

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

Att inte kunna erbjuda bästa möjliga vård:
Etisk stress hos svenska primärvårdspsykologer

Johan Westberg

Examensarbete 30 högskolepoäng
Psykologprogrammet
PM2519
Höstterminen 2018

Handledare: Lena Låstad

Att inte kunna erbjuda bästa möjliga vård: Etisk stress hos svenska primärvårdpsykologer

Johan Westberg

Sammanfattning. Föreliggande studie undersöker hur ofta etisk stress förekommer hos svenska primärvårdpsykologer och ifall deras upplevda etiska stress påverkar deras intention till uppsägning. Data samlades in via en enkät. Resultaten visar signifikanta samband mellan etisk stress och intention till uppsägning, men etisk stress påverkar inte psykologers intention att säga upp sig från arbetsplatsen när studiens andra variabler kontrolleras för. Textsvaren till en öppen enkätfråga kodades genom tematisk analys och resulterade i tre huvudteman: 1. vårdcentralens riktlinjer försämrar behandlingsresultatet, 2. bristande samarbete och 3. patienter fastnar mellan vårdinstanser. Resultatet från den öppna frågan visar att det finns fler situationer än det som presenterades i enkäten som ger upphov till etisk stress bland respondenterna.

New public management (NPM) har satt sin prägel på offentlig sjukvård i Sverige de senaste åren för att tids- och kostnadseffektivisera sjukvården (Milton, Revelly, & Siven, 2018). Vårdsystemet är i ständig utveckling, där nya styr- och belöningsystem introduceras för att utveckla vårdkvalitén (Bilanovic & Petterson, 2013). Ett resultat av detta blir att vårdpersonalen sällan känner sig delaktiga i det organisatoriska utvecklingsarbetet och ekonomin får mer fokus än kvaliteten på vården (Bilanovic & Petterson, 2013). Statens offentliga utredning rapporterade att ekonomisk styrning kan göra att primärvårdspersonal känner sig tvungna att arbeta på ett specifikt sätt för att generera pengar till arbetsplatsen, trots att detta inte är det bästa för patienten (SOU 2016:2). 2012 hade alla landsting förutom Jämtland målbaserad ersättning till primärvården (Anell, Nylinder & Glenngård, 2012). Detta är något som har rapporterats påverka primärvårdpsykologer (Leander & Nellde, 2014; Bergmark & Carlin, 2016), då etiska dilemman kan uppstå som psykologen är oförmögen till att lösa på grund av organisatoriska riktlinjer. Detta resulterar i att psykologen inte kan arbeta på det sättet som anses vara mest lämpligt för patienten, vilket resulterar i att etisk stress uppstår (Leander & Nellde, 2014). Etisk stress definieras som ”en negativ känsla som uppstår när en vårdutförare (här: psykolog) på grund av institutionella/organisatoriska begränsningar inte kan göra vad han eller hon uppfattar som moraliskt korrekt eller bäst för patienten.” (Leander och Nellde, 2014, s. 6). Etisk stress bland psykologer har bland annat rapporterats uppstå när vårdcentralens riktlinjer begränsar psykologens möjlighet att utforma behandlingsupplägget och när ekonomiska incitament påverkar hur en utför sitt patientarbete (Leander och Nellde, 2014).

Ansvarsarbete

År 1957 skapades de första etiska normerna för svenska psykologer och 1987 fastställde de nordiska psykologförbunden gemensamma etiska riktlinjer (Övereeide,

2003). Under 1990-talet utformades gemensamma europeiska riktlinjer för hela psykologkåren, kallade Meta Code of Ethics (MCE), vilket senare låg till grund för de ”Etiska principerna för nordiska psykologer” som antogs av Danmark, Finland, Island, Norge och Sverige 1997 (Övereeide, 2003). De etiska principerna för nordiska psykologer skulle främja förmågan att identifiera, reflektera över, samt hantera etiska dilemman, och var tänkt att hjälpa psykologer att bemöta situationer som kräver en djupare kunskap i etik (Sverne Arvill, Hjelm, Johnsson, & Sääf, 2017). Etiska frågor uppstår när det finns en diskrepans mellan hur den enskilde yrkesutövaren prioriterar sin handling och när denna går stick i stäv med andras intressen (Övereeide, 2003).

Att psykologer identifierar sig med sina etiska riktlinjer har tydliggjorts i en studie av Hadjistavropoulos, Malloy, Sharpe och Fuchs-Lacelle (2010) där psykologer jämfördes med läkare i hur influerade dessa var av yrkeskategorins etiska principer. Författarna använde sig av Forsyths ”Ethics position questionnaire” och fann bland annat att psykologerna drevs mer av de etiska principerna än läkarna. Att inte följa Psykologförbundets fastställda yrkesetiska principer som yrkesverksam psykolog kan resultera i sanktioner från förbundet och i särskilt allvarliga fall leda till att ens yrkeslegitimation blir indragen av Socialstyrelsen (Sveriges Psykologförbund, 1998). Psykologer uppmanas även till en yrkesetisk medvetenhet (Sveriges Psykologförbund, 1998; Övereeide, 2003; Sverne Arvill et al, 2017) då situationer som kan uppstå i arbetet inte alltid går att lösa med ett enkelt svar (Sverne Arvill et al, 2017). Sverige har idag offentliga organ som överser vården för att garantera att vårdkvaliteten upprätthålls och även media och intresseorganisationer granskar att vårdprofessionerna utför sitt arbete korrekt (Övereeide, 2003).

Etisk stress som begrepp

Begreppet moral distress (moralisk stress) myntades 1984 av Jameton i hans bok ”Nursing Practice: The Ethical Issues”. Jameton valde att skriva boken efter att ha diskuterat situationer med sina sjuksköterskestudenter där det var svårt att identifiera vad som var rätt handling att genomföra, som vid vård av döende patienter (Jameton, 2017). Efter Jametons begreppsbildning har ämnet studerats och diskuterats i stor utsträckning (Jameton, 2017) och texter efter Jametons bok har benämnt moralisk stress utifrån flera olika begrepp (moral distress, moral stress, ethical stress, ethical distress) (Juthberg, 2008). Då alla dessa begrepp har sin grund i Jametons moralisk stress (Morley, Ives, Bradbury-Jones & Irvine, 2017) och innehåller en moralisk aspekt där moral, etik och stress involveras väljer Juthberg (2008) att sammanfoga dessa begrepp, vilket även kommer göras i följande avsnitt under begreppet etisk stress.

I Jametons (refererad till i Morley et al, 2017) ursprungliga definition beskrevs etisk stress uppstå när en person vet vad som är moraliskt rätt sak att göra, men institutionella begränsningar gör det omöjligt att genomföra detta. Detta gör att etisk stress skiljer sig från etiska dilemman, då det i ett etiskt dilemma finns det två eller flera identifierade etiskt försvarbara handlingar som går att genomföra men som ger olika konsekvenser (Epstein & Delgado, 2010). Jametons fokus var på de externa påtryckningar som gav upphov till etisk stress (Rodney, 2017). Wilkinson utvecklade Jametons ursprungliga teori med att diskutera de psykologiska effekterna som blir konsekvenser av den etiska stressen (Morley et al, 2017) och definierade etisk stress som, ”psykologisk obalans och negativa känslor som upplevs när en person kommer fram till ett moraliskt

beslut men väljer att inte följa det moraliska beteendet som uppkommer som konsekvens från beslutet” (Wilkinson, 1988, s. 16). Jameton (refererad till i Källemark, Höglund, Hansson, Westerholm, & Arnetz, 2004) utvecklade begreppet ytterligare senare och beskrev två typer av etisk stress, initial- och reaktiv. Initial etisk stress beskrev den kroppsliga reaktionen som uppstod när ett etiskt dilemma hindrade personen att agera som denne vill. Personen kunde då uppleva känslor av ilska, frustration och ångest. Reaktiv stress beskrev reaktionerna som uppstod när personen inte agerade på den initiala stressen, vilket kunde vara gråt, sömnsvårigheter, mardrömmar och nedsatt aptit (Källemark et al, 2004). Senare studier har visat att etisk stress kan komma från inre faktorer, där Rodney (refererad till i Rodney, 2017) visade i en studie att de externa påtryckningarna som gav upphov till etisk stress kunde internaliseras, vilket senare fick negativa konsekvenser i hur vårdpersonalen genomförde sin vård.

Campbell, Grady och Ulrich (2016) sammanfattade vad de menar är vedertaget kring etisk stress bland alla författare idag, nämligen att 1) etisk stress uppstår när en tror sig veta vad det etiskt korrekta handlandet är, men det går inte att agera i linje med detta på grund av interna och/eller externa faktorer, 2) etisk stress kommer i två faser, initial stress och reaktiv stress och, 3) etisk stress uppstår när en blir tvungen att kompromissa med sin moraliska integritet eller gå emot ens värderingar.

