

Ine Fjær

Hvordan moralsk stress oppleves for sykepleier i pasientbehandling på sykehus?

Bacheloroppgave i Sykepleie

Veileder: Elin Stikbakke

Desember 2019

Ine Fjær

Hvordan moralsk stress oppleves for sykepleier i pasientbehandling på sykehus?

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Elin Stikbakke
Desember 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

Sammendrag

Tittel:	Hvordan moralsk stress oppleves for sykepleier i pasientbehandling på sykehus?	Dato : 04.12.19
Forfatter:	Ine Fjær	
Veileder:	Elin Stikbakke	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Moralsk stress, sykepleier, sykehus, opplevelse	
Antall sider/ord: 34/7866	Antall vedlegg: 0	Publikasjonsavtale inngått: Ja
Bakgrunn		
<p>Moralsk stress er en subjektiv opplevelse av utilstrekkelighet og avmakt. Dette oppleves når en vet noe bør gjøres eller man har ansvar for at noe må gjennomføres, men ikke får det gjort. Det kan også oppleves når etiske og moralske verdier ikke får nok plass i en situasjon og det kommer i konflikt med samvittigheten. Et etisk dilemma er valg mellom to eller flere verdier, hvor begge alternativene ønskes å oppnås eller begge alternativene får uønskede konsekvenser. Hva som er riktig å gjøre i en situasjon eller konflikt mellom verdier kalles et moralsk dilemma.</p>		
Hensikt:		
<p>Hensikten med denne litteraturstudien er å se nærmere på sykepleirnes opplevelse av moralskstress i ulike situasjoner som oppstår i pasientbehandling på sykehus.</p>		
Metode		
<p>Det er en litteraturstudie hvor litteratursøken er gjennomført i databasene Medline og Cinahl. I tillegg til fagkunnskaper fra annen litteratur.</p>		
Resultat		
<p>Sykepleierne må ofte gå på kompromiss med sine etiske verdier og yrkesetiske retningslinjer. Det skjer på grunn av at sykepleirene ikke strekker til, noe på grunn av tidspress. Dette fører til nedprioritering av arbeidsoppgaver og kvaliteten på sykepleien blir lavere. Når sykepleierne nedprioriterer arbeidsoppgaver gjøres det med faglig arbutmentasjon.</p>		
<p>Konflikter med leger og pårørende skaper etiske dilemmaer for sykepleierne. På grunn av den faglige kunnskapen sykepleierne har og de andre i konfliktene ikke har. Derfor blir sykepleierne pasientenes talsperson i disse konfliktene.</p>		
Konklusjon		
<p>Førre pasienter per sykepleier, hvilket betyr økt bemanning vil kunne være med å senke det moralske stresset. Det må en rolleavklaring til mellom leger og sykepleiere, for å bedre forstå hverandres synspunkt. Andre dokumentasjonsmetoder, for å øke pasientkonten. Ved å øke kunnskapen om moralsk stress, slik at sykepleierne letter kan meste det.</p>		

Abstract

Title:	How nurses experience moral distress during patient care in hospitals?	Date : 04.12.19
Author:	Ine Fjær	
Supervisor:	Elin Stikbakke	
Keywords	Moral distress, nurse, hospital, experience	
(3-5)		
Number of pages/words: 34/7866	Number of appendix: 0	

Background

Moral stress is a subjective experience of inadequacy and powerlessness. This is experienced when one knows something should be done or one is responsible for something having to be done, but not being able to getting it done. It can also be experienced when ethical and moral values do not get there space in a situation and get in conflicts with the conscience. An ethical dilemma is the choice between two or more values, where both alternatives are desired to be achieved or both alternatives have undesirable consequences. What is right to do in a situation or conflict of values is called a moral dilemma.

Aim

The purpose of this literaturestudy is to look more closely at the nurses' experience of moral distress in various situations that arise in patient care in hospitals.

Method

There is a literaturestudy where the literature search was carried out in the databases Medline and Cinahl. In addition to knowledge from other literature.

