på golvet så ska man också göra det. En annan av informanterna berättade att det kan vara svårt att ha rollen som sjuksköterska. Ibland möter man svårt sjuka människor och då kan det vara svårt att ha en glad attityd berättade denne. Ytterligare en informant hävdade att det svåraste med rollen som yrkesutövare i relation till patienten är att kunna dels ha en distans men också att kunna vara emotionell och visa inlevelse för patientens situation. Två andra informanter berättade istället att rollen som yrkesutövare kan förefalla väldigt naturligt om man passar för yrket. Den ena av dem menade att man är en sjuksköterska och inte arbetar som det. Ytterligare en informant berättade att det kan vara svårt att ha rollen som sjuksköterska och vara glad de dagar och tillfällen man själv känner sig nere eller är på dåligt humör.

Ja, jag tror att man märker ganska fort om man inte passar att jobba med just det här, med cancersjuka patienter. Man får nog vara en speciellt slags människa. Man måste kunna visa en glad attityd och peppa patienterna eftersom de förväntas av en. Dagar då man är deppig måste man dölja detta och istället vara glad utåt sett.

Citatet stödjer informantens bild av yrkesrollen som en del av ens egen person. Det visar också att det finns ett tydligt krav för informanten att visa upp emotioner som inte nödvändigtvis stämmer överens med de inre känslorna. Informanten menade att vissa känslouttryck ingår i yrkesrollen och därför måste beteendet stämma överens med dessa tysta krav.

Alla våra åtta informanter talade om sina kollegor i termer av gruppsammanhållning, gemenskap samt förtroende. Informanterna menade att det ser olika ut i mötet med patienten, då går man tydligare in i en roll men med kollegorna är denne mer autentisk, menade informanten. En annan av våra informanter hävdade att det finns en viss form av rolltagande även bland kollegorna och i mötet med kollegorna. Informanten menade att man som arbetskollega förväntas utföra vissa arbetsuppgifter och följa det som ingår i ens yrkesroll i arbetet. Informanten berättade då att denne går in i en viss roll som har med arbetsuppgifter och arbetsfördelning att göra. När vi frågade informanten vad denne menade så berättade informanten att rollen handlar mer om praktiska saker än om sådant som bemötande och emotioner i relation till kollegorna. Två andra informanter berättade att rollen till kollegorna oftast blir ganska avslappnad och naturlig. En informant hävdade då att det kan vara svårt att vara emotionell och tillmötesgående hela tiden. Därmed kan denna roll vara lite svår hävdade vår informant. Ytterligare en informant tyckte att rollen till kollegorna ser olika ut dels beroende på vilken kollega man arbetar med men också om man har samma befattning som kollegan.

De flesta av oss har arbetat väldigt länge tillsammans. På så vis vet vi hur vi ska hantera varandra och vad som förväntas av oss. Om man är grinig eller sur någon dag så är det helt okej bland kollegorna. Då får man exempelvis lättare arbetsuppgifter så man slipper bli på ännu sämre humör. Detta gäller förstås bara om det funkar med arbetsfördelningen. Men de flesta av oss är så trygga i vår roll och med varandra att arbetet flyter på.

Informantens svar belyser att rolltagandet till kollegorna oftast är tryggt eftersom man har etablerat goda och nära relationer. Citatet visar också att de goda relationerna ger en möjlighet för informanten att våga vara ärlig och genuin med sina känslor i mötet med kollegorna. Dessutom visar citatet att denna ärlighet mellan kollegorna kan underlätta arbetet eftersom arbetsuppgifterna blir anpassade efter det humör kollegan har. Dessa aspekter påverkar rolltagandet i den mån att det blir mer genuint.



En av informanterna berättade att yrkeslivet och privatlivet för denne ser väldigt olika ut. I arbetet har denne en roll att exempelvis vårda medan i hemmet är denne en del av familjen och rollen att vårda finns inte på samma sätt som i yrkeslivet. Tre andra informanter ansåg istället att rollen i det privata och i yrkeslivet kan gå hand i hand. En av dessa informanter berättade att denne ofta tar med sig arbetet hem och agerar på samma sätt som i arbetslivet i vissa situationer. De två andra informanterna menade att rollen som man har i arbetet ibland kan påverka hur man agerar i det privata och vice versa. Ytterligare en informant ansåg att rollen i det privata kunde berika arbetet med patienterna. Genom att informanten hade en viss roll i privatlivet kunde också denne få nya perspektiv på arbetet i vården. En annan informant tyckte att den egna rollen i det privata och i arbetet är två olika roller som skall skiljas åt och inte förväxlas med varandra. När vi samtalade med informanterna om rolltagandet i det privata var vi noga med att förklara för informanterna att kollegorna skulle exkluderas i denna del. Informanten skulle alltså vara fokuserad på sin roll i exempelvis hemmet med exempelvis partner eller barn. Informanterna gav väldigt olika svar på hur rollen i privatlivet kunde påverkas av rollen i yrkeslivet och vice versa beroende på livserfarenheter men också hemförhållanden.

## **6. Socialpsykologisk analys och tolkning**

Inledningsvis kommer vi att motivera valet av de teman som utgör analys. Detta för att läsaren lättare skall kunna följa med i analysen. Temat *ytagerande och djupagerande samt rolltagande i arbetet med patienter* syftar till att belysa och förstå sjukvårdspersonalens egna känslor i arbetet med patienter men också de känslor som de visar både för patienter, kollegor och anhöriga. Detta tema knyter an till både Goffmans teori om rolltagande samt Hochschilds teori om yt och djupagerande som både syftar till att förklara känslor och rolltagande. Detta tema belyser emotioner, som är en del av vårt forskningssyfte i uppsatsen. Temat *emotionellt arbete inom sjukvården* syftar till att förklara både yrkesroll men även olika former av engagemang, inlevelse och känslor som sjukvårdspersonalen visar framförallt i mötet med patienter men även i relation till sina kollegor. Detta tema syftar till att förklara och belysa olika former av ageranden och känslor hos sjukvårdspersonalen. Temat *Hänsynemotionssystemet bland kollegor* har för avsikt att belysa hur känslor som exempelvis stöd och gemenskap kan gestalta sig bland kollegorna och vilken funktion

detta fyller för sjukvårdspersonalen i deras arbete och på arbetsplatsen i sig. Detta tema belyser vikten av stöd men också emotioner. Temat *över- och underdifferentiering i arbetslaget* belyser hur kollegorna förhåller sig till varandra och till gruppen i stort. Detta tema förklarar hur kollegorna knyter an till varandra och hur nära eller distanserade de är gentemot varandra och arbetsgruppen i stort. I detta tema förklaras även relationen till privatlivet och hur den sociala gemenskapen kan uppstå bland kollegorna även utanför arbetsplatsen. Detta tema belyser även gemenskap. Temat *skam och stolthet i arbetslivet* redogör för hur de anställda kan uppleva känslor som skam eller stolthet i relation till patienterna beroende på hur väl arbetet är utfört samt hur nöjda personalen är med sin insats och de resurser som de kan erbjuda patienten i vården. Temat belyser framförallt skam och stolthet men också relationer till kollegor och patienter. Detta tema kopplas även samman med över och underdifferentiering. I analysen har vi haft för avsikt att låta teorierna ”tala med varandra” för att ge en bredare och större förståelse i vårt forskningsämne.