McCarthy och Deady (2008) skriver om svårigheterna att navigera kring begreppet etisk stress, då olika teoretiker använder sig av olika förklaringar för begreppet. Jametons fokus var de organisatoriska hindren och dess påverkan (Morley et al, 2017), medan Webster och Baylis (refererad till i McCarthy & Deady, 2008) har beskrivit hur både inre och yttre faktorer kan skapa moralisk stress. Även hur stressen upplevs har beskrivits olika, där upplevelsen har beskrivits som en psykologisk rubbning, psykologisk förvirring eller en smärtsam upplevelse som påverkar kropp, sinne och även ens relationer (McCarthy & Deady, 2008). Hanna (refererad till i McCarthy & Deady, 2008) har ställt sig kritisk till Jameton och Wilkinsons begränsade fokus på den psykologiska påfrestningen, vilket även Lützen och Kvist (2012) har ställt sig kritisk till. Hanna (refererad i McCarthy & Deady, 2008) menar att den etiska stressen kan resultera i en mer utvecklad moralisk karaktär. Lützen och Kvist (2012) menar att moral distress bör separeras från moral stress, där det förstnämnda begreppet enbart innefattar negativa upplevelser medan det sistnämnda kan resultera i en ökad medvetenhet kring moraliska dilemman och gör oss mer handlingskraftiga. Annan kritik som har lyfts mot begreppet är att etisk stress kan distrahera kliniker från sina etiska förpliktelser om de väljer att fokusera på sina känslor istället för det som bör göras och att forskning om etisk stress bör fokusera på vårdpersonals ansvar och inte enbart på känsloreaktioner, för att förbättra förutsättningarna för personalen att agera etiskt korrekt (Rodney, 2017).

Författarens definition av etisk stress

I denna uppsats används Leander och Nelldes (2014, s. 6) definition, nämligen: ”Etisk stress definieras som en negativ känsla som uppstår när en vårdutförare (här: psykolog) på grund av institutionella/organisatoriska begränsningar inte kan göra vad han eller hon uppfattar som moraliskt korrekt eller bäst för patienten.”, då uppsatsens fokus är att studera de organisatoriska och inte de psykologiska, hinder som eventuellt kan påverka psykologers arbete.

Situationer som ger upphov till etisk stress

Sedan Jameton publicerat sin bok om etisk stress har många studier bland sjuksköterskor gjorts på fenomenet. Området är understuderat när det kommer till övrig hälso- och sjukvårdspersonal. För att mäta etisk stress bland sjuksköterskor utvecklade Corley (2001) moral distress scale (MDS). Corley (2002) har funnit att tidsbrist samt organisatoriska riktlinjer låg till grund för sjuksköterskors upplevelse av etisk stress. Liknande resultat har funnits av Källemark, Höglund, Hansson, Westerholm och Arnetz (2003). Andra situationer som har visat gett upphov till etisk stress bland sjuksköterskor är att genomföra onödiga test och behandlingar (Patti, 2007), behandla patienter som vårdutövaren inte känner sig tillräckligt kompetent för att behandla (Patti, 2007), lägre tillfredsställelse med arbetsplatsens utvecklingsmöjligheter (de Veer, Francke, Struijs & Willems, 2013), lägre nivå av autonomi och självbestämmande i arbetet (Georges & Grypdonck, 2002; de Veer et al, 2013), samt en upplevd diskrepans mellan vården som sjuksköterskorna vill ge och den vården som kan erbjudas (de Veer et al, 2013). Källemark et al (2004) fann även att etisk stress kan upplevas även när en inte visste vad som var det korrekta handlandet i situationen.

Sjuksköterskor på arbetsplatser med instrumentellt ledarskap har rapporterat högre nivåer av etisk stress (de Veer et al, 2013). Arbetsplatsens arbetsmiljö har visat påverkat förekomsten av etisk stress, då bristfälligt stöd från ens chef, bristande samverkan med arbetskollaboratorer, ifall ens arbetsplats är uttalat prestationsinriktad och ifall personalen känner sig överarbetade, ökade stressupplevelsen (de Veer et al, 2013). Bristande vidareutbildning och tydliga direktiv från chef och ledning har även visat ge upphov till etisk stress (Arnetz, 2001)

Det har inte funnits något samband mellan etisk stress och kön när sjuksköterskor har studerats (Elpern, Covert, & Kleinpell, 2005; Meltzer & Huckabay, 2004), och sambandet mellan etisk stress och antal år inom yrket bland sjuksköterskor har fått olika resultat (Elpern et al, 2005; Meltzer & Huckabay, 2004; de Veer et al, 2013).

I ett examensarbete av Leander och Nelde (2014) intervjuades tolv primärvårdpsykologer som arbetade inom Västra Götalandsregionen kring sin upplevelse av etisk stress. Resultaten visade att vårdcentralens riktlinjer kring behandlingens längd kunde ge upphov till etisk stress. Andra etiskt stressade situationer var när remitterade patienter inte godtogs av andra vårdinstanser, krav att genomföra behandlingsförsök innan remiss till annan vårdinstans, bristande vidareutbildning vilket resulterade i att psykologerna inte upplevde sig ha tillräcklig kunskap för att behandla patientgruppen, samt ekonomiska incitament där vårdcentralens krav på ekonomisk vinning påverkade psykologernas val av metod, behandlingens längd, val av instrument, samt diagnosättning.

Konsekvenser av etisk stress och intention till uppsägning

I Leander och Neldes (2014) intervjumaterial beskriver några psykologer att frustration uppstod när en inte har möjlighet att använda all sin kompetens på grund av de organisatoriska begränsningarna. Psykologerna beskrev även att det skapade en känsla av påfrestning att representera en organisation med många problem. Andra konsekvenser av etisk stress bland sjuksköterskor har visat sig vara att personal inte konfron-

terar de etiska problemen utan håller upplevelsen för sig själv, agerar mot organisationens riktlinjer i hemlighet, väljer att lämna arbetsplatsen (Austin, Bergrum & Goldberg, 2003), samt ett ökat patientundvikande (Gutierrez, 2015).

Ingen forskning har hittills gjorts kring sambandet mellan etisk stress och intention till uppsägning bland psykologer. Studier har dock gjorts på sjuksköterskor för att undersöka detta samband, där olika resultat har rapporterats (Fogel, 2007; Shoorideh, Ashktorab, Yaghmaei & Majd, 2015; Schluter, Winch, Holzhauser & Henderson, 2008). I en metaanalys av Schluter et al (2008) kunde de konstatera att det troligtvis finns ett samband mellan etisk stress och högre personalomsättning, men att detta är ett understuderat område där fler empiriska studier behövs. Corley (2002) redovisade att 80 % av de undersökta sjuksköterskorna hade upplevt medium till höga nivåer av etisk stress i sitt arbete och av dessa hade 15 % lämnat en tidigare arbetsplats på grund av den upplevda etiska stressen. I en intervjustudie fick sjuksköterskor beskriva effekten av etiskt stressande situationer (Elpern, Covert, & Kleinpell, 2005). Respondenterna beskrev att dessa situationer gjorde det mer motvilligt att ta sig till jobbet, de fick tankar om att säga upp sig från arbetsplatsen, funderade på att lämna yrket helt och hade tankar om att jobba färre timmar.

Andra faktorer som är förknippade till ökad intention till uppsägning är etiskt klimat (Hart, 2005) - vilket är organisatoriska förutsättningar för att hantera svåra etiska patientproblem- samt även jobbtillfredsställelse (De Gieter, Hofmans & Pepermans, 2011) och utbrändhet (Leiter & Maslach, 2009). Alla dessa tre faktorer är associerade med etisk stress (Schluter et al, 2008).

Hög personalomsättning är dyrt (Vision, 2015), vilket även har konstaterats i studier där hög personalomsättning bland sjuksköterskor har studerats (Hayes, 2006). När fackförbundet Vision (2015) gjorde en beräkningsmodell för vad kostnaden blir när till exempel en socialsekreterare slutar och ska ersättas, kom de fram till att summan för hela processen blir ungefär 542 700 kronor. Inräknat i den summan är rekryteringskostnader, tid som läggs ner vid rekrytering, introduktionskostnader med eventuella utbildningar, inskolningskostnader - då det är skillnad i arbetsinsats mellan en ny och erfaren anställd, samt kostnader för avveckling och vakansperioder för den tidigare anställda. Det är därför rimligt att anta att även en hög personalomsättning bland psykologer blir kostsamt, då arbetsgivaren blir tvungen att genomgå samma rekryteringsprocess som granskades i Vision (2015). Leiter och kollegor (1998) fann att patienter där sjuksköterskorna upplevde sitt jobb som meningsfullt rapporterade högre kvalitet på vården de erbjöds och där patienterna upplevde sämre vårdkvalité rapporterade sjuksköterskorna en högre nivå av utmattning. IVO (2017) har även rapporterat att hög personalomsättning bland läkare och sjuksköterskor kan få konsekvenser för patientsäkerheten.