Result

Nurses often have to compromise on their ethical values and professional ethical guidelines. It happens because the nurses can't complete all their assignments, due to time constraints. This leads to a downgrading of work tasks and a lower quality of nursing care. When nurses prioritize work assignments, an professional argumentation is done.

Conflicts with doctors and relatives create ethical dilemmas for nurses. Because of the professional knowledge the nurses have, witch the others in the conflicts do not have. Therefore, does the nurses become the patients' spokesperson in these conflicts.

Conclusion

Fewer patients per nurse, which means increased staffing could help lower moral stress. There is a need to clarify the role between doctors and nurses in order to better understand each other's point of view. Other documentation methods, to increase patient contact. By increasing the knowledge about moral stress nurses can easier overcome it.

Innhold

Sammendrag	1
Abstract	2
1 Innledning.....	4
2 Bakgrunn	5
2.1 Moralsk stress.....	5
2.2 Etikk	6
2.3 Sykepleieteori.....	7
2.4 Kvalitet	8
2.5 Pasientsikkerhet.....	8
2.6 Arbeidsmiljø.....	9
2.7 Hensikt og problemstilling	10
3 Metode.....	11
3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	13
3.2 Søkedokumentasjon.....	14
4 Resultat.....	15
4.1 Artikkelutvalg.....	15
4.1.1 Artikkel 1	15
4.1.2 Artikkel 2.....	16
4.1.3 Artikkel 3.....	18
4.1.4 Artikkel 4.....	20
4.1.5 Artikkel 5.....	21
4.2 Sammenfatning av resultat	22
4.2.1 Moralsk stress.....	22
4.2.2 Pasientbehandling.....	23
5 Drøfting	24
5.1 Moralsk stress.....	24
5.2 Pasientbehandling.....	28
6 Konklusjon	31
7 Litteraturliste	32

1 Innledning

I dag mangler det 5 900 sykepleier totalt i Norge, både med og uten spesialutdanning (Dolonen, 2018). I 2035 vil det mangle 28 000 sykepleier om denne utviklingen fortsetter (NTB, 2019). En årsak til dette er en stadig aldrende befolkning, som lever med et stadig mer sammensatt helsebilde. Dette fører igjen til at vi trenger mer helsehjelp og gjerne over lengere tid, både i hjemmet og på forskjellige typer institusjoner (Hjorthol, 2015). Den økende sykepleiemangelen vil derfor gå utover kvaliteten på tjenestene pasienter mottar og arbeidspresset på sykepleiere. Pasienten vil risikere å ikke få den behandlingen de trenger eller få dekket sine behov i kontakt med helsetjenesten, selv om Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) sier at alle pasienter har rett på nødvendig helsehjelp. Om pasientene ikke får den behandlingen de trenger vil det også gå utover pasientsikkerheten. Med et økende behov blant befolkningen, øker arbeidsmengden til de allerede eksisterende sykepleierne. Med økende arbeidsmengde vil stressbelastningen bli større og den samlede belastningen kan gå utover helsen til sykepleiere.

St.meld 10 God kvalitet – trygge tjenester (2012-2013) peker på en viktig utfordring i helsetjenesten; unødvendige skader på pasienter. Dette fører til unødvendig lidelse, og konsekvenser kan bli innleggelser på sykehus eller forlengede sykehusopphold. For å møte pasientens behov må helsetjenestene samhandle og koordinere helsetilbudet til hver enkelt innbygger. På denne måten vil pasienten kunne oppleve en helhet i tilbudet og at det tilbudet innbyggeren mottar er individuelt tilpasset. For å kunne gjøre dette må det være tilstrekkelig med helsepersonell med riktig kompetanse slik at helsetjenesten kan oppnå god kvalitet.

Temaet for denne litteraturstudien er presset sykepleierne jobber under og hvordan dette påvirker sykepleieres helse. Spesielt med tanke på tidspress, arbeidsbelastning, stadig endring av arbeidsoppgaver og utfordringer mot etiske verdier. Når sykepleiere ikke klarer å møte alle disse utfordringene samtidig føler de seg ikke tilfredse med jobben de gjør. Det kommer frem i en undersøkelse gjort av Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø (Statens Arbeidsmiljøinstitutt, 2015), at så mange som 30% av sykepleierne opplevde psykisk utmattelse på arbeid.