### **6. 1 Ytagerande och djupagerande samt rolltagande i arbetet med patienter.**

Informanterna berättade att det i vissa sammanhang kan vara krävande att arbeta med döende människor eftersom det ställer höga krav på yrkesutövaren att vara stark. Flera av informanterna berättade att de ibland gråter ut bland kollegorna när de känner att det emotionella trycket inombords blir för svårt att bära på egen hand. Den sjuksköterska som nyss behandlade en patient med cellgifter och utåt sett hade en stark och lugn fasad kanske snart därefter bryter ihop inför en kollega. Detta kan tolkas som en form av rolltagande eftersom denna personal i det första skedet visade upp en fasad som inte stämde överens med de innersta känslorna. Kanske var syftet att inte belasta patienten med de egna emotionerna som exempelvis sorg och frustration. Två andra informanter berättade att de ibland inte orkar leva upp till de krav som ställs när det gäller att visa emotioner som exempelvis empati. De hävdade båda att de ändå måste göra detta eftersom det ingår i deras arbete. Detta tolkade vi som ett högst tydligt exempel på både djup- och ytagerande samt rolltagande från deras sida. Rolltagandet som exempelvis sjuksköterska visade sig genom dennes agerande som inte stod i paritet med hur de egentligen kände. Ytagerande i detta fall gestaltades genom deras frånvaro av äkta emotionellt engagemang gentemot patienten. Vi ser här en tydlig koppling mellan yt och djupagerande i relation till

rolltagande i detta fall yrkesrollen. Yrkesrollen lägger en grund för rolltagandet då det finns vissa formella och informella förväntningar på yrkesutövaren. Huruvida känslor och exempelvis engagemang som ingår i yrkesrollen är äkta eller inte kan därmed härledas till antingen yt eller djupagerande från yrkesutövarens sida. Att vara exempelvis sjuksköterska är en formell roll men det finns också en informell roll i yrkesrollen där förväntningar på exempelvis empatiskt agerande finns med i enlighet med Goffmans definition av både informella och formella roller.

Flera av våra informanter berättade att vissa patienter glömmet man så fort dessa har lämnat avdelningen. Detta tolkade vi som ett tecken på att yrkesutövarna i högre grad var distanserad till relationen med patienterna. Dessa informanter berättade att de alltid ska visa engagemang och vara lämpad för att arbeta med människor. Men eftersom informanterna tidigare hävdade att det engagemanget emotionellt sett inte blir lika intensivt tolkade vi detta som en form av ytagerande. Flera av de andra informanterna berättade att de i vissa avseenden kunde känna en befrielse i det fall de mötte patienter som de hade mindre bra relation till. Detta tolkar vi också som en form av ytagerande eftersom dessa informanter hävdade att de känslor de visade inte påverkade dem lika djupt eftersom dessa känslor var mindre förankrade hos den egna personen. Andra informanter berättade att det kan vara svårt att visa emotionella känslor gentemot patienter som dessa nyligen träffat eftersom relationen inte är tillräckligt stark för att kunna visa ett äkta engagemang men också kunna känna ett tillräckligt djupt engagemang som uppstår efter en längre kontakt. Det kan ses som en form av rolltagande eftersom läkaren eller sjuksköterskan kan känna press att uttrycka vissa emotioner eftersom de ofta förväntas ingå yrkesrollen. Tidsaspekten blir härmed en viktig aspekt för att förstå hur vårdpersonalens framtoning gentemot patienten och hur engagemanget kan uppstå från vårdgivarens sida.

En viktig aspekt av relationen mellan vårdpersonalens arbete gentemot patienten och emotionella engagemang är vårdtiden för patienten. På vissa avdelningar kunde patienter anlända för att sedan någon månad senare avlida eller lämna avdelningen som färdigbehandlade. Våra informanter gav överlag en sammantagen bild att det är lättare att vara mer yrkesmässig och distanserad samt mindre emotionellt engagerad i sådana patientfall eftersom den korta behandlingstiden gjorde det svårare för vårdgivaren att skapa en nära relation till patienter jämfört med de situationer där en

patient vårdas under exempelvis flera år på en mottagning. Tidsaspekten blir härmed en viktig aspekt för att förstå hur vårdpersonalens framtoning gentemot patienten och hur engagemanget kan uppstå från vårdgivarens sida.

Genom informanternas svar kunde vi se både formella och informella roller hos informanter. De formella rollerna belystes i sammanhang då informanterna exempelvis samtalande om sin yrkesroll med olika arbetsuppgifter och förväntningar som är kopplat till yrkesrollen. De informella rollerna kunde gestalta sig i exempelvis krav på emotionella uttryck, medmänsklighet men även en viss auktoritet i relation till patienten. Dessa roller fanns inte tydliga i någon yrkesbeskrivning utan var roller som vårdpersonalen tillskrev sig själva eftersom det finns en viss förväntan och tydliga riktlinjer från omgivningen och kollegorna i hur man skall agera. Den formella och informella rollen kunde även appliceras i både privatliv och yrkesliv i enlighet med Goffmans teori om rolltagande. Här kunde vi se både för och nackdelar med rolltagandet hos informanterna. Nackdelar kunde exempelvis vara när personalen oroade sig över patienter på hemmaplan eller i situationer när de kände att kraven på rollen blev för stor. Fördelarna med rolltagandet i yrkeslivet kunde istället gestalta sig genom känslor av förnöjsamhet och framgång som informanterna både kunde uppleva i privatliv och yrkesliv.

Hochschilds teori om det emotionella arbetet är i grunden tillämpligt på flygvärdinnor där deras känslouttryck dels blir en vara från arbetsgivarens sida som ställer krav på dem att vara emotionella och vänliga. I sjukvården blir denna teori lite mer komplicerad i sin tillämpning eftersom personalen möter patienterna i olika lång tid. Som tidigare nämnts möter personalen vissa individer under flera månader eller år medan vissa andra möter dem endast en gång eller ett fåtal tillfällen. På så vis kan man hävda att både yt- och djupagerandet kommer att gestalta sig annorlunda än bland flygvärdinnorna. Flygvärdinnorna kan tillämpa både yt- och djupagerande i mötet med passagerarna, men efter några timmar kommer de att skiljas åt. Genom att vårdpersonalen å andra sidan möter patienterna under helt andra omständigheter och tidsperioder kommer yt- och djupagerandet att se annorlunda ut. Kanske måste vårdpersonalen i vissa sammanhang tillämpa ett ytagerande för att mer kunna distansera sig till patienten medan i andra sammanhang kommer yrkesrollen ställa ett krav på ett djupagerande i situationer där exempelvis en patient är svårt sjuk.

Vi försätter med att diskuterar artikeln ”Cancerbesked per telefon är fortfarande vanligt.” Artikeln behandlar det avstånd som kan uppstå mellan läkare och patient genom telefonen som kommunikationsmedel. Artikeln påpekar ytagerandet i relation till patienten eftersom telefonkontakten gör det svårare för läkaren att uppleva och notera patientens känslor. Även artikeln ”Lär läkaren att samtala rätt” belyser enligt Aspegren hur samtalsmetodiken kan förbättra relationen mellan läkare och patient. Därför kan det både bli lättare men också svårare för läkaren att distansera sig till patientens känslor som exempelvis oro eller förtvivlan. Läkarens förmåga till ett bra samtal kan lugna patienten och göra det lättare för läkaren att behandla patienter och inte bli lika emotionellt engagerad. Men denna samtalsmetodik kan också enligt författaren förstärka djupagerandet eftersom läkaren måste lägga mer tid och energi på patienten.