Psykologers utsatta roll

Försäkringskassan (Socialförsäkringsrapport 2014:4) rapporterade att psykologer är en av yrkesgrupperna där det påbörjas flest sjukskrivningar med psykiska besvär per anställd år 2012. De skriver i sin rapport att det finns flera anledningar till varför just denna yrkeskår har många sjukskrivningar och en av dessa förklaringar kan vara dålig psykosocial arbetsmiljö där den anställda har höga krav och låg kontroll över sitt arbete. Liknande slutsatser drar Psykologtidningen (Kriisa, 2017) i ett reportage kring sjukfrånvaro, där de skriver att allt fler psykologer sjukskriver sig och att sjuk-

frånvaron är hög bland psykologer jämfört med andra yrkeskårer. I artikeln kopplar författarna sjukskrivningarna till de nya strukturella utmaningarna som psykologer möter i arbetet, samt de yrkesetiska utmaningarna som är ett resultat av att arbetsramarna blir snävare. I samma artikel skriver en representant från Etikrådet att fler etiska frågor rapporteras 2017 jämfört med 2009. Frågorna från psykologerna beskriver bland annat arbetsmiljö där ens autonomi har begränsats och hur psykologerna försöker kompensera för bristande organisationsstrukturer vilket påverkar deras återhämtning. Kälvemark et al (2004) skriver att organisationer inom hälso- och sjukvården ofta saknar riktlinjer samt vidareutbildning för personal i hur etik och etiska dilemman ska bemötas. Detta gör det svårare för personal att hantera sådana situationer, vilket i sin tur ökar stressnivån.

I en rapport där Bergmark och Carlin (2016) kartlade region Skånes primärvårdpsykologers uppfattning om sina arbetsplatser framkommer det att psykologerna sjukanmäler sig betydligt mer än Skånes övriga psykologer, 21.64 sjukfrånvarodagar per halvår jämfört med 12.37 dagar.

Undersökningar gjorda bland primärvårdpsykologer

I Bergmark och Carlins kartläggning av primärvårdpsykologer inom Skånes region (2016), där 31 psykologer svarade på den utsända enkäten, undersöktes hur regionens vårdcentraler använde psykologfunktionen. Resultat visar att två tredjedelar av psykologerna hade blivit informerade om arbetsplatsens produktionsmål. Cirka hälften av psykologerna bedrev sina behandlingar utifrån vårdval psykoterapi på grund av den ekonomiska ersättningen detta gav. En tredjedel av psykologerna rapporterade att de hann med sitt arbete till stor del. Resultatet av att inte hinna med arbetet var att inte träffa patienter i den utsträckningen de ville och en del behandlingar blev därmed avslutade i förtid. Ungefär två tredjedelar rapporterade att de till stor del hade möjlighet att lägga upp arbetet som de ville, men att arbetsplatsens kvantitativa produktionsmål samt vårdval psykoterapi begränsade dem. Knappt tre fjärdedelar svarade att de får stöd av chef och ledning ”till stor del”, medan de andra inte upplevde att de fick stöd. Mer än hälften av psykologerna redovisade att jobbet påverkade deras hälsa utanför jobbet negativt. Psykologerna kunde uppleva frustration över att inte kunna ge rätt insatser trots att de innehade kunskapen samt att arbetsplatsens produktionsmål kunde göra dem stressade. 60 % önskade mer ökat självbestämmande i arbetet, där organisatoriska riktlinjer inte skulle influera deras arbetssätt. Psykologerna inom Skånes universitetssjukhus rapporterade att de blev negativt påverkade av organisatoriska riktlinjer och kände sig pressade att välja en viss typ av behandlingsinsats för att generera pengar till arbetsplatsen och inte för att möta patienternas behov.

I en sammanställning som Nätverk psykolog i primärvården gjorde för att granska primärvårdpsykologers arbetsmiljö framkommer det att hög arbetsbelastning med många patienter och krav på hög produktivitet är vanligt (Sveriges Psykologförbund, 2018). Då köerna till psykiatri ökat får primärvården behandla patienter med svårare problematik. Detta riskerar resultera i etiska dilemman där det uppstår frågor kring hur patienterna som fastnar i kösystemet ska bemötas samt hur många patienter är etiskt, och fysiskt, rimligt att träffa (Sveriges Psykologförbund, 2018).

Det är vanligt att psykologer inom primärvården är ensamma representanter för yrkeskategorin på arbetsplatsen och att en psykolog arbetar på två till tre olika vårdcen-

traler (Sveriges Psykiologförbund, 2016). Detta gör att det blir svårare att få det stöd som behövs. När det finns en obalans mellan krav och arbetsplatsens resurser så ökar risken att personal kompenserar för att motverka bristen, till exempel genom att sänka kvalitén på arbetet eller genom att arbeta mer och längre (Sveriges Psykiologförbund, 2018).

Syfte och frågeställning

Psykologer som yrkeskår har etiska riktlinjer att följa inom professionen. När det finns begränsningar inom organisationen som resulterar i att psykologen inte har möjlighet att agera utifrån sin moral hamnar personen i etiskt stressade situationer som kan upplevas påfrestande. Då vårdcentraler i stort genomgår och har genomgått organisatoriska förändringar som upplevs av psykologerna begränsa hur de kan genomföra sitt arbete, är sannolikheten stor att psykologer upplever etisk stress. Kvalitativa studier har tidigare gjorts på området för att undersöka etiskt stressande situationer för psykologer (Austin, Rankel, Kagan, Bergum & Lemermeyer 2005; Leander & Nellde, 2014), men ingen studie har gjorts för att undersöka förekomsten av etisk stress bland populationen i stort, eller ifall det finns ett samband mellan upplevelsen av etisk stress och sannolikheten för psykologer att säga upp sig från arbetsplatsen. För att undersöka detta är studiens frågeställningar följande:

1. Hur ofta förekommer etisk stress bland psykologer på vårdcentraler?
2. Finns det ett samband mellan etisk stress och psykologernas intention till uppsägning?

Metod

En enkätstudie har gjorts med hjälp av ett bekvämlighetsurval genom en länk i de låsta facebookgrupperna ”Psykologer” samt ”Psykologer i primärvården”. Enkäten avslutades en vecka efter länken delades i facebookgrupperna. Enkäten utformades så att respondenterna var tvungna att svara på frågan, ”arbetar du som psykolog på vårdcentral? och vid ”nej” avslutades enkäten. 100 primärvårdpsykologer svarade på enkäten. Majoriteten av respondenterna var kvinnor (72 %). Majoriteten av respondenterna jobbade inom offentlig vårdcentral (53 %). Medelvärdet för hur länge respondenterna hade varit legitimerade psykologer var 5.71 år. Medelvärdet för hur länge respondenterna hade arbetat på vårdcentral var 2.5 år. Medelvärdet för hur många psykologer som arbetade på ens vårdcentral var 2.2 stycken. En tabell över deskriptiva värden återfinns i Tabell 1.

Instrument

I enkäten presenterades elva etiskt stressade situationer. Situationerna i sin helhet presenteras i Tabell 3. De etiska stressade situationer har skapats för att mäta förekomsten av de olika scenarierna. Situationsbeskrivningarna är skapade utifrån Leander och Nelldes (2014) kvalitativa studie. Respondenterna fick ta ställning huruvida de

har varit med om dessa situationer genom att svara ”ja”, ”nej”, eller ”*varit med om, men situationen påverkade mig inte negativt*”. Förutom dessa scenarier fick respondenterna svara på en öppen fråga där de hade möjlighet att beskriva andra etiskt stressade situationer som inte hade presenterats i enkäten. Av de 100 personerna som svarade på enkäten beskrev 56 primärvårdspsykologer sådana situationer.

För att mäta etisk stress ställdes tre frågor; ifall respondenterna upplevt etiskt stress i sitt arbete, hur förekommande upplevelsen av etisk stress är samt hur etiskt stressade respondenterna har känt sig det senaste halvåret. Respondenterna skattade hur ofta etisk stress upplevs utifrån en 7-gradig Likert skala som sträcker sig från ”*aldrig*” (0) till ”*väldigt ofta*” (7) i frågan hur förekommande upplevelsen av etisk stress är, samt ”*inte alls*” (0) till ”*i stor utsträckning*” (7) i frågan hur etiskt stressade de varit senaste halvåret. En 7-gradig Likert skala används i Corleys moral distress scale (2001) för att mäta etisk stress.

Intention till uppsägning mättes med Sjöberg och Sverkes (2000) validerade skala. Frågorna ”jag känner för att säga upp mig från min nuvarande anställning”, ”jag söker aktivt efter andra jobb” och ”om arbetsmarknadsläget tillät, skulle jag avsluta min nuvarande anställning” mättes med en 5-punktlig Likert skala med svarsalternativen ”stämmer inte alls” (1) till ”stämmer helt” (5) (Cronbach’s alpha = .91).

Studien skapades utifrån en anonym länk via Qualtrics. Ett informationsbrev introducerade respondenterna till enkäten. Att delta i studien var frivilligt och personerna som deltog var tvungen att svara ja på frågan ”vill du delta i studien?” för att få enkätfrågorna presenterade. Informationskravet, samtyckeskravet, samt konfidentialitetskravet uppfylldes. Enkätens informationsbrev bifogas som Bilaga 1.