Sammenlignet med andre yrkesgruppene hvor bare 20% opplevde psykisk utmattelse. I tillegg opplevde nesten 80% av sykepleierne som deltok kvantitative jobbkrav. Kvantitative jobbkrav er hvilke krav som stilles til ansattes arbeidsmengde og tempo, og har innvirkning på det psykososiale arbeidsmiljøet.

2 Bakgrunn

2.1 Moralsk stress

Moralsk stress er en subjektiv opplevelse av utilstrekkelighet og avmakt. Dette oppleves når en vet noe bør gjøres eller man har ansvar for at noe må gjennomføres, men ikke får det gjort. Det kan også oppleves når etiske og moralske verdier ikke får nok plass i en situasjon og det kommer i konflikt med samvittigheten. Det er det samlede bilde av belastningen med høy arbeidsmengde, valg av handlinger og det moralske ansvaret som blir motstridende i situasjonen. Moralsk stress oppstår når vi mener vi vet hva som er det etisk riktige valget i en situasjon, men blir hindret fra å utføre det. Hindre for sykepleiere kan være tidspress, lav bemanning, kompetansemangel, økonomi, byråkrati, lover og regler (Aakre, 2016).

Når vårt hensyn til andre mennesker, etiske retningslinjer, menneskets grunnleggende behov blir undertrykket reagere vi på en måte som mennesker og på en annen måte som sykepleiere. De av oss som er mer sensitive overfor etiske valg, vil oppleve det moralske stresset som mer belastende.

Når etiske problemstillinger ikke får en tilfredsstillende løsning kan det føre til ringvirkninger og moralsk stress for sykepleierne, og de må inngå kompromisser med sine etiske verdier. Uløste moralske dilemmaer kan også bli mer komplekse og føre til større tidspress. Det kan være vanskelig å løse de etiske dilemmaene uten å ha noen å reflektere over dilemmaene med, som vil kan være vanskelig å få til når tidspresset er stort og sykepleiedekingen er lav. Uløste etiske dilemmaer kan føre til at sykepleiere reduserer kravene til situasjonen og tilpasser seg omstendighetene. Det vil over tid føre til personalkonflikter, sykefravær, avviksmeldinger og varslingssaker. På lang sikt kan moralsk stress føre til resignasjon, som igjen vil føre til svekket moralsk sensitivitet og vil ramme pasienter og den faglige kvaliteten (Aakre, 2016).

2.2 Etikk

Et etisk dilemma er valg mellom to eller flere verdier, hvor begge alternativene ønskes å oppnå eller begge alternativene får uønskede konsekvenser. Hva som er riktig å gjøre i en situasjon eller konflikt mellom verdier kalles et moralsk dilemma. (Slettebø, 2016)

Det er etiske aspekter ved å opprettholde god kvalitet på sykepleie og sørge for at de grunnleggende behovene til pasientene blir fylt. Sykepleiens fire etiske prinsipper innebærer velgjørighet, ikke påføre skade, være rettferdig og opprettholde autonomien til pasientene. Plikten til velgjørighet vil si å gjøre godt overfor pasienter og deres pårørende. Å gjøre godt både på det fysiske og psykiske plan, som for eksempel å lindre smerte. Å ikke gjøre skade vil si å ikke utsette pasienter for unødvendig skade eller risiko for skade. Det etiske prinsippet om rettferdighet handler om at alle skal behandles likt og ressurser skal fordeles likt uansett bakgrunn, etnisitet og utdanning. For å behandle alle likt må sykepleieren vurdere tid og ressurser og fordele det mest mulig hensiktsmessig ut fra situasjonen. Autonomi vil si å respektere pasientens rett til informasjon og dens valg ut fra den informasjonen. I utgangspunktet er disse fire prinsippene likestilte, men avhengig av situasjonen kan de vektlegges forskjellig. Da kan et prinsipp satt til side om det strider mot et annet prinsipp (Brinchmann, 2016).