## **6.2 Emotionellt arbete inom sjukvården.**

Varje informant arbetar i någon utsträckning med människor som var eller är dödssjuka. Samtliga informanter berättade att det i vissa sammanhang kunde vara tungt att hantera de svåra situationerna som uppstod i arbetet. Det informanterna oftast belyste var att det kunde vara psykiskt påfrestande att möta människors sorg, dödsfuktan, ångest och förtvivlan men också frånvaro av acceptans över sin sjukdom. Det som var intressant var att informanterna hävdade att dessa olika känslor som de upplevde kunde variera i stor grad beroende på hur bra relation till patienten är. De patienter som yrkesutövaren hade någon form av nära relation till var det också svårare för denne att distansera sig känslomässigt till i de avseenden där negativa besked eller samtalsämnen togs upp med patienten. Både onkologen, sjuksköterskorna och annan personal som vi intervjuade berättade att dessa emotioner varierade oftast i hög grad beroende på hur bra anknytningen till patienten var. Detta kan tolkas som att det i vissa fall kan uppstå en form av ansträngande emotionellt arbete i enlighet med Hochschilds teori om det emotionella arbetet. Hochschild menar att yrkesutövaren riskerar att bli känslomässigt utmattad ifall denne tvingas visa upp emotioner i sitt arbetsliv oavsett om dessa är äkta för individen eller inte. Detta anser vi är tillämpligt på flera av våra informanter eftersom dessa ansåg att det emotionella engagemanget på arbetet ibland kunde vara tungt och känslomässigt utmattande. Flera av

informanterna vittnade också om att det kunde vara mycket svårt att visa upp emotioner som glädje och styrka inför patienten i sammanhang där negativa besked lades fram. Flera av informanterna menade att de egna emotionerna kunde yttra sig i form av sorg och medlidande men informanterna kände också krav på att visa upp emotioner som glädje inför patienten eftersom det ingår i den professionella yrkesrollen där läkaren eller sjuksköterskan förväntas vara kapabel att trösta den svårt sjuke patienten. Dessa olika aspekter på emotioner i mötet med patienten kan tydligt kopplas till Hochschild som menar att det emotionella arbetet ställer högre krav på yrkesutövaren än i många andra yrkeskategorier. Hochschild anser att vårdande yrken som exempelvis sjuksköterska ställer extra höga krav på yrkesutövaren där arbetet både kräver vissa känslor och beteenden men också pressar yrkesutövaren att dölja känslor som inte passar inte eller förväntas ingå i yrkesrollen.

När vi samtalade med informanterna angående deras arbete med patienter som de fått mindre nära kontakt med angav samtliga informanter att det var lättare att inte engagera sig känslomässigt i dessa i samma utsträckning som gentemot de patienter yrkesutövaren hade en närmare relation med. I detta avseende anser vi att Hochschilds teori blir tillämpbar för att förklara känslorna hos yrkesutövaren gentemot patienter som är mer distanserade. I enlighet med Hochschild behöver inte yrkesutövaren visa upp känslor som är äkta i relation till agerandet. På så vis finns det alltså möjlighet för individen att distansera sig vilket i detta fall styrks genom informanternas upplevelse av patientvård med mindre nära kontakt. En del av ytagerandet kan gestalta sig genom att man som exempelvis yrkesutövare väljer att distansera sig för att må bra. I detta avseende anser vi att detta stämmer särskilt väl överens eftersom informanterna angav att de inte kände samma grad av engagemang och inlevelse när de mötte patienten som de hade mindre nära relation till. Samtidigt måste man ta i beaktning att emotioner som exempelvis sorg inte behöver vara uttömmande eller utmanande för individer då dessa kan vara ett tecken på medmänsklighet och altruism. Å andra sidan ska man komma ihåg att det emotionella arbetet ställer krav på yrkesutövaren att i vissa yrken vara emotionella oavsett om känslorna är äkta eller inte. Detta blir å andra sidan tillämpligt eftersom flera av informanterna berättade att de alltid försöker möta patienter med värme, empati och respekt samt försöka förstå patientens behov och situation. Detta tolkar vi som en aspekt av det emotionella arbetet eftersom dessa känslouttryck ingår i rollen som exempelvis onkolog där man möter människor som i

vissa fall kan vara döende och på så vis ställs det krav på läkaren att ha medkänsla för patienten.

Vi tolkar Hochschilds teori om emotioner och hur man visar upp emotionerna utifrån hur nära läkaren står till patienten. I det avseendet där läkaren har en mer distanserade relation till patienten kanske denne känner större krav att visa emotioner eftersom läkaren och patienten inte känner varandra och därmed blir det viktigare för läkaren att göra ett gott intryck. På samma sätt är det lättare för en läkare eller sjuksköterska som känner patienterna väl att visa upp äkta emotioner som är förankrade hos individen eftersom läkaren eller sjuksköterska kanske inte känner samma krav att göra ett gott intryck genom det emotionella arbetet. En viktig aspekt att ha i åtanke i det emotionella arbetet är uttrycksregler och känsloregler som Hochschild nämner. Genom uttrycksreglerna förväntas i detta fall både personalen uttrycka känslor och tankar på ett speciellt sätt från omgivningens sida. Exempelvis anses det inte vara acceptabelt ifall en läkare lägger sig på golvet och börjar skrika när denne ger ett mindre bra besked till patienten. Detta beteende skulle av de flesta anses vara olämpligt och opassande för en läkare. På så vis har uttrycksreglerna en viktig roll i förståelsen för hur vårdpersonalen agerar och vilka emotioner de visar upp gentemot patienten. Man kan anta att dessa regler i vissa sammanhang håller tillbaka impulser och beteendet hos vårdpersonalen och på så vis styr uttrycket av känslorna. Känsloreglerna å andra sidan blir svårare att tillämpa eftersom känsloreglerna har en djupare förankring hos varje människa. Hur man ska känna är svårare att styra, men är också svårare för omgivningen att läsa av. Man kan dock anta att det finns drag av känsloregler i dessa yrken eftersom det alltid finns normer för hur man bör känna och agera i en viss situation.

Om man kopplar det emotionella arbetet inom sjukvården till tidigare forskning blir Pär Salanders artikel högst användbar. I ”Cancerbeskedet – mer än fråga om relation än information” hävdar Salander bland annat att det uppstår en relation mellan patient och läkare från båda parter. I artikeln belyses bland annat vikten av information mellan läkare och patient där det är extra viktigt från läkaren sida att vara tydlig med information men också att patienten ska känna en frihet att både ställa frågor men också uttrycka känslor som oro och förtvivlan. Denna artikel blir relevant för att förklara läkaryrket men också exempelvis yrket som sjuksköterska ur ett emotionellt

arbets perspektiv. Vidare använder vi också Knut Aspegrens artikel ”Lär läkaren att samtala rätt” eftersom samtalsmetodiken han beskriver från läkarens sida hjälper patienten att både förstå sjukdomen, behandlingen och hjälper skapandet av förtroende från patientens sida gentemot läkaren där patientens emotionella behov ska stå i fokus under samtalet.

### **6.3. Hänsynemotionssystemet bland kollegor.**

Ett genomgående tema för våra informanter är att samtliga berättade hur bra gemenskapen och trivsel på arbetsplatsen var. Flera av informanterna berättade att de i personalstyrkan har gemensamma sociala aktiviteter både på arbetet men också utanför arbetet. Några andra av våra informanter berättade att stödet bland kollegorna var väldigt viktigt och att detta bidrog till att trivsselfaktorn för dessa informanter var väldigt hög. Inte någon av våra informanter ansåg att gruppsammanhållningen eller stödet på arbetsplatsen var lågt. Flera av våra informanter talade mycket i ”Vi” termer om den egna avdelningen och sig själva vilket skapade en tydlig gräns mellan den egna avdelning och övriga avdelningar. Några andra informanter ansåg också att alla människor inte är lämpade att arbeta med exempelvis cancersjuka människor. Det kunde då röra sig om individer som enligt informanterna saknade empati och förmåga att leva sig in i andras situation. De sociala banden hade enligt flera informanter en stor betydelse för arbetet i sig men också för gruppgemenskapen. Informanterna berättade att sådant som kramar, handpåläggning eller ett medkännande ansiktsuttryck kunde gestalta sammanhållning och de goda relationerna på arbetsplatsen kollegorna sinsemellan.