Databearbetning

Studiens kvantitativa data analyserades med hjälp av SPSS. Deskriptiv statistik användes för att presentera urvalets egenskaper och för att presentera förekomsten av de etiskt stressade situationerna. Pearsons korrelationskoefficient användes för att utforska samband mellan etisk stress och studiens kontinuerliga variabler och point-biserial korrelation för de dikotoma variablerna. En multipel regressionsanalys användes för att predicera huruvida upplevd nivå av etisk stress är relaterat till ens intention till uppsägning. Det kvalitativa materialet tematiserades enligt Braun och Clarkes (2006) metod för tematisk analys. Materialet lästes igenom flera gånger och de presenterade scenarierna kodades för att sedan kategoriseras in i teman. Dessa teman reviderades och bearbetades tills tre huvudteman skapades. Av dessa tre huvudteman skapades underteman till två. Studiens olika teman presenteras i Tabell 6.

Resultat

Tabell 1.
Deskriptiv statistik över studiens deltagare

Sampelkategorier	N	%	Nivå av etisk stress senaste halvåret (M)	Förekomst av etisk stress i arbetet (M)
Kön				
Man	24	24 %	3,85	4,05
Kvinna	76	76 %	4,75	4,78
Typ av vårdcentral				
Offentlig	56	56 %	4,75	4,75
Privat	44	44 %	4,40	4,48
Arbetade år på vårdcentral				
0-1	42	42 %	4,61	4,53
2-3	36	36 %	4,48	4,55
4-5	16	16 %	4,94	5,00
6+	6	6 %	3,60	4,20
Antal år som legitimerad psykolog				
0-3	51	51 %	4,49	4,60
4-9	27	27 %	4,81	4,65
10-30	22	22 %	4,38	4,48
Antal psykologer på arbetsplats				
0	31	31 %	4,97	4,74
1	30	30 %	4,44	4,63
2-3	27	27 %	4,38	4,58
4-7	9	9 %	4,38	4,38
8+	3	3 %	2	2

Etiskt stressade situationer

Tabell 2 visar de etiska scenarion som respondenterna tog ställning till i enkäten. 92 av 100 primärvårdpsykologer rapporterade ha upplevt etisk stress i sitt arbete. Den mest frekventa etiskt stressande situationen var att ha behandlat en patient som andra vårdinstanser hade kunnat behandla bättre. Hälften av respondenterna upplever sig ha blivit etiskt stressade av att inte ha fått tydliga direktiv från ledning kring hur det psykologiska arbetet ska utföras och upplever sig inte ha fått vidareutbildning för att kunna behandla patienterna som möts inom primärvården. Över hälften av respondenterna upplevde sig ha remitterat en patient vidare med vetskapen att denne kommer fastna mellan vårdinstanser. Mer än hälften har upplevt etisk stress efter organisatoriska påtryckningar att träffa fler patienter. De två minst frekventa etiskt stressade situationerna berörde ekonomiska påtryckningar, där mindre av en femtedel av respondenterna hade satt fler diagnoser för att generera pengar till arbetsplatsen samt mindre än en tiondel rapporterade ha gett ut formulär för att generera pengar.

Tabell 2.

Översikt över enkätens presenterade etiskt stressade situationer samt frekvenser för svarsalternativ i N och %

Etiskt stressade situationer	Ja	Nej	Varit med om, men situationen påverkade mig inte negativt
Behandlat en patient som andra vårdinstanser hade kunnat behandlat bättre	70 N 70 %	26 N 26 %	4 N 4 %
Fått tydliga direktiv från chef och ledning kring hur mitt arbete ska utföras	30 N 30 %	59 N 59 %	11 N 11 %
Upplevt organisatoriska påtryckningar att träffa fler patient än vad jag klarat av	59 N 59 %	39 N 39 %	2 N 2 %
Remitterat en patient trots att jag vet att denne kommer falla mellan stolarna mellan vårdinstanser	54 N 54 %	45 N 45 %	1 N 1 %
Fått tillräcklig vidareutbildning från min vårdcentral för att kunna behandla patientgrupperna jag möter	42 N 42 %	49 N 49 %	9 N 9 %
Givit färre antal sessioner än vad jag egentligen velat till en patient för att följa vårdcentralens riktlinjer och rutiner	45 N 45 %	52 N 52 %	3 N 3 %
Använt mig av en behandlingsmetod i patientarbetet som inte varit bäst lämpad för patientens problematik	29 N 29 %	64 N 64 %	7 N 7 %
Remitterat en patient till en annan vårdinstans trots att jag vet att dennes sjukdomstillstånd då kommer försämrats	26 N 26 %	72 N 72 %	2 N 2 %
Använt mig av en behandlingsmetod i patientarbetet som jag inte haft tillräcklig kompetens för att använda	25 N 25 %	71 N 71 %	4 N 4 %

Etiskt stressade situationer	Ja	Nej	Varit med om, men situationen påverkade mig inte negativt
Givit fler diagnoser till en patient än vad som varit nödvändigt för att generera pengar till arbetsplatsen	15 N 15 %	83 N 83 %	2 N 2 %
Lämnat ut formulär till en patient som inte varit aktuella för dennes problematik för att generera pengar till arbetsplatsen	8 N 8 %	92 N 92 %	0 0 %

Korrelationer mellan studiens variabler och etisk stress

Ett signifikant samband mellan kön och nivå av etisk stress det senaste halvåret återfinns (Tabell 4). Inget signifikant samband hittades mellan typ av vårdcentral, arbetade år på vårdcentral, antal år som legitimerad psykolog, antal psykologer på arbetsplats med varken etisk stress eller intention till uppsägning (Tabell 4). Signifikanta samband återfinns mellan intention till uppsägning och förekomst av etisk stress samt nivå av etisk stress senaste halvåret (Tabell 4).

Tabell 4.

Korrelationer mellan studiens variabler (Point-biserial korrelation för korrelationer mellan kön samt typ av vårdcentral och studiens övriga variabler. Pearsons produktkoefficient används för övriga variabler.)

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Kön - man (1), - kvinna (2)								
2. Typ av vårdcentral - offentlig (1), privat (2)	0,24*	-						
3. Arbetade år på vårdcentral	-0,19	0,00	-					
4. Antal år som legitimerad psykolog	-0,06	0,20*	0,50**	-				
5. Antal psykologer på arbetsplats	-0,15	-0,07	-0,16	-0,03	-			

6. Förekomst av etisk stress	0,14	0,12	-0,01	0,02	-0,16	-	
7. Nivå av etisk stress senaste halvåret	0,22*	0,14	-0,06	0,01	-0,19	0,92**	
8. Intention till uppsägning	0,15	-0,06	-0,01	-0,04	-0,16	0,45**	0,47**

*Korrelation är signifikant för 0,05 nivå (tvåsidig)

**Korrelation är signifikant för 0,005 nivå (tvåsidig)

Etisk stress och intention till uppsägning

Studiens andra frågeställning berörde relationen mellan nivån av upplevd etisk stress och psykologens intention att säga upp sig från jobbet. Resultatet från en multipel regressionsanalys visar att hur ofta en känner sig etiskt stressad i arbetet inte är relaterat till starkare intention till uppsägning ifall nivån av etisk stress, kön, år som legitimerad, arbetade år på vårdcentral, antalet psykologer på arbetsplatsen, samt ifall en arbetar på offentlig eller privat vårdcentral, kontrolleras för (Tabell 5). Nivån av etisk stress senaste halvåret är inte heller relaterat till intention till uppsägning när de andra variablerna kontrollerades för (Tabell 5). De sju variablerna förklarar 20 % av variansen i intention till uppsägning.

Tabell 5.

*Multipel regressionsanalys. Beroende variabel: Intention till uppsägning (n = 91)
Standardiserade b-koefficienter, standardfel inom parentes.*

Oberoende variabler	
Förekomst etisk stress	0,14 (0,19)
Nivå av etisk stress senaste halvåret	0,35 (0,19)
Kön (man)	0,08 (0,32)
År som legitimerad	-0,03 (0,03)
Arbetade år på vårdcentral	0,02 (0,07)
Antal psykologer på arbetsplats	-0,06 (0,06)
Offentlig eller privat vårdcentral	-0,16 (0,26)

$R^2 = .26$, adj. $R^2 = .20$, $F(7, 84) = 4.29$, $p = .000$

Andra situationer som ger upphov till etisk stress

I den öppna frågan framkommer det att det finns flera situationer som inte presenterades i enkäten som kan resultera i att psykologerna upplever etisk stress. En

stor del av svaren berörde de långa vårdköerna och konsekvenserna detta får för psykologerna samt resursbristen som de upplevde finns på deras arbetsplatser. Andra etiskt stressade situationer beskrevs uppstå i mötet till andra vårdinstanser, där många respondenter beskrev en bristande tillit till psykiatrin och det behandlingsarbete som utförs där. Det finns en skepticism till att patienten skulle få rätt behandling och bli hjälpt inom de andra vårdinstanserna. De remisser som skickades vidare till specialistpsykiatrin kunde även komma tillbaka, även om psykologerna var säkra på att dessa tillhörde psykiatrin. Psykologerna kunde även uppleva att arbetskolllegorna från andra professioner i vissa fall försökte påverka deras arbetssätt och styra vilka behandlingsmetoder som borde genomföras, vilket gav upphov till etiskt stressande situationer. Respondenterna rapporterade även att vissa riktlinjer som upplevdes som tvång kunde begränsa deras autonomi och att dessa riktlinjer inte alltid verkade till patientens fördel.