Etiske dilemmaer er valget mellom etiske eller moralske prinsipper, eller når et etisk prinsipp ikke kommer til sin rett. Etiske dilemmaer kan oppstå i alle deler av livet, for eksempel på jobb, hjemme eller i sosiale sammenhenger. Det kan også hende at uansett hvilket valg man tar av et gitt sett muligheter blir det ikke det rette valget eller den ønskelige løsningen. En annen måte dilemmaer kan oppstå er når det går mot profesjonsverdier eller man må velge det som fremstår som det beste av flere ondt. For å kunne ta stilling til et etisk dilemma bruker man kunnskap og fagkompetanse for å ha gode beslutningsprosesser (Aakre, 2016).

Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer eksisterer for å verne om de viktige verdiene og konkretisere hva god praksis er. De handler om sykepleierens forhold til profesjonen, pasienter, pårørende, kollegaer, arbeidsstedet og samfunnet. Verdiene som de yrkesetiske retningslinjene bygger på er barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter. Sykepleierens grunnleggende plikter er å fremme helse, forbygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død. Nasjonale og internasjonale etiske retningslinjer bygger på menneskerettigheter. Blant dem retten til liv, verdighet og til å bli behandlet med respekt (Sneltvedt, 2016).

2.3 Sykepleieteori

Ifølge Henderson er det mest grunnleggende en sykepleier gjør å tilrettelegge for at pasienter får dekket sine grunnleggende behov.

Sykepleierens enestående funksjon består i å hjelpe mennesket, enten det sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), som dette mennesket ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt den nødvendige styrken, viljen eller kunnskapen til det. Hennes funksjon er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så raskt som mulig (Mathisen 2015, s. 126).

Denne definisjonen viser hva som er nødvendig for å opprettholde egen helse eller en fredfull død, samt hvilke oppgaver en sykepleier har. Det er å hjelpe eller tilrettelegge på den måten vil pasienter få gjennomført det de ikke klarer på egenhånd, og få dekket sine grunnleggende behov.

Hendersons 14 grunnleggende behov trenger flere pasienter hjelp eller tilrettelegging med slik at de kan få dekket dem. Noen av disse behovene er å puste, spise, drikke, kvitte seg med avfallsstoffer, bevege seg, sove og kle på seg. Andre behov er å opprettholde normal kroppstemperatur, holde kroppen ren, unngå skader og å skade andre og dyrke egen tro. Mennesker har behov for å kommunisere med andre, utrykke følelser, behov, frykt og oppfatninger, samt gjøre oppgaver som styrker selvfølelsen og delta i ulike former for rekreasjon. I tillegg til å lære, oppdage eller tilfredsstillende den nysgjerrigheten som fører til normal utvikling og helse, og benytte de helsetjenester som finnes (Mathisen, 2015).

Ut fra Hendersons 14 punkter må sykepleierne vurdere om pasienten har tilstrekkelig vilje, krefter eller kunnskaper til å få dekket sine behov. Det gjør sykepleieren gjennom å observere pasienten i aktivitet tilknyttet disse punktene, for så å individuelt tilpasse sykepleiehandlinger til hver enkelt pasient ut fra det som blir observert (Mathisen 2015). Hvilken hjelp de ulike pasientene trenger vil da være individuelt og tiden som blir brukt på hver enkelt pasient vil ha store variasjoner. Gjennom denne litteraturstudien skal det sees på om bemanningen er tilstrekkelig for å tilfredsstillende pasientenes grunnleggende behov på en individuell måte uten at det går utover kvaliteten.

2.4 Kvalitet

I følge Flovik og Rokseth, (2015) er god kvalitet «*i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav*». Overført til sykepleie vil dette si om tjenesten vi leverer oppfyller de kravene ut fra de rammene eller betingelsene som er satt for tjenesten. Rammer er konkrete eller abstrakte avgrensninger for tjenesten. Eksempler på dette kan være økonomiske, bygningsmassen tjenesten oppholder seg i eller bemanningen som er til rådighet. Betingelse som tjenesten må forholde seg til kan også være lover og forskrifter.