Det är svårare att ta fasta på det mindre bra stödet bland kollegorna i relation till Hänsynemotionssystemet. Detta eftersom samtliga av våra informanter berättade att de kände stor gemenskap med vissa eller alla kollegor, hade förtroende för varandra och hade genom sitt arbete en gemensam nämnare med kollegorna. Några informanter berättade att de är relativt nya på enheten där de arbetar. Informanterna berättade om hur snabbt man som nykomling blev accepterad och väl mottagen av arbetsgruppen trots att man är ny. De sociala banden hänger ihop med hänsynemotionssystemet eftersom de sociala banden symboliserar interaktionen och gemenskapen med kollegorna eller i andra sociala sammanhang. En tolkning vi gjorde var att de sociala banden på arbetsplatsen kan från början vara mindre intensiva om man inte känner



varandra. På så vis kommer också sådant som kroppsspråket, gester och välvilliga handlingar att inte ha samma intentioner eftersom de nära och goda sociala banden inte finns i samma utsträckning. Kroppsspråk och välvilliga handlingar kan även ske och tolkas i mindre nära relationer men vi antar att dessa handlingar får en annan innebörd än i det fall där relationerna är nära.

Artikeln ”Professional burnout and social support in the workplace among Hospice nurses and midwives in Poland ” av Marta Kalicinska m.fl. har en intressant infallsvinkel som blir relevant i denna del av analysen. I forskningsartikeln hävdar författarna bland annat att stödet bland kollegor inom Hospice och barnmorskeanställda är viktigt för att förhindra och minska utbrändhet och depersonalisering. I relation till hänsynemotionssystemet anser vi att detta stöd blir centralt genom att stödet genererar en bättre arbetsmiljö vilket i sin tur minskar risken för psykisk ohälsa bland de anställda i dessa yrkeskategorier. Hänsynemotionssystemet belyser vikten av sociala band för människor både i privatliv och arbetsliv vilket här tydligt kan kopplas till studien och effekterna av bristande stöd, gemenskap och emotionell värme bland kollegorna.

#### **6.4 Över och underdifferentiering inom arbetslaget.**

Var och en av informanterna hade olika relation till arbetsliv och privatliv i kombination med varandra. Vissa av informanterna berättade att de tydligt kunde särskilja sitt arbetsliv från sitt privatliv men inte tvärtom. Samtliga informanter berättade att de i sitt arbetsliv kunde beröra både privatliv och arbetsliv i exempelvis lunchrummet. Några av informanterna berättade att de kan samtala med sina kollegor om exempelvis resor, hem och fritid och andra saker som inte direkt rör arbetslivet. Några andra av våra informanter berättade att det sociala umgänget utanför arbetet fick dem att känna att arbetslivet inte var avskilt ifrån deras privatliv eftersom det sociala umgänget fanns på både arbetsplatsen och i privatlivet.

Begreppet optimal differentiering är tillämpligt för att förstå och belysa svar beträffande arbetslivet kontra privatlivet. I den optimala differentieringen är individen både ett med gruppen men är samtidigt en egen individ som kan urskilja sig från gruppen. Ett genomgående tema i informanternas svar var att dessa både kunde se sig själva som en del av den sociala gruppen i detta fall arbetsgruppen men också kunde

se sig själva som individer i sitt privatliv där arbetsgruppen inte i det avseendet var inkluderat. Samtidigt har yrkeslivet en stor påverkan på flera av våra informanter eftersom det sociala umgänget sker både i och utanför arbetsplatsen. Här kan man tala om en form av underdifferentiering där individen relaterar till gruppen i för stor utsträckning där egna mål, tankar och framgångar underordnas gruppens behov, mål och framgångar. Exempelvis finns det en risk att individen identifierar sig själv i allt för stor utsträckning med gruppen och på så vis förlorar gränsen mellan sig själv och gruppen men också tappar gränsen mellan sina egna och gruppens värderingar. Detta behöver inte ske men kan vara en riskfaktor. Om exempelvis sjuksköterskorna på en avdelning har en väldigt god gemenskap och stark sammanhållning med flera gemensamma mål skulle individerna i detta sammanhang kunna bli deindividualiserade och på så vis bli underdifferentierade. Däremot kan underdifferentiering vara en överdriven tolkning av hur individerna påverkas av arbetslivet i privatlivet. Eftersom samtliga av våra informanter berättade att det sociala umgänget utanför arbetsplatsen inte är ett yrkesrelaterat och målinriktat umgänge utan snarare ett umgänge som syftar till att ha roligt tillsammans och uppleva gemenskap. Man skulle kunna säga att underdifferentieringen blir mer tillämpligt för att förklara gruppdynamiken på själva arbetsplatsen där de olika individerna arbetar tillsammans att gemensamt uppnå mål samt får en lön. Några av våra informanter berättade att arbetslivet och privatlivet för dem hör ihop. Informanten ansåg att de erfarenheter man har med sig i arbetslivet tar man också med sig i sitt privatliv och vice versa. På så vis hävdar vi att påverkan blir stor i både riktningarna. Två andra av våra informanter ansåg att de erfarenheter man har i privatlivet istället blir tillämpligt i yrkeslivet men nödvändigtvis inte tvärtom.

När vi samtalande med våra informanter om arbetslivet eller arbetets påverkan på privatliv och arbetsliv upptäckte vi att det var svårt att särskilja hur dessa skiljer sig åt och inte påverkar varandra eftersom samtliga informanter berättade att umgänget sker både på och utanför arbetsplatsen. Vår tolkning blir därmed att de/ta/ sociala relationerna sker och gestaltas både på arbetet och privatlivet och därmed kan man inte dra en klar linje för gränserna mellan dessa olika sammanhang. Differentieringen blir därmed otydlig där man både kan se den som optimal, under och över. Det fanns dock vissa svar som våra informanter gav där vi kunde se att arbetet hade en låg påverkan på privatlivet. Flera av våra informanter berättade att privatlivet och

arbetslivet är två olika sammanhang som inte skall blandas ihop. Dessa informanter ansåg att även om det sociala umgänget sker både i och utanför arbetsplatsen så förväxlar inte informanterna dessa två olika ”planeter”. Detta tolkade vi som en form av optimal differentiering där individer i vissa sammanhang tydligt kunde avskilja sig själv från gruppen men samtidigt också ha en god och sund relation till arbetsgruppen. Tre andra informanter berättade att samtalsämnena kunde skilja sig åt i viss mån beroende på om man träffades på arbetet eller i privatlivet. Härmed blir också det sociala umgänget centralt men eftersom samtalsämnena varierar beroende på fysisk plats anser vi att det finns drag av mindre påverkan på privatliv och arbetsliv i dessa sammanhang. En intressant aspekt är att vissa av våra informanter ansåg att erfarenheter i både yrkesliv och arbetsliv kunde påverka varandra medan vissa andra av våra informanter ansåg att förhållandet var bara åt ena hållet och inte påverkade varandra som i en cirkulär process. Erfarenheter i privatlivet exempelvis inom familjen kunde användas och appliceras i yrkeslivet och vice versa. På så vis påverkades informanterna av dessa två olika arenor.