Resultatdelen från den öppna frågan sammanställs i Tabell 6, där analysens teman och underteman presenteras.

Tabell 6.

Översikt över huvudteman med tillhörande underteman.

Huvudtema	Undertema
1. Vårdcentralens riktlinjer försämrar behandlingsresultatet	
2. Bristande samarbete	2.1. Bristande samarbete med andra vårdinstanser 2.2. Arbetskolllegor påverkar psykologens arbete 2.3. Patienter fastnar mellan vårdinstanser
3. Tidsbrist	3.1. De långa köerna och dess konsekvenser 3.2. Ensam representant för sin profession

1. Vårdcentralens riktlinjer försämrar behandlingsresultatet

I den öppna frågan beskrev respondenter hur vårdcentralens riktlinjer begränsar dem från att göra det som skulle vara bäst för den enskilde patienten. Att vara tvungen att genomföra behandlingsförsök, alternativt genomföra extra bedömningsamtal, innan remittering till psykiatrin ansågs vara problematiskt, inte minst med traumapatienter där det finns risk för återfall som primärvårdspyskologen inte får möjlighet att behandla.

”När jag måste motivera patienter att gå igenom ett ytterligare bedömningsamtal på centraliserad bedömningsenhet bara för att komma vidare till öppenvårdspyskiatrin där de ofta får mindre kvalificerad behandling än vad jag kan erbjuda. Retraumatiseringsrisk.” (Respondent 54).

Respondenterna beskriver att etisk stress kan uppstå vid remittering av patienter till psykiatrin när dessa behöver en längre samtalskontakt. Primärvårdpsykologen kan ha färdigheter och kunskaper för att hjälpa patienten, men då vårdcentralens fokus är på korta behandlingsinsatser hamnar detta utanför deras uppdrag. Dessa patienter remitteras vidare till psykiatrin och det finns en risk att de får vänta på behandling.

En respondent beskriver hur Region Skånes karenstid på tolv månader påverkar behandlingsresultat och hur etiska dilemman uppstår vid val av att avsluta patienten. När patienten avslutas inom primärvården har denne ingen möjlighet att få uppföljande samtal vid sjukdomsförsäkring, då vårdcentralen inte får ekonomisk ersättning ifall en patient återupptas.

2. Bristande samarbete

2.1. Bristande samarbete med andra vårdinstanser. Flera respondenter beskriver en bristande tillit till psykiatrin och den behandling psykologerna där genomför. Flera beskriver att de vet vilken insats som hade varit bäst för patienten, men då detta innefattar en längre behandlingskontakt känner de sig tvungna att remittera vidare till psykiatrin, där de är rädda att patienten inte får den bästa möjliga hjälpen som de själva hade kunnat erbjuda. Det beskrevs också hur det finns bristande samsyn mellan vårdinstanserna i vilka som skulle göra vad, där de olika vårdinstanserna menade att den förväntade insatsen inte skulle genomföras av dem, utan av den andre.

”/.../ Antingen försvårar övertagande eller jag misstänker att patienten riskerar att få sämre behandling (stödsamtal) i psykiatrin men pat är i för risigt skick eller har stora funktionsnedsättningar och behöver träna grundläggande färdigheter som vi inte kan göra på primärvårdsnivå /—/.” (Respondent 55).

2.2. Arbetskollegor påverkar psykologens arbete. Bristande samarbete och insyn i varandras arbete på arbetsplatsen med andra yrkesprofessioner och med chef beskrivs också skapa etiskt stressande situationer. Scenarion där ledning, kollegor och psykolog har olika föreställningar kring vad som behövs i olika behandlingssituationer upplevs påfrestande. I många av dessa fall beskrivs det hur arbetskollegorna inte hade koll på hur det psykologiska arbetet genomförs, vilket skapade påfrestande situationer som psykologen var tvungen att ta ställning till. Kollegor och ledning beskrivs i vissa fall ha en förväntning på att psykologen skulle behandla patienter som bedömdes av respondenten inte behöva psykologisk hjälp eller att psykologen skulle erbjuda behandlingsinsatser som inte ansågs vara lämpliga. I två fall beskrivs det hur chef jämförde psykologernas arbetstempo med varandra och uppmanat psykologerna att arbeta lika effektivt som den psykologen som arbetade ”snabbast”. Respondenter beskrev hur ledning tog organisatoriska beslut som påverkar deras arbete negativt och hur psykologerna inte har möjlighet att påverka och förändra arbetsplatsens riktlinjer kring hur psykisk ohälsa behandlas. Psykologerna beskriver också en bristande tilltro till kollegors arbetsätt och bedömning. Skepticism mot läkare som genomför psykiska bedömningar och där läkare gjort insatser som inte ansetts vara passande, till exempel sjukskrivning som leder till ökad passivitet hos patienten, försatte psykologerna i etiskt dilemman.

”Att det finns förväntningar från patienter, läkare och chef på att jag ska ge stödsamtal som det inte finns någon evidens för, istället för att ge psykologisk behandling till fler. Att chefen inte är insatt i vad jag gör och varför och inte hjälper till i prioriteringar och genomför förändringar på organisationsnivå.” (Respondent 13).

2.3. Patienter fastnar mellan vårdinstanser. Respondenterna beskriver att remisser som skickas till psykiatrin kommer tillbaka till primärvården, vilket är påfrestande för psykologerna. Respondenterna beskriver olika anledningar till varför psykiatrin inte tar emot patienterna, där psykiatrin i deras stad inte är fungerande, att köerna är långa och att psykiatrin anser att patienterna som remitteras bör behandlas inom primärvården.

”Tråkigt med patienter som remitteras till psykiatrin medan sen remitteras tillbaka osv. Många patienter som man känner skulle behöva mer omfattande hjälp tas tyvärr inte emot av psykiatrin och får inte den hjälp dom skulle behöva. Jobbigt!” (Respondent 6).

3. Större inflöde än utflöde

3.1. De långa köerna och dess konsekvenser. De långa vårdköerna rapporteras vara ett etiskt stressande moment, då detta även får implikationer för behandlingsarbetet. Respondenter beskriver svårigheten att förhålla sig till köerna, då den enskilde patienten ställs mot den långa och evigt växande kön. Respondenter förklarar hur de avslutar behandling i förtid för att försöka kompensera för den långa kön, även då patienten hade behövt en längre behandlingsinsats. Att ha sjuka patienter som väntar på hjälp och med vetskapen att dessa troligtvis blir sämre med tiden, anses vara påfrestande och skyndade på psykologernas behandlingsarbete även om ledningen inte uppmuntrat ett effektivare arbete. Att avsluta behandlingarna i förtid kunde också resultera i att patienten inte erbjöds uppföljningssamtal, eller en booster-session, vilket påverkar behandlingsresultatet. De korta behandlingarna påverkar möjligheten att arbeta evidensbaserat och även att följa de nationella riktlinjerna som Socialstyrelsen rekommenderar. Respondenter rapporterar även att vetskapen om att en patient har ett maximalt antal behandlingssessioner påverkade dem negativt. Detta kunde resultera i att psykologen fyller sessionen med olika insatser för att försöka ge patienten så mycket som möjligt innan avslut.

”Man vet att patienter som man inte har träffat ännu väntar på tid och mår dåligt under tiden. På min arbetsplats är det just DET som stressar mig att hålla korta behandlingsserier, inte att chefen lägger sig i hur många gånger jag träffar en patient. Jag kan göra undantag om det behövs. Allt ansvar kring att avgöra vem som får vad och hur mycket ligger på mig.” (Respondent 30).

För att kompensera för det stora inflödet erbjuder vårdcentraler behandlingar som inte alltid ansågs vara i patientens fördel, som gruppbehandlingar där patienten skulle tjäna på en individuell kontakt, eller psykofarmaka där psykologisk behandling anses vara effektivare.

Ett resultat av de långa köerna är att psykologernas schema oftast är fullbokat. Med det stora inflödet av patienter påverkar det möjligheterna att helt styra sina tidsbokningar i de pågående behandlingarna. Psykologer beskriver svårigheter i att hitta

tider mellan sessionerna, där vissa patienter får vänta för länge mellan sessionerna och andra får sessioner för täta inpå varandra. Detta påverkar behandlingsutfallet och den upplevda vårdkvaliteten som ges. Det fullbokade schemat skapade även svårigheter att förbereda inför sina sessioner, vilket även det påverkar vårdkvaliteten.

3.2. Ensam representant för sin profession. Några få respondenter beskrev att vara ensam psykolog kunde skapa etiskt stressade situationer. Vid sjukdom eller semester finns det ingen psykolog som behandlar den psykiska ohälsan, vilket resulterar i att patienter förblir obehandlade under psykologens semesterdagar. Detta skapar etiska dilemman för den ensamme psykologen.

”Att jag är ensam psykolog innebär ju att det inte finns någon annan där när jag är ledig/borta på utbildning. Det kan vara stressande.” (Respondent 56).

Diskussion

I den här studien har förekomsten av etisk stress hos primärvårdpsykologer undersökts. Resultatet från denna studie visar att etisk stress förekommer, och är vanligt, bland respondenterna. Trots detta bör resultatet tolkas med försiktighet, då det är oklart hur generaliserbart denna studies resultat är till resterande svenska primärvårdpsykologer på grund av metodologiska begränsningar.