For å vurdere kvalitet i helsearbeid må det sees på effekten av behandlingen satt opp mot risiko for skade, verdigheten til pasienten, nærhet til pårørende og eventuelle andre behandlingsmuligheter (St.meld 10, 2012 – 2013). Målingen av kvaliteten i helsetjenester gjøres ved hjelp av kvalitetsindikatorer. Et indirekte mål på kvalitet innen et område er å følge med og dokumentere kvalitet underveis. Kvalitetsindikatorerne må være målbare, relevante for tjenesten, påvirkbare, dokumentert og et tilstrekkelig antall av dem. Ingen av indikatorerne skal innebære noe synsing. Alt dette for å kunne bedre opplevelsen, øke funksjonaliteten og øke kunnskapen rundt tjenesten. (Flovik og Rokseth, 2015)

Sykepleierne er pålagt gjennom Helsepersonelloven (1999) å opprettholde kvaliteten på sitt arbeid. Her blir de pålagt å arbeide faglig forsvarlig og gi omsorgsfull hjelp. I situasjoner der det er nødvendig skal pasienter henvises videre eller behandlingen skje i samarbeid med andre institusjoner eller annet helsepersonell. Alle som er underlagt Spesialisthelsetjenesteloven (1999) er pålagt å bidra til at enheten jobber for å forbedre kvaliteten på tjenestene og pasientsikkerheten. For sykepleierne betyr det å melde avvik når noe uønsket skjer, enten i forbindelse med tilgjengelige ressurser eller pasientbehandling.

2.5 Pasientsikkerhet

Flovik og Rokseth (2015) definerer pasientsikkerhet som å ikke utsette pasienter for unødvendig skade på grunn av helsetjenesten eller helsetjenester den ikke mottar. Tiltak som kan benyttes for å hindre dette er at pasienten kan få utøve sin autonomi og en åpenhet rundt utfordringer og løsninger. Utprøving av ulike behandlingsmetoder må foregå systematisk fordi behandlingen påvirker ulike individ på ulik måte. Forskning på pasientsikkerhet og innovasjon på området bidrar til økt kunnskap.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) skal sikre pasienter helsetjenester av god kvalitet. For å opprettholde pasientsikkerheten er nødvendige for pasientene å få informasjon, for å kunne ta beslutninger om egen helse. Denne informasjonen være tilpasset hver enkelt, slik at

de kan ta de riktige avgjørelsene for seg i forhold til tilgjengelige behandlinger, undersøkelser og andre tjenester.

2.6 Arbeidsmiljø

Ifølge Arbeidsmiljøloven (2005) skal arbeidet være forsvarlig for arbeidstagerens fysiske helse, psykiske helse og velferd. Når arbeid planlegges, skal det tas hensyn til forebygging av skader og sykdom hos de som skal utføre arbeidet. Organisering av arbeidet og ledelse skal ikke utsette arbeidstakerne for fysiske eller psykiske belastninger.

For at en arbeidsmiljøfaktor skal være skadelig innebærer den blant annet at en arbeidstaker utvikler helseplager eller eksisterende plager forverres. Omfanget av faktorene og skadene de påfører avhenger av varighet, omfang, tiden en blir utsatt for den og antall ganger det skjer. Helsekonsekvensen vil også avhenge av arbeidstakerens reaksjon på kravene i jobben, uansett om de er fysiske eller psykiske. Det er viktig å merke seg at det store forskjeller mellom hvordan de enkelte håndtere eksponering. Egenskaper, tidligere erfaringer og eksponeringer virker inn på hvordan den enkelte reagerer på eksponeringen av helseskadelige arbeidsmiljøfaktorer og hvor stor belastning de tolererer før de får helseskader. I arbeidssituasjoner er det psykososiale og organisatoriske forhold som har mest å si for den mentale helsen. Høye arbeidskrav i kombinasjon med lite styring over egen arbeidstid er en risikofaktor for psykiske plager. En annen faktor er urettferdig ledelse og stor arbeidsinnsats i kombinasjon med fortjeneste for det. Støtte fra kollegaer og leder kan være med å forebygge utviklingen av psykiske plager. Arbeidstakere med høyere arbeidskompetanse opplever større mestringsfølelse og trivsel i arbeidssituasjonen (St.meld 29, 2010-2011).