I artikeln ”Professional burnout and social support in the workplace among Hospice nurses and midwives in Poland ” av Marta Kalicinska m.fl. förklaras bland annat vikten av stöd och gemenskap hos barnmorskor och sjuksköterskor på Hospice. En infallsvinkel som författaren nämner är relation mellan bristande stöd och depersonalisering gentemot patienter och kollegor. Författarna utvecklar konsekvenserna av depersonalisering och utbrändhet i dessa yrken, vilket skapar psykisk ohälsa hos personalen som har en alltför överdifferentierad hållning gentemot sina kollegor. Sjuksköterskorna på hospice å andra sidan skapar en annan form av differentiering genom att de finner högre grad av stöd hos varandra och på så vis minskar risken för utbrändhet och depersonalisering. Detta kan man tolka som en optimal differentiering då individen både är individualiserad i gruppen men också känner en samhörighet och förtroende både med gruppen i stort och med kollegorna.

### **6.5 Skam och stolthet i yrkeslivet.**

Under intervjuerna belystes hur informanterna exempelvis funderade över sjuka patienter eller hade funderingar som rörde arbetslivet på fritiden. Här blir det tydligt att svaren skilde sig åt avsevärt från individ till individ. Två informanter berättade att de i vissa sammanhang kunde grubbla över en cancersjuk patient även på fritiden. Det

kunde röra sig om funderingar kring patientens sjukdom och hur prognosen såg ut. Tre andra informanter berättade att de har olika strategier för att särskilja arbetet ifrån privatlivet. Resten av informanterna ansåg att det kunde skilja sig avsevärt från dag till dag i vilken uträkning arbetet påverkade deras privatliv. En aspekt på skam och stolthet var hur nöjda informanterna kände sig med den insats de utförde. Överlag var informanterna nöjda med sin arbetsinsats i relation till patienterna och även den arbetsinsats de utförde som arbetsgrupp. I dessa fall blev det tydligt att informanterna hade lättare att lämna "arbetet" på arbetsplatsen eftersom de då kände stolthet. Detta stöds av Scheffs teori om skam och stolthet där han hävdar att starka relationer och förnöjsamhet i gruppen som man tillhör skapar en känsla av stolthet. Det fanns också tydliga inslag av skam i informanternas berättelser när dessa berättade om sitt yrkesliv. Flera av informanterna berättade att stress och bristande resurser i arbetslivet kunde vara en källa till stress men också ett icke fullgott arbete gentemot patienten. Flera av informanterna upplevde att denna känsla kunde skapa en känsla av missnöje. Känslan av otillräcklighet kunde resultera i att de i sitt privatliv kunde känna ett missnöje och på så vis inte kunna lämna sitt arbete utanför privatlivet. Skam och stolthet i yrkeslivet har en tydlig koppling till under och överdifferentiering. I det fall där informanterna kände sig nöjda med sin arbetsinsats fick de också en närmare relation till kollegorna vilket kunde yttra sig i optimal- eller under differentiering. På samma sätt gällde motsatsförhållandet. I det fall informanterna kände sig mindre nöjda med sin arbetsinsats tenderade de att i högre grad särskilja sig från gruppen och därmed hamna i en överdifferentiering.

Några av informanterna gav motsägelsefulla svar när vi berörde arbetets påverkan på privatlivet. Flera av informanterna hävdade å ena sidan att de inte finns någon gräns mellan arbetslivet och privatliv för att sedan exempelvis hävda att fritiden är helig och inte är till för att fundera över sitt arbetsliv. Flera av informanter ansåg att arbetslivet pausar varje gång dem lämnar sin arbetsplats i sina privata kläder. På så vis blir gränsen tydlig och dessa informanter anser att denna gräns gjorde det omöjligt för arbetet att påverka privatlivet. Andra informanter ansåg att de alltid gör så gott som de kan i mötet med patienterna. Informanterna utvecklade detta och menade att så länge de gör sitt bästa så är de nöjda. Detta hjälpte informanterna att känna en förnöjsamhet över sin arbetsplats och sitt arbetsliv vilket också enligt informanterna gjorde det lättare att inte fundera över sitt yrkesliv på hemmaplan. Detta är förenligt med Scheffs

teori då en god gruppssammanhållning och yrkesstolthet ger en känsla av stolthet. Informanterna påvisade känslor av förnöjsamhet som resulterade i att arbetet lämnades utanför privatlivet. Ett genomgående tema var att informanterna överlag var stolta dels över sitt arbetslag och dess funktion men också överlag kring det arbete de utförde. Informanterna ansåg alla att det yrke de utförde var viktigt och meningsfullt för andra människor och på så vis ansåg de också sig vara nöjda när de gick hem även om arbetet inte i alla sammanhang var 100 %. Gränsen mellan arbetsliv och privatliv belystes. Detta speglades genom att arbetet inte hade en stor påverkan på privatlivet eftersom stoltheten var den rådande känslan. Ytterligare en aspekt på denna gräns är det faktum att flera informanter aldrig lämnar ut hemnummer, adress och så vidare till sina patienter. Detta kan ses som en tydlig gränsmarkering som konkret exemplifierar hur man som yrkesutövare kan sätta en konkret gräns mellan det yrke man utför och de privatliv man har i relation till patienten. Genom att yrkesutövarna kände stolthet genom sin goda arbetsinsats blev det också lättare för dem att sätta tydliga gränser mot patienter i sitt arbetsliv. Om denna känsla av stolthet i arbetslaget och genom arbetsinsatsen inte hade funnits kanske inte informanterna skulle kunna sätta samma tydliga gränser gentemot patienter.

Skam och stolthet i vårdpersonalens arbete samt den roll de intar blir relevant till Lena Karlberg och Karl Lindbergs artikel ”En utbildningsinvestering som lönar sig”. I artikeln lyfter författarna fram vikten av god kommunikation mellan läkare och patient samt vilka följder den bristande kommunikationen kan få både för läkare och patient. Enligt författarna är det vanligt att läkare känner besvikelse i de situationer de inte klarar av att ge god information till patienten samt får tillräckligt med tid att svara på patientens frågor. Författarna hävdar därmed att samtals utbildningar och goda resurser från läkarens sida är viktigt för att läkaren ska må bra och känna sig nöjd med det arbete denne utfört. Detta blir tillämpligt i relation till teorin om skam och stolthet som bland annat hävdar att individer känner stolthet och gemenskap i de fall de lyckas med något på individ och gruppnivå i ett visst sammanhang.

## **7. Sammanfattning**

Vi kommer i det följande att sammanfatta vad vi kommit fram till och svara på vår frågeställning. För att besvara vår frågeställning: *Hur hanteras och gestaltas sociala*

*relationer till patienter, kollegor och hur påverkar dessa relationer människor i privatlivet samt i yrkeslivet?* har vi utifrån våra intervjuer sett att vårdpersonalen hanterar detta på delvis olika sätt beroende på individ men också relation till patienten. Våra respondenter hade som gemensam nämnare relationen till patienten som centralt fokus i fråga hur dessa situationer tacklades. Alla respondenterna berättade att relationen till patienten till stor del var relevant för hur de själva kunde hantera denna situation. I det fall där relationen var nära, långvarig och intensiv upplevde informanterna att det var svårare att ge negativa besked till patienten medan i de fall där relationen var mindre utvecklad och nära var det lättare. Vårdpersonalen hanterade dessa situationer genom att exempelvis samtala med kollegor, tala med professionella stödpersoner men också i vissa enstaka fall ventilera sina känslor, tankar och upplevelser i privatlivet. Dessa svar stödjer i viss mån rolltagandet där informanterna till viss del var tvungna att inta en viss roll i mötet med patienten för att kunna bevara förtroende och leva upp till yrkesrollen. Hochschilds teori om det emotionella arbetet blir i detta avseende fruktbar för att både förklara känslor hos yrkesutövaren men också arbetet som en vara från yrkesutövarens sida inom emotionella arbeten.