Det finns stora individuella skillnader i vilka situationer som uppfattas som etiskt stressande bland denna studies respondenter, även om vissa situationer är mer förekommande än andra. Det verkar också eventuellt finnas regionspecifika situationer som ger upphov till etisk stress då regionerna har olika styrmedel (Anell et al, 2012), som därmed verkar påverka psykologernas arbetssätt. Resultaten visar signifikanta samband mellan etisk stress och intention till uppsägning, men etisk stress påverkar inte psykologers intention att säga upp sig från vårdcentralen när studiens andra variabler kontrollerades för, vilket stämmer överens med tidigare studier (Fogel, 2007).

Bristande samsyn och samarbete.

Av de presenterade scenarion var den mest vanligaste etiskt stressade situationen att behandla en patient som andra vårdinstanser hade kunnat behandla bättre. I vissa fall kan en sådan situation uppstå då psykologen är tvungen att genomföra ett behandlingsförsök innan en remiss skickas vidare till specialistpsykiatri. När det inte råder samsyn mellan de olika vårdinstanserna vilka patienter som ska behandlas vart, riskerar det att skapa otydlighet bland behandlarna. En konsekvens av detta kan bli att patienterna fastnar mellan vårdinstanserna. När primärvårdpsykologerna inte erbjuds vidareutbildning för den nya, svårare, patientgruppen men ändå uppmanas att behandla dessa, kan etisk stress uppstå. Liknande resultat har funnits hos sjuksköterskor, där dessa har rapporterat upplevt etiskt stress när de behandlar patienter som de saknar kompetens för (Patti, 2007), och att bristande vidareutbildning ger upphov till etisk stress (Arnetz, 2001; Leander & Nellde, 2014). I vissa fall beskrev respondenter i den öppna frågan en skepticism till psykiatriens behandlingsinsatser, vilket också kan vara en förklaring till varför

vissa psykologer behandlar en patientgrupp som andra vårdinstanser hade kunnat behandla bättre.

Den ensamme psykologen

Avsaknaden av direktiv från chef och ledning kring hur ens psykologiska arbete ska utföras var en vanlig etisk stressad situation bland respondenterna, vilket även har rapporterats av Arnetz (2001). Liknande resultat har även återfunnits i arbetsmiljöundersökningar som har gjorts bland psykologer på vårdcentraler (Sveriges Psykologförbund, 2016). Många psykologer arbetar ensam på sin arbetsplats och får därmed inte stöd i det psykologiska arbetet från andra psykologkollegor. Ifall ledning har bristande kunskaper i hur det kliniska psykologiska arbetet bäst genomförs och ifall det inte finns tydliga direktiv utformade av psykologer, kan etiskt stressade situationer uppstå där arbetskolllegorna från olika professioner tycker olika. Sjuksköterskor på arbetsplatser med bristfälligt ledningsstöd har rapporterat sig ha högre nivåer av etisk stress (de Veer et al, 2013). Avsaknaden av direktiv hur psykisk ohälsa ska behandlas kan även resultera i att vissa arbetsuppgifter hamnar hos fel profession, vilket beskrivs av respondenter i de kvalitativa svaren. Även detta riskerar i sin tur att försämra vårdkvalitén, vilket även det kan resultera i etisk stress.

I enstaka fall rapporterade respondenterna hur chefen uppmanat psykologer att utföra sitt arbete snabbare, vilket gav upphov till etisk stress. Detta visar på bristfällig kunskap kring hur psykologiskt arbete utförs, samt ett ledarskap där resultat är viktigare än kvalitet. Instrumentellt ledarskap, där fokus är på arbetet som ska utföras och inte på personalens behov, är kopplat till etisk stress (de Veer et al, 2013).

Den långa kön

Resultat från studien visar att psykologer har svårigheter att förhålla sig till det stora inflödet av patienter inom primärvården. Majoriteten av respondenterna svarade att de upplevt organisatoriska påtryckningar att träffa fler patienter än vad de klarat av. Även ifall psykologerna inte upplevt pådrivningar från ledning och kollegor att träffa fler patienter beskrev många i den öppna frågan att den växande kön skapade svårigheter i mötet med den individuella patienten, där denne jämfördes med den ökande kön och därmed påverkade behandlingsupplägget. Med bristande stöd från ledning och möjlighet att påverka hur arbetet med psykisk ohälsa genomförs begränsas möjligheten att arbeta efter Socialstyrelsens riktlinjer och även evidensbaserat. Majoriteten av respondenterna rapporterade även att ha gett färre sessioner till patienter för att följa arbetsplatsens riktlinjer. Begränsad autonomi hos sjuksköterskor har även visat ge upphov till etisk stress (Georges & Grypdonck, 2002). Resultatet av de långa köerna kan bli att ett ytterligare dilemma uppstår, där psykologen får ta ställning huruvida de ska ge evidensbaserad och rekommenderad vård till få, eller ge sämre till fler. Tidigare studier på sjuksköterskor har visat att tidsbrist skapar etisk stress (Corley, 2002; Källemark et al, 2004), och med den växande kön och med få psykologer på arbetsplatsen minskar ens möjlighet att påverka det egna schemat och därmed även behandlingarna.

Glappet mellan vårdinstanser

Majoriteten beskrev ha remitterat en patient med vetskapen att denne kommer att fastna mellan vårdinstanser och en fjärdedel beskrev ha remitterat en patient med vetskapen att dennes sjukdomstillstånd kommer att försämrans. Anledningen till detta kan vara många. Köerna till specialistpsykiatrin kan i många fall också vara långa, och som beskrivits i den öppna frågan har vissa psykologer en låg tilltro till behandlingen som genomförs inom psykiatrin, samt att psykiatrin som vårdinstans inom ens region kan vara bristfällig. Det är ett outtalat krav att behandlingens längden inom primärvården bör vara runt tio sessioner (Leander & Nellde, 2014) och därmed bör patienterna som behöver en längre vårdkontakt remitteras. Detta skapar ett etiskt dilemma, då psykologen kan vara tveksam till att patienten får rätt vård inom rimlig tid. Det verkar även finnas bristfälliga riktlinjer, alternativt en bristande samstämmighet kring vilka patienter som ska behandlas inom vilken vårdinstans, och/eller vilka insatser som är rimliga att göra innan patienten remitteras vidare. Inflexibla policys hos organisationer har tidigare rapporterats ge upphov till etisk stress (Austin, 2012). Remisser som skickas till specialistpsykiatrin kommer tillbaka och patienten hamnar i ett vakuum mellan instanser där risken ökar att ens mående försämrans. Detta skapar etiska dilemman då psykologen besitter kunskap och möjlighet att behandla patienten men genom att göra detta går emot arbetsplatsens riktlinjer och vårdcentralens uppdrag. Även detta har tidigare studier visat, då när sjuksköterskor inte kan ge den vården de vill på grund av organisatoriska riktlinjer upplever de etisk stress (de Veer et al, 2013). Att bryta mot dessa riktlinjer för psykologerna, och faktiskt behandla patienten, hjälper den enskilde individen men skapar ytterligare dilemman då patientkän växer.

Avsaknad av vidareutbildning och dess konsekvenser

Nästan hälften av alla respondenter upplevde sig inte ha fått tillräcklig vidareutbildning för att behandla patientgruppen de möter. Tidigare studier på sjuksköterskor har fått liknande resultat, där bristande utbildningsmöjligheter på arbetsplatsen ger upphov till etisk stress (de Veer et al, 2013). Om psykologerna upplever sig sakna kompetensen för att behandla sin patientgrupp och ifall det är få och ibland ingen annan psykolog som arbetar på vårdcentralen, uppstår svårigheter i att erbjuda patienterna bästa möjliga vård. Ifall det samtidigt råder ett bristande samarbete mellan primärvård och specialistpsykiatrin, uppstår ett moment 22 där primärvården saknar kompetens för att behandla patienten och specialistpsykiatrin anser att patienten har för lätt problematik för psykiatrin. En del av respondenterna rapporterade ha använt sig av en behandlingsmodell de inte har haft kompetens för, vilket även har visat gett upphov till etisk stress bland sjuksköterskor (Patti, 2007). Detta kan eventuellt visa på antingen ett försök från behandlarnas sida att försöka utföra insatsen de anser vara bästa möjliga vård till patienten även om inte organisationen gett förutsättningar för det, eller att behandlaren känner sig manad att använda sig av en viss behandlingsform som denne inte känner sig säker i.

Patientens problematik styr inte alltid behandlingsupplägget

En tredjedel av respondenterna rapporterade ha använt sig av en behandlingsmetod i patientarbetet som inte varit bäst lämpad för patientens problematik. Leander och Nelde (2014) rapporterade i sitt examensarbete att primärvårdspsykologer inom VGR kunde känna en outtalad press att använda vissa metoder och i vissa fall kunde detta ge ersättning till arbetsplatsen. Gruppbehandlingar blir mer vanligt inom primärvården (Sveriges Psykologförbund, 2018), vilket kan vara lönsamt för en stor del patienter men inte för alla vilket beskrevs av respondenter i den öppna frågan i detta arbete. I vissa enstaka fall beskrevs det att arbetskollegor och ledning hade en förväntning hur psykologen skulle utföra behandlingsarbetet. Även i detta fall blir det inte psykologens bedömning som påverkar valet av metod, utan påtryckningar utifrån som eventuellt påverkar psykologens metodvalfrihet. Resultatet blir att psykologens autonomi blir begränsad, där ens kunskap inte får styra hur arbetet bör utföras.