2.7 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne litteraturstudien er å se nærmere på ulike etiske valg sykepleierne må ta i behandling av en eller flere pasienter. Det er ulike konflikter sykepleierne står overfor, og det skaper etiske dilemmaer i arbeidssituasjonen. Oppgaven vil se på de prioriteringer som blir gjort av sykepleierne i forhold til behandling og pleie av pasientene og hvordan dette påvirker dem. Utenom dette skal oppgaven også se om det er andre faktorer som spiller inn i sykepleiernes avgjørelser, og om det er faktorer som sykepleierne kan være med å påvirke. Oppgaven skal løses gjennom innhenting av forskningslitteratur og annen litteratur og skal besvare problemstillingen:

Hvordan moralsk stress oppleves for sykepleiere i pasientbehandling på sykehus?

3 Metode

Et litteratursøk i databaser må ha en avgrenset problemstilling og gode søkeord. Det å gjøre valg, vurderinger og analyse av litteraturen i en database skal besvare problemstillingen. Når søkene er gjennomført og artiklene er valgt, kan resultatet analyseres og tolkes (Forsberg og Wengstrøm, 2015).

For å avgrense søket etter vitenskapelige artikler mer enn bare med søkeord ble det benyttet inklusjons og eksklusjons kriterier. De vil være med på å avgrense søket ytterligere og hjelpe til med å finne den mest relevante litteraturen til problemstillingen. Som for eksempel at det er en vitenskapelig artikkel, er det kvalitativ eller kvantitativ forskning, den er fagfellevurdert og har IMRaD - struktur og er under 10 år gammel. At en vitenskapelig artikkel er fagfellevurdert vil si at den er vurdert av minst to personer innen samme fagfelt før den publiseres. Dette kvalitetsikrer artikkelen og at den følger vitenskapelige og akademiske normer innen sitt fagfelt. Artikkel med IMRaD - struktur er hvordan helsefaglige og naturvitenskaplige artikler blir bygget opp. Det vil være en fordel å ha både kvalitativ og kvantitativ forskning i en litteraturstudie. På grunn av måten undersøkelsen gjøres og med tanke på hvilke typer funn de gir. Kvalitativ forskning handler om å finne hver enkelt deltagers opplevelse av et fenomen. Da gjennom individuelle intervjuer eller i grupper. Deltagerne i kvalitativ forskning kalles opponenter. Kvantitative studier har gjerne en teori eller en hypotese som skal prøves ut på en større gruppe mennesker. Dette kan gjøres ved tverrsnittsundersøkelser eller spørreskjemaer og deltagerne i en slik studie kalles respondenter (Forsberg og Wengstrøm, 2015). At den vitenskapelige artikkelen ikke er for gammel er viktig med bakgrunn i forventningen til at helsepersonell skal arbeide kunnskapsbasert og at sykepleie som fagfelt er i stadig utvikling. Å arbeide kunnskapsbasert innebærer å skaffe seg den kunnskapen som er nødvendig for å kunne gjøre gode tiltak, gi råd og et godt kunnskapsgrunnlag (Graverholt, Jamtvedt og Nordtvedt, 2015). Da er riktig kunnskap også viktig, og forskningen kunnskapen er basert på kan ikke være basert på utdatert forskning som sier noe annet.