För att redogöra hur dessa yrkesutövare både kan vara yrkesmässiga och medmänskliga i mötet med patienterna fick vi en rad olika infallsvinklar och berättelser. Vissa av våra respondenter menade att de försöker vara så närvarande som möjligt i mötet med patienten medan vissa andra hävdade att de i vissa avseenden försöker bygga upp en emotionell distans till patienten för att inte engagera sig för mycket. Dock hävdade de flesta av våra informanter att denna balansgång och komplexitet är svår att tillämpa i praktiken eftersom det inte finns tydliga gränser mellan vad som klassas som yrkesmässig kontra medmänsklig. Flera av våra informanter ansåg att dessa två begrepp är situationsbundna vilket innebär att ett agerande som i en situation tolkas som yrkesmässigt kan upplevas som medmänskligt i en annan. Andra informanter menade att det inte handlar om att vara yrkesmässig eller medmänsklig-snarare att vara en medmänniska bortom yrkesrollen. Om man tillämpar informanternas svar i relation till yt- och djupagerande kan man se ett mönster där informanterna hävdade att gränserna mellan yrkesmässig och medmänsklig är flytande och på så vis är agerandet och bemötandet situationsbundet men också i olika grad intensivt beroende på relationen mellan patient och vårdgivare.

När det gäller stödet bland kollegorna och deras påverkan på arbetet fanns det en tydlig gemensam nämnare bland respondenterna där stödet belystes som en viktig faktor både för gruppgemenskapen men också för det egna arbetet. Informanterna berättade att stödet bland kollegorna var viktigt för att de skulle orka med sina arbeten i situationer då det kändes tungt och emotionellt överväldigande. Informanterna ansåg också att stödet var viktigt för att skapa en känsla av gruppgemenskap till sina kollegor men också till arbetslaget i stort. Genom att kollegorna arbetade i nära anslutning till varandra och även hade samma typ av arbete menade flera respondenter att detta påverkade sammanhållningen men också förståelsen för varandra och det arbete man utför samt de behov man har både som kollega och medmänniska i arbetslivet. Även det faktum att informanterna samtalade i ”vi” former i många sammanhang tyder på en kollektiv känsla där det egna jaget hamnar i skymundan i gruppen. Dessa sammanhang belyser också hänsynemotionssystemet där kollegorna visar känslouttryck för varandra i syfte att skapa goda relationer men också att stötta varandra när detta behövs. Även skam och stolthet samt över och underdifferentiering blir tillämpligt i detta avseende eftersom hänsynemotionssystemet påverkar gemenskapen på arbetsplatsen som i sin tur påverkar känslan av skam och stolthet. Känslan av skam och stolthet påverkar differentiering i arbetslaget och vice versa.

När det gäller arbetets påverkan på yrkeslivet och privatlivet gav informanterna väldigt olika besked och synpunkter på relationen mellan dessa två olika sammanhang. En del av informanterna menade att yrkeslivet och privatlivet påverkar varandra som i en slags cirkel. Dessa informanter menade att dessa två sammanhang påverkar varandra när det gäller beteenden, normer, attityder och värderingar i livet. Några informanter hävdade att de erfarenheter och upplevelser man får i arbetslivet påverkar dennes syn på privatlivet och vice versa. Andra informanter gav dock en helt annan syn på relationen mellan yrkesliv och privatliv. Dessa menade att dessa två arenor måste särskiljas vilket exempelvis gestaltas genom att man inte pratar om arbetet på hemmaplan. Här blir differentiering och gränser mellan arbetsliv och privatliv tydliga.

En notis är dock att dessa informanter ansåg att det är accepterat att samtala om privatliv i arbetslivet men inte tvärtom. På så vis kan man säga att påverkan bara var ensidig och inte cirkulär. Några andra informanter belyste den sociala aspekten på

arbetets påverkan på både yrkesliv och privatliv. Informanterna belyste sådant som social interaktion både i och utanför arbetslivet vilket gjorde att den sociala gemenskapen både blev aktuell i arbetet och utanför arbetet. På så vis fanns den sociala interaktionen ständigt närvarande i hela tillvaron med dessa kollegor även utanför arbetet. Teorin om över- och underdifferentiering kan kopplas till dessa sammanhang där informanterna främst representerar den optimala differentieringen. Men också underdifferentiering då relationerna påstås vara goda, där arbetsgruppen ses som viktig, där individen är en viktig del av gruppen, inte enskild och utanför gruppen.

Huruvida vårdpersonalen tar med sig arbetet in i sitt privatliv eller inte ser olika ut beroende på vilken informant man samtalar med. Flera av informanterna hävdade att de i vissa sammanhang exempelvis funderar över en cancersjuk människans diagnos och på så vis menar dessa informanter att de i viss mån tar med sig sitt arbete in i privatlivet. Även här är det relevant att belysa relationen till patienten. I det fall relationen är nära tenderade personen i högre grad att fundera över patientens situation medan i de övriga fallen ägnade man som vårdgivare oftast mindre tankar och energi åt patienterna i privatlivet. Några informanter hävdade dock att gränsen är skarp mellan privatliv och arbetsliv och på så vis menade informanterna att de/m/ inte tar med sig arbete hem. Exempel på detta är att samtal kring patienter i privatlivet är bannlysta. Några andra av våra informanter hävdade att de tar med sig arbetet in i sitt privatliv med sina kollegor genom att de samtalar kring arbetsrelaterade saker även i privatlivet. På så vis lämnas inte arbetet helt utanför privatlivet. Ytterligare några informanter hävdade att det fanns en gräns mellan vilka man anförtrot sig arbetsrelaterade saker med exempelvis kollegor men inte anhöriga. Vissa informanter menade dock att de har lättare att inte ta med sig arbetet hem i de situationer de kände att de hade gjort en så god insats som möjligt både individuellt och på gruppnivå i enlighet med Scheffs teori om skam och stolthet. På samma sätt kunde de känna sig mer emotionellt berörda även i privatlivet i de situationer de kände att de inte kunde göra en tillräckligt god arbetsinsats vilket kunde generera en känsla av skam.



## 8. Reflektioner

Först och främst vi reflektera och redogöra för hur vår frågeställning och syfte applicerats och tillämpats i vår intervjuguide. När vi först hade bearbetat ett syfte och en tydlig problemformulering började vi därefter fundera kring vilka teman som skulle täcka in vårt syfte och vår problemformulering. Vi satt ner tillsammans och diskuterade vilka teman som var relevanta att belysa i vår intervjuguide. Vi bestämde oss därför för att använda teman som emotioner, roll, stöd, arbetsliv, privatliv, gränser och komplexitet som är ett tema som vävts in i olika frågor och därmed inte är ett tema som är tydligt indelat i en viss del av intervjuguiden. Genom dessa teman belyser vi både emotioner i arbetet i mötet med patienten, rolltagandet samt vikten av stöd bland kollegorna och från privatlivets sida gentemot sjukvårdspersonalen. Dessutom belyser vi genom våra teman gränserna mellan både patient och vårdgivare men också gränsen mellan arbetslivet och privatlivet. Genom dessa olika teman får vi en bra helhetsbild som också knyter an till vårt syfte och problemformulering.

När vi skapat dessa teman började vi fundera kring frågor som belyste ett specifikt tema men där frågorna inte fick vara ledande. Frågorna skulle istället vara öppna för att ge en bred bild av det område vi studerade men också ge informanterna möjlighet att svara så ärligt och personligt som möjligt. Vårt syfte var följande: ”*Syftet med denna studie är att undersöka hur sjukvårdspersonal hanterar emotioner i mötet med cancersjuka människor, hur sjukvårdspersonal balanserar yrkesrollen och privatpersonen i mötet med patienter, hur sjukvårdspersonal kan visa medkänsla för sjuka patienter i yrkesrollen, hur stödet bland kollegor gestaltas samt i vilken grad sjukvårdspersonalen påverkas av arbetet i sitt privatliv*”. Genom vårt syfte med arbetet fick vi redan mycket hjälp på vägen i uppsatsskrivandet men framför allt i skapandet av intervjuguide eftersom vårt syfte i sig gav oss vägledning kring relevanta teman i intervjuguiden.