Eventuella regionspecifika etiska dilemman

De två scenarion som rapporterades minst frekventa var där psykologens arbetsval skulle generera ekonomiska ersättningar till arbetsplatsen. Detta beskrevs vara förekommande bland Leander och Neldes (2014) respondenter, där VGR-psykologer berättade hur de kände sig styrda av ekonomiska incitament. Detta rapporterades även av psykologer inom Skånes universitetssjukhus (Bergmark & Carlin, 2016). Den ökade detaljstyrningen har rapporterats ge upphov till etiskt stressade situationer (Jameton, 2017). Det beskrevs i den öppna frågan av en primärvårdspsykolog hur region Skånes riktlinjer påverkade möjligheten att återuppta en avslutad kontakt även då denne behövde detta, då vårdcentralen i det fallet inte skulle få ekonomisk ersättning för avslutad patient. Detta pekar på att det kan finnas regionspecifika riktlinjer som begränsar ens arbetssätt. Vissa situationer som ger upphov till etisk stress blir därmed mer frekventa i vissa regioner än andra.

Sambandet intention om uppsägning och etisk stress

Det råder hög personalomsättning bland svenska sjuksköterskor inom hälso- och sjukvården (Westin, 2017; Mirsch, 2018). Det har även rapporterats hög sjukfrånvaro bland primärvårdspsykologer inom region Skåne (Bergmark & Carlin, 2016). Hög personalomsättning får negativa konsekvenser (Hayes, 2006; Inspektion för vård och omsorg, 2017). Tidigare studier har funnit ett samband mellan etisk stress och intention till uppsägning, vilket även återfinns i denna studie. Resultatet från denna studie visar även att etisk stress inte är förknippat med respondenternas intention till uppsägning ifall studiens andra variabler kontrolleras för. En förklaring till detta kan vara att primärvårdspsykologer är medvetna om de begränsningar som finns vid arbete inom primärvården, men trots detta har ett aktivt val tagits för att arbeta på arbetsplatsen. Trots att förhöjd nivå av etisk stress har visats vara förknippat med lägre jobbtillfredsställelse (Silén et al, 2011), kan en annan förklaring till att psykologerna inte vill säga upp sig från sina nuvarande arbetsplatser vara att de trivs på arbetsplatsen. Då primärvården är första vårdinstansen ges möjligheten att träffa en större bredd av patientgrupper, vilket kan upplevas av vissa som omväxlande och utvecklande (Sveriges Psykologförbund, 2018). Fler vårdcentraler börjar även utveckla det psykologiska arbetssättet för att anpassa sig efter

primärvårdens premisser (Sveriges Psykologförbund, 2018), vilket troligtvis stärker jobbtillfredsställelsen ifall psykologen får delta i utvecklingsarbetet. Hög jobbtillfredsställelse har visats vara en skyddande faktor för att sjuksköterskor ska stanna på arbetsplatsen (Tzeng, 2002). Denna studie har inte undersökt hur tillfredsställda respondenterna var på sitt jobb och det finns en möjlighet att respondenterna upplever etisk stress i sitt arbete, men ändå är tillfredsställda på sin vårdcentral på grund av andra utforskade faktorer.

Metoddiskussion

Etisk stress är ett relativt gammalt begrepp men som har blivit mer aktuellt med åren (Jameton, 2017). Då det finns andra begrepp som har beröringspunkter med etisk stress (se Leander & Nellde, 2014), och då begreppet är relativt understuderat bland psykologer, kan det inte uteslutas att respondenterna eventuellt har misstolkat begreppet trots upprepade beskrivningar i enkäten. Under åren har etisk stress omformulerats och getts olika beskrivningar (Morley et al, 2017), vilket även kan bidra till en eventuell begreppsförvirring. Då respondenterna rekryterades via ett bekvämlighetsurval och då en liten del av hela primärvårdpsykologkåren har svarat bör resultaten tolkas med försiktighet. De respondenter som valt att svara på enkäten kan vara de som varit inlästa på begreppet sedan tidigare och därför valt att svara då de vet att detta är något som förekommer i deras arbetssituation. Det går inte att säkerställa att länken inte har spridits vidare till fel målgrupp då enkäten publicerats på sociala medier. Vissa etiska scenarion presenterades på ett öppet och ospecificerat sätt. Respondenternas tolkning av scenariot kan därmed ha sett olika ut från person till person. Hur förekommande de olika scenariotona är kan därför ifrågasättas. Det finns sedan tidigare inget mätinstrument för att undersöka förekomst av etisk stress bland psykologer. Denna enkät bör därför snarare ses som ett underlag för framtida forskning.

Implikationer för framtida forskning

En stor del av situationerna som gav upphov till etisk stress kan härledas till den ständigt växande patientkön där patienter behöver hjälp för psykisk ohälsa, samt den ökade detaljstyrning för professionerna som arbetar inom primärvården. Då det inte finns något som pekar på att dessa två kommer att minska i framtiden finns det stor risk att etisk stress kommer att bli mer vanligt bland vårdpersonal inom primärvården. Framtida forskning bör därför undersöka mer detaljrikt hur förekomsten ser ut bland vårdpersonal i stort, samt i högre grad undersöka vilka specifika situationer som kan ge upphov till etisk stress bland psykologer. Med ett väl utarbetat mätinstrument för psykologer blir förutsättningarna för detta bättre. Genom att studera begreppet mer utförligt ökar möjligheterna att motverka etisk stress, vilket i slutändan kan öka vårdkvaliteten som erbjuds till våra patienter.

Konklusioner

- Resultatet från denna studie visar att etisk stress är vanligt förekommande bland respondenterna.
- När korrelationer genomfördes hittades signifikanta samband mellan intention till uppsägning och etisk stress, samt mellan kön och nivå av etisk stress senaste halvåret. Inget signifikant samband hittades mellan etisk stress och typ av vårdcentral, arbetade år på vårdcentral, år som legitimerad psykolog och antal psykologer på arbetsplats, samt för kön och hur ofta etisk stress upplevs i arbetet.
- Inget signifikant resultat återfanns när en multipel regressionsanalys genomfördes mellan intention till uppsägning och etisk stress när kön, typ av vårdcentral, år som legitimerad psykolog, antal psykologer på arbetsplats samt arbetade år på vårdcentral kontrollerades för.
- Respondenterna upplever att det råder bristande samsyn mellan deras vårdcentraler och specialistpsykiatrin. Att remisser skickas fram och tillbaka mellan vårdinstanser skapar etiskt stressade situationer, då patienterna förblir obehandlade och riskerar att få ett försämrat sjukdomstillstånd.
- Många respondenter upplever bristande direktiv i hur det psykologiska arbetet ska utföras på arbetsplatsen. Bristande stöd samt instrumentellt ledarskap gav upphov till etiskt stressade situationer hos respondenterna.
- Den långa patientkön till primärvården och specialistpsykiatrin låg till grunden för många etiskt stressade situationer. Kön påverkade psykologernas behandlingsupplägg och skapade en ansvarskänsla av att träffa fler patienter än vad som ansågs vara rimligt. Respondenterna rapporterade även att det förekom organisatoriska påtryckningar att träffa fler patienter.
- Respondenterna upplevde sig få för lite vidareutbildning, vilket gav upphov till etiskt stressade situationer.
- Det förekom att respondenterna upplevde sig styrda i sitt val av behandlingsmetod. Detta begränsar psykologernas autonomi och skapar etiskt stress.
- Få respondenter upplevde sig styrda av ekonomiska incitament på sina arbetsplatser.

Referenser

- Anell, A., Nylinder, P. & Glenngård, A.H. (2012). *Vårdval i primärvården: jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.
- Arnetz, B. B. (2001). Psychosocial challenges facing physicians of today. *Social Science and Medicine*, 52, 203-213.
- Austin, W, Bergum, V., & Goldberg, L. (2003). Unable to answer the call of our patients: mental health nurses experience of moral distress. *Nursing Inquiry*, 10, 177-183
- Austin, W., Rankel, M., Kagan, L., Bergum, V., & Lemermeyer, G. (2005). To stay or to go, to speak or stay silent, to act or not to act: moral distress as experienced by psychologists. *Ethics & Behaviour*, 15, 197-212
- Austin, W. (2012). Moral distress and the contemporary plight of health professionals. *HEC Forum*, 24, 27-38.
- Bergmark, C., Carlin, S. (2016). *Psykolog i första linjen: Kartläggning och analys av psykologfunktionen vid SUS vårdcentraler (2015-2016)*. <https://www.psykolog->

forbundet.se/globalassets/a-foreningarnatverk/natverk/primarvardsnatverket/slutrapport-psykolog-i-forsta-linjen-skane.pdf. Hämtad 2018-12-18.

- Bilanovic, A., & Petterson, P. (2013). *Målbaserad ersättning inom primärvården: En studie av anställdas upplevelser*. Opublicerad magisteruppsats. Linköpings universitet: Institutionen för ekonomisk och industriell utveckling. Tillgänglig: <http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A635372&dsid=-6291>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101
- Campbell, S. M., Ulrich, C. M., & Grady, C. (2016) A broader understanding of moral distress. *The American Journal of Bioethics*, 16, 2–9
- Corley, M.C., Elswick, R.K., Gorman M., & Clor T. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 250–256.
- Corley, M.C. (2002). Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*, 9, 636-650.
- De Gieter, S., Hofmans, J., & Pepermans, R. (2011). Revisiting the impact of job satisfaction and organizational commitment on nurse turnover intention: An individual differences analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 1562-1569.
- de Veer, Anke J. E., Francke, A. L., Struijs, A., & Willems, D. L. (2013). Determinants of moral distress in daily nursing practice: A cross sectional correlational questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 100-108.
- Elpern, E. H., Covert, B., & Kleinpell, R. (2005). Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 14, 523-530.
- Epstein, E. G., & Delgado, S. (2010). Understanding and addressing moral distress. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 15, Manuscript 1.
- Fogel K. (2007) *The relationship of moral distress, ethical climate, and intent to turnover among critical care nurses*. Doktorsavhandling, North Park University: School of Nursing, Chicago, IL.
- Försäkringskassan. (2014). *Socialförsäkringsrapport (2014:4)*. Stockholm: Försäkringskassan
- Georges, J.-J., & Grypdonck, M. (2002). Moral Problems Experienced by Nurses when Caring for Terminally Ill People: a literature review. *Nursing Ethics*, 9, 155–178.
- Gutierrez, K. M. (2005) Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimensions of Critical Care Nurses*, 24, 229–241.
- Hadjistavropoulos, T., Malloy, D. C., Sharpe, D., & Fuchs-Lacelle, S. (2003). The ethical ideologies of psychologists and physicians: A preliminary comparison. *Ethics & Behavior*, 13, 97-104.
- Hart, S. E. (2005). Hospital ethical climates and registered nurses' turnover intentions. *Journal of Nursing Scholarship*, 37, 173-177.
- Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., . . . Stone, P. W. (2006). Nurse turnover: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 237-263.
- Inspektion för vård och omsorg (2017). *Tillsynsrapport 2016*. <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2017/tillsynsrapport-2016.pdf>. Hämtad: 2018-12-18.
- Jameton, A. (2017) What moral distress in nursing history could suggest about the future of health care. *AMA J Ethics*, 19, 617-628.

- Juthberg, C. (2008). *Samvetsstress hos vårdpersonal i den kommunala äldreomsorgens särskilda boenden*. Doktorsavhandling, Umeå universitet: Institutionen för omvårdnad.
- Kriisa, L. (2017, 4 september). Psykolog – nya riskyrket I kommunerna. *Psykologtidningen*. Hämtad från: <http://psykologtidningen.se/2017/09/04/psykolog-nya-riskyrket-i-kommunerna/>
- Kälvemark, S., Höglund, A. T., Hansson, M. G., Westerholm, P., & Arnetz, B. (2004). Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social Science & Medicine*, *58*, 1075-1084.
- Leander, J., & Nellde, I. (2014). *Mötet mellan ansvar och begränsningar: etisk stress hos primärvårdpsykologer*. Opublicerad examensuppsats, Göteborgs Universitet: Psykologiska Institutionen, Göteborg.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Nurse turnover: The mediating role of burnout. *Journal of Nursing Management*, *17*, 331-339.
- Leiter, M. P., Harvie, P., & Frizzel, C. (1998). The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Social Science & Medicine*, *47*, 1611-1617.
- Lützn, K., & Kvist, B. E. (2012). Moral distress: A comparative analysis of theoretical understandings and inter-related concepts. *HEC Forum*, *24*, 13-25.
- McCarthy, J., & Deady, R. (2008). Moral distress reconsidered. *Nursing Ethics*, *15*, 254-62.
- Meltzer, L. S., & Huckabay, L. M. (2004). Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *American Journal of Critical Care*, *13*, 202-208.
- Milton, A., Revelly, N., Siren, E. (2018). *Personalomsättning inom den offentliga sjukvården: Sambandet mellan sjuksköterskors organisatoriska engagemang, tillit och lönetillfredsställelse*. Opublicerad strategic managementexamensuppsats, Lunds universitet: Företagsekonomiska institutionen, Lund.
- Mirsch, H. (2018, 13 juni). Sjuksköterskorna lämnar de stora sjukhusen. *Vårdfokus*. Hämtad från: <https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2018/juni/sjukskoterskorna-lamnar-de-stora-sjukhusen/>
- Morley, G., Ives, J., Bradbury-Jones, C., & Irvine, F. (2017). What is 'Moral Distress'? A Narrative Synthesis of the Literature. *Nursing Ethics*, [Online First]. doi: 10.1177/0969733017724354
- Patti, R. Z. (2007). Exploring the moral distress of registered nurses. *Nursing Ethics*, *14*, 344-59.
- Rodney, P. A. (2017). What we know about moral distress. *The American Journal of Nursing*, *117*, 7-10.
- Schluter, J., Winch, S., Holzhauser, K., & Henderson, A. (2008). Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: A literature review. *Nursing Ethics*, *15*, 304-321.
- Shoorideh, F. A., Ashktorab, T., Yaghmaei, F., & Alavi Majd, H. (2015). Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. *Nursing Ethics*, *22*, 64-76.
- Silén, M., Svantesson, M., Kjellström, S., Sidenvall, B., & Christensson, L. (2011). Moral distress and ethical climate in a Swedish nursing context: Perceptions and instrument usability. *Journal of Clinical Nursing*, *20*, 3483-3493.
- Sjöberg, A., & Sverke, M. (2000). The interactive effect of job involvement and organizational commitment on job turnover revisited: A note on the mediating role of turnover intention. *Scandinavian Journal of Psychology*, *41*, 247-252.

- SOU (2016). *Effektiv vård*. (SOU 2016:2). Stockholm. http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2016/01/SOU-2016_2_Hela4.pdf. Hämtad: 2016-12-18.
- Sveriges Psykologförbund (2016). *Vårdcentralundersökning 2015: Patienters tillgång till psykolog på landets vårdcentraler*. <https://www.psykologforbundet.se/globalassets/forbundet-tycker/vc-undersokning/vardcentralundersokning-2015-uppdaterad.pdf>. Hämtad 2018-12-17.
- Sveriges Psykologförbund (2018). *Psykolog i Primärvård: Inspiration för fortsatt utveckling*. <https://www.psykologforbundet.se/globalassets/a-foreningarnatverk/natverk/primarvardsnatverket/antologin/psykolog-i-primarvard---inlaga.pdf>. Hämtad: 2018-12-18.
- Sveriges Psykologförbunds Kongress. (1998). *Yrkesetiska principer för psykologer i Norden*. Stockholm: Sveriges Psykologförbund.
- Sverne Arvill, E., Hjelm, &., Johnsson, L., & Sääf, C. (2017). *Etik och juridik för psykologer och psykoterapeuter* (Sjunde upplagan ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Tzeng, H. (2002). The influence of nurses' working motivation and job satisfaction on intention to quit: An empirical investigation in taiwan. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 867-878.
- Vision. (2015) *Kostnader för personalomsättning*. <http://mb.cision.com/Public/1167/9715558/818a0de1379e80ff.pdf>. Hämtad: 2018-12-22
- Westin, J. (2017, 3 januari). Sjuksköterskor flyr landstingen. *Vårdfokus*. Hämtad från: <https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2017/januari/allt-fler-sjukskoterskor-flyr-landstingen/>
- Wilkinson, J.M. (1988). Moral distress in nursing practice: experience and effect. *Nursing Forum*, 23, 16-29.
- Øvreeide, H., & Erlandsson, A. (2003). *Yrkesetik i psykologiskt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Information till undersökningsperson.

Göteborgs Universitet,
Psykologiska Institutionen,
Psykologprogrammet.

Hej,

Mitt namn är Johan Westberg och jag är psykologstudent på Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet. Under hösten 2018 skriver jag mitt examensarbete om etisk stress hos primärvårdpsykologer. Etisk stress syftar till att beskriva en negativ känsla som uppstår när en vårdutförare på grund av institutionella/organisatoriska begränsningar inte kan göra vad hen uppfattar som moraliskt korrekt eller bäst för patienten.

Enkäten tar ungefär 10 minuter att genomföra och innehåller frågor som syftar till att undersöka förekomsten av etisk stress hos primärvårdpsykologer, samt huruvida en har tankar att säga upp sig från sitt nuvarande jobb.

Ditt deltagande är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för Dig.

Dina svar på enkäten kommer att förvaras så att inte någon obehörig får tillgång till dem; konfidentialitet garanteras. Resultatet av studien kommer enbart att redovisas på gruppnivå så att enskilda individer inte kan identifieras.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till mig.

Med vänliga hälsningar,
Johan Westberg

Johan Westberg
Psykologstudent
Tfn: 070-271 38 37
guswestjo@student.gu.se