Vår frågeställning var följande: ”*Hur hanteras och gestaltas sociala relationer till patienter, kollegor och hur påverkas dessa relationer människor i privatlivet samt i yrkeslivet?*” Denna frågeställning blev vår huvudsakliga vägledare genom skapandet av teman eftersom frågeställning i sig belyser en rad olika teman som vi sedan kunde sätta ord på genom skapandet av ett visst tema. Frågeställningen var användbar i

skapandet av teman i intervjuguiden eftersom den tydligt visade vad som var relevant och icke relevant i vår studie och på så vis hjälpte oss att avgränsa teman som inte var relevanta i relation till frågeställningen.

Vi vill upplysa att vår slutsats är baserad och tolkad utifrån kvalitativa intervjuer och därmed inte behöver vara applicerbart på andra individer även de inom samma yrkesgrupp. En komplettering till vår uppsats skulle kunna vara en kvantitativ studie där vi hade kunnat ställa frågor som berör dessa olika socialpsykologiska fenomen för att både kunna få kvalitativa och kvantitativa svar men också kunna se likheter och olikheter på en större grupp individer. Detta har vi dock inte gjort på grund av tidsbrist och dessutom anser vi att uppsatsen lätt skulle kunna bli för bred och spretig. Vår intervjuguide hade en tydlig uppbyggnad där vi genom olika frågor ville belysa och forska kring de teman och frågor som vi ville besvara i vår uppsats. Vi valde dock att göra en semistrukturerad intervjuguide vilket innebär att vi som intervjuare hade möjlighet att ställa följdfrågor till våra respondenter. Nackdelen med denna semistrukturerade intervjumetod är att intervjuerna kan skilja sig åt beroende på vilken informant man samtalar med. På så vis kommer inte enbart svaren att skilja sig åt utan även samtalsämnena som belyses under intervjun. Då blir det svårare att transkribera svaren utifrån teman och teorier. Fördelen med de semistrukturerade intervjuerna är dock att vi som intervjuare kunde ställa lämpliga följdfrågor för att få ett bättre sammanhang men också för att kunna anpassa intervjun till den respondent vi intervjuar. Dock fanns det en del följdfrågor och svar som inte blev relevanta för vår studie och för vår tolkning.

Vi vill framhäva vikten och komplexiteten i rollen som intervjuare. Vi menar att man som intervjuare alltid i någon mån påverkar den informant som intervjuas. Genom att vi som intervjuare ställer följdfrågor blir vi även delaktiga i de intervjuer som genomförts och på så vis i den fakta och empiri som senare presenteras och analyseras i uppsatsen. Med detta menar vi att en studie är en relation mellan intervjuare och informanter vilket gör det svårt att framhäva den absoluta sanningen hos informanterna och deras svar. En enkät skulle kunna vara ett gott komplement i detta fall då de inte finns någon motpart som ställer följdfrågor som dessutom är olika från informant till informant. Nackdelen med enkäter skulle dock vara det faktum att svaren från informanternas sida kan bli fyrkantiga och icke nyanserade vilket skulle

försvåra tolkningen och den hermeneutiska tolkningen. Vi vill också reflektera över situationen och dess betydelse för informanten och intervjuare. En och samma informant kanske inte skulle haft samma tankar, idéer och synpunkter i en annan situation trots att frågorna från oss skulle vara detsamma. Vi tror att sådant som stress eller lugn i arbetet kan påverka informantens svar och tankar under ett intervjutillfälle. Har informanten en stressig dag kanske tankarna och uttrycken blir annorlunda än om denne har en lugn dag och tid för reflektioner och eftertanke. På så vis ser vi detta som ytterligare en aspekt på svårigheten att nå fram till absoluta sanningar även om slutsatserna är baserade på fakta och empiri i form av intervjuer och teorier. Genom att vi som forskare har denna medvetenhet är vi säkra på att vår försiktighet och medvetenhet har hjälpt oss att inte göra alltför personliga tolkningar av den empiri som vi har analyserat. Vi tror båda att medvetenhet är det bästa vapnet att använda mot ett problem i detta fall är denna medvetenhet viktig för tolkningen och det faktum att studien skall baseras på informanternas svar och inte våra egna.

Vi försökte förhålla oss till informanterna på ett personligt och empatiskt sätt vilket innebär att vi försökte visa intresse och engagemang för deras tankar, känslor och upplevelser men också gentemot de svar som de gav oss. Man måste dock ta i beaktning att vi har en förförståelse för hur det är att arbeta med döende människor vilket kan ha påverkat vårt bemötande gentemot dessa informanter. Ett misstag vi kom på sent under uppsatsen var att det kanske hade varit bättre att ha en mer avgränsad frågeställning som sedan skulle besvaras i analysen. Detta eftersom det finns en begränsning hur lång uppsatsen får vara och därmed skapade det en viss stress och press för oss att inte överskrida antalet sidor i för stor uträkning.

En annan aspekt på vår uppsats är valet av informanter. Det var svårt till en början att finna rätt antal informanter. Efter mycket letande och engagemang från vår sida med hjälp av vissa viktiga personer fick vi tag i tillräckligt många informanter men som inte alla arbetade på samma avdelning eller vårdenhet. Detta kan ses som både negativt och positivt. Å ena sidan kommer inte informanterna att påverka varandra i samma uträkning som om de kände varandra i arbetslivet. Varje grupp är unik och därmed är det intressant att höra individer från olika grupper att uttala sig. Å andra sidan hade det varit intressant att ha en studie som baserades på gruppmedlemmar där

samtliga arbetade på samma avdelning för att kunna se mer tydliga drag av gemensam gruppkultur, normer etc.

Från början ville vi i vår studie enbart intervjua onkologer eftersom vi först ansåg att dessa är de inom vården som har det största ansvaret för cancersjuka människor. Allt eftersom det var svårt att få tag i tillräckligt många onkologer fick vi ändra vår urvalsgrupp där även sjuksköterskor och undersköterskor fick ingå även på ett Hospice. Denna förändring av urvalsgrupp anser vi har berikat vår uppsats. Hade vi enbart intervjuat onkologer så hade vi också inte fått samma förståelse för vårdpersonalens arbete i sin helhet. Genom att också intervjua sjuksköterskor och undersköterskor fick vi en förståelse för hur olika typer av arbeten inom vården ser ut där den gemensamma nämnaren är mötet med döende människor. Både onkologerna och sjuksköterskorna möter patienterna i sitt yrkesliv men på olika sätt när det gäller behandling och antalet möten. På så vis gav dessa olika svar också olika infallsvinklar på arbetet.

Denna studie har till stor del bekräftat vår förförståelse om hur det är att arbeta med döende patienter. Studien har visat att de i många fall kan vara emotionellt betungande, givande, stressfullt men också att gränserna mellan yrkesrollen och privatpersonen är svåra att dra. Denna förförståelse och uppfattning hade vi från första början. Å andra sidan har vår förståelse också förändrats. Vi har förstått att reaktionen till patienten är väldigt central för hur vårdgivaren mår och förhåller sig till patienten. Denna aspekt tänkte vi inte på från första början i vår förståelse innan vi började med studien. Likaså hade vi båda inte samma uppfattning om hur de sociala banden och gemenskapen på arbetsplatsen påverkade vårdgivarens välmående. Vi tänkte båda att gemenskap och sociala band i dessa yrken ser ut som på många andra håll men genom denna studie har vi förstått att gemenskap och sociala band har stor betydelse för den enskilde vårdgivaren i sitt yrkesliv. Självklart behöver inte gemenskapen vara god i alla vårdyrken men i vår studie har vi sett detta som en tydlig gemensam nämnare hos alla våra åtta informanter.

Sist men inte minst har vi också upptäckt att alla av våra informanter säger sig inte ha en arbetsbeskrivning. Innan denna studie genomfördes trodde vi båda att det fanns tydliga och klara riktlinjer för hur vårdpersonalen skall arbeta både när det gäller arbetsuppgifter men också bemötande av patienter. De har under studiens gång visat

sig att så inte är fallet. Detta har förvånats oss båda eftersom denna avsaknad av arbetsbeskrivning ger vårdpersonalen ett stort ansvar att själva bedöma hur de ska utföra sitt arbete på ett korrekt sätt. Dessutom ville vi väcka reflektion och medvetenhet hos våra informanter genom våra frågor som förhoppningsvis skulle få dem att tänka till och kanske få nya insikter.

## **9. Källförteckning.**

Allwood et al (2011) *Vetenskapsteori för psykologi och andra samhällsvetenskaper*. Studentlitteratur AB. Första upplagan. ISBN: 9789144006086

Birkler, Jacob (2012) *Vetenskapsteori*. Liber. andra upplagan. ISBN: 9789147019939

Bryman, Alan (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Liber. andra upplagan. ISBN: 9789147090686

Goffman, Erving (1959). *Jaget och Maskerna*. Norstedts. femte upplagan. ISBN: 9789113025223

Hochschild, Arlie R. (1983). *The Managed Heart: The Commercialization of Human Feeling*. Berkeley: The University of California Press. Andra upplagan. ISBN: 9780520239333

Scheff, Thomas J (1994). *Microsociology*. New ed upplaga. The University of California Press. ISBN: 9780226736679

Aspegren, Knut, ”Lär läkaren att samtala rätt”, *Läkartidningen* Nr. 24 – 25, 2006, s.1954 - 1955

Salander, Pär, ”Cancerbeskedet – mer en fråga om relation än om information”, *Läkartidningen* Nr. 7, 2003, s.510 - 512

Aspegren, Knut m.fl., ”Läkare måste utbildas i att ge svåra besked”, *Läkartidningen*, Nr. 14, 1998, s. 1547 – 1548, 1552

Hedbäck, Sara, ”Cancerbesked per telefon är fortfarande vanligt”, Läkartidningen Nr. 3, 2004, s.172

Karlberg, Lena och Lindberg, Carl, ”En utbildningsinvestering som lönar sig”, Läkartidningen Nr. 40, 2004, s. 3072 – 3074

Kalicinska, Marta m.fl. ”Professional burnout and social support in the workplace among Hospice nurses and midwives in Poland”, Internation Journal of Nursing practice Nr. 18, Tema: 6, 2012, s. 595 – 603

## 10. Bilaga: Intervjuguide

*Frågeställning: Hur hanteras och gestaltas sociala relationer till patienter, kollegor och hur påverkar dessa relationer människor i privatlivet samt i yrkeslivet?*

**Vi tänkte först att du berättar lite om dig själv, vad arbetar du med nu och hur länge du har arbetat här?**

**1. Vad fick dig att välja just det yrket du har idag?**

**2. Hur ser du på din yrkesroll som sjuksköterska? Vad finns det för förväntningar och krav på dig som sjuksköterska?**

**3. Sedan tänkte vi på om du har någon arbetsbeskrivning som ger dig direktiv för vad och hur du ska arbeta i din yrkesroll?**

**4. Men på den här avdelningen antar vi att det finns annan personal som kuratorer förutom läkare och sjuksköterskor. Skiljer sig din roll mycket från t.ex. kuratorn tycker du? (på vilket sätt?)**

**5. Hur kommer det sig att du hamnade just här på Hospice?**

**6. Det är bra värdegrundsord tycker vi. Kan du berätta lite hur du upplever mötet med människor som är döende, det måste ändå ställa stora krav på dig som yrkesutövare och medmänniska?**

**7. Finns det något stöd bland dina kollegor när ni behöver prata av er? (samt hur ofta?)**

- Sedan talar ni även då sinsemellan på mindre bestämda tider, utan mer spontant då eller?

**8. Vi tänkte på den eventuella utbildning som ni får som rör svåra samtalsämnen med patienterna. Har dessa eventuella utbildningar förändrats genom ditt yrkesliv? Hur gick en sådan utbildning ut för dig? (samt hur lång tid?)**

**9. Vi antar att det kan vara svårt att distansera sig till patienter om man träffar denne under en längre period exempelvis flera år. Om du som sjuksköterska träffar en patient under flera år hur utvecklas relation mellan er?**

- Men hur bygger man ihop en relation till dem anhöriga, när det är så snabbt tänker vi?

**10. Upplever du att relationen till henne blir svårare än dem som är här bara vi säger två veckor?**

- Till patientens anhöriga, hur förhåller man sig där? För ni har troligtvis träffat dem många gånger också?

**11. Men om vi tänker såsom här, hur gör man för att vara både professionell och medmänsklig i det här arbetet? Att det inte blir för mycket av det ena eller det andra?**

- Går det helt alltså 100 procent tror du?

**12. Den frågan svarade du ju på då att det är kortare möten så blir det inte samma bindning?**

**13. Hur hanterar du patientens eventuella oro, förtvivlan och chock i mötet med denna sjuka människa? (Hur påverkar detta i så fall dig?)**

- Men kan ni t.ex. stänga av en vi säger respirator eller liknande om patienten ber om det?

**14. Upplever du att du hanterar dem här svåra situationerna på ett annorlunda sätt idag än när du var nyexaminerad?**

- Om du jämför hur det var i början när du mötte människor som var döende?

- Men kan du känna ibland att du nästan tvingas vara medmänsklig för att den här personen är utsatt även om du inte själv klarar av det just då?

- Men känner du ibland att du inte orkar med alla krav som ställs på dig? Att nu orkar jag inte längre vara medmänsklig, nu vill jag bara switch av allting?

**15. Händer det t.ex. att du funderar över en patients hälsa och tillstånd när du inte arbetar?**

- Men när du ser den här då förnekelsen som kanske finns, väcker det några känslor i dig att den här personen inte förstår vad som väntar?

**16. Tror du att sådant som stress och nedskärningar inom vården påverkar ditt förhållningssätt och ditt bemötande gentemot patienten?**

**17. Men vi tänker så här, umgås ni privat på den här avdelningen?**

**18. Skiljer det sig då vad ni pratar om privat gällande samtalsämnena?**

**19. Men t.ex. vi säger då i lunchsalen, när ni äter lunch tillsammans. Vad talar ni om då?**

**20. Men om du jämför då vi säger lunchrasten och privat, är det ungefär samma samtalsämnen?**

- Påverkar exempelvis miljön?

- Vi tänkte på er kollegor. Arbetar ni i team eller hur fungerar det här?



- Om ni arbetar i grupper hur stora är grupperna?

**21. Om vi säger nu att en patient dör. Hur hanterar du det? Vad gör du konkret för att bearbeta dina känslor? Och får distans till det?**

- Slutligen tänkte vi ta upp en sak, förstår din omgivning hur ditt arbete är här?

Oscar Reuterberg

Sandra Anic



Besöksadress: Kristian IV:s väg 3  
Postadress: Box 823, 301 18 Halmstad  
Telefon: 035-16 71 00  
E-mail: [registrator@hh.se](mailto:registrator@hh.se)  
[www.hh.se](http://www.hh.se)