Medline er referansedatabaser med tidsskrifter fra 1946 og er en av databasene som ble brukt i denne litteraturstudien. Den inneholder tidsskrifter for medisin, sykepleie og andre helseprofesjoner og har mer enn 14 000 artikler og over 6000 ebøker i sin samling (Ovid, u.å.). En annen database som ble brukt er CINAHL som inneholder sykepleieforskning fra 1981. Dette er en referanse og fulltekstdatabase med tilknytning til over 4000 artikler og

andre sykepleie og helserelevante materiell (Underdal, 2013). Det betyr at begge disse databasen inneholder relevant litteratur for denne litteraturstudien.

I analysen må resultatene fra de ulike vitenskapelige artiklene bli satt opp mot hverandre. For å analysere resultatene lettere opp mot hverandre deles de opp i delresultater for hver vitenskapelig artikkel. Slik blir det lettere å se ulike temaer, kategorier og trender i resultatene (Forsberg og Wengstrøm, 2015).

I søkene som er gjennomført er det stort sett de samme søkeordene som er benyttet for å gi mest mulig likt resultat. Da det ikke var andre forslåtte meshtermer av den enkelte databasen som passet problemstillingen bedre ble nøkkelord benyttet. I tillegg må det en del bakgrunnsteori til for å belyse problemstillingen fra flere sider. Av annen litteratur er bøker, fagartikler og nettsteder benyttet uten at disse er benyttet til å direkte svare på problemstillingen. Med både faglitteraturen og artiklene er det viktig å stille seg kritisk til kildene, spesielt med tanke på språk, fakta i kilden, hvilke referanser den har, faglig relevansen og helhetsinntrykket (UiO, 2019).

I valg av artikler som er tatt med i denne litteraturstudien er det tatt hensyn til om resultatene har overføringsverdi til det norske helsevesenet. Da hvor disse studiene er blitt gjennomført, med tanke på hvordan helsevesenet er. I forhold til fagligkvalitet, utvikling og pasientbehandling av helsevesenet. Samt kulturelle forhold, levestandard, økonomi, og organisering av helsevesenet (Nortvedt et al. 2012)

Andre forhold som er tatt med i utvelgelsen av studier er hvor mange som deltok og varighet av studiene. Ettersom målet er å finne ut av hvordan noe oppleves er det mest relevant med kvalitative studier. Det vil da gi deltagerne større mulighet til å beskrive med egne ord hvordan de opplever situasjonen. Varigheten er viktig for om deltagerne har fått nok tid til å uttrykke seg. Antall deltagere er viktig for om det er representativt og om alle har fått mulighet til å delta der det ble benyttet fokusgrupper. Kvalitative studier gir utdypende informasjon om hvordan dette subjektive fenomenet moralsk stress oppleves.

Sammenlignet med de kvalitative studiene gir informasjon om utbredelsen av fenomenet. En ulempe med de kvalitative studiene sammenlignet med de kvantitative studiene er at resultatene er ikke like lett å sammenligne med hverandre (Forsberg og Wengstrøm, 2015).

Det deltagerne har sagt i intervju eller fokusgrupper må tolkes og settes i et slags system for at det skal bli et resultat. I denne tolkningen kan det også skje mistolkninger og misoppfattelser av det som har blitt sagt av deltagerne.

Alle artiklene som er tatt med i denne litteraturstudien må være etisk godkjente av en etikkomite. Deltagerne i alle studiene må være informert om hva det innebærer å delta og kunne når som helst trekke seg fra studiene da de pågikk. Dette gjøres på grunn av Helsinkideklarasjonen som inneholder anbefalte retningslinjer for forskning basert på mennesker. Her presiseres viktig prinsipper som at hensynet til individualitet skal gå foran samfunnsnytt og forskningsnytt, deltagerne skal være informert og gi skriftlig samtykke til deltagelse og at det er anonymt (Slettebø, 2016).

3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
- Vitenskapelige artikler	- Fagartikler
- IMRaD-struktur	- Review
- Språk (studier på engelsk, norsk og svensk)	- Studier på andre språk (enn engelsk, norsk og svensk)
- Fagfellevurdert	- Ikke fagfellevurdert
- Artikkelen har IMRoD-struktur	- Publisert før 2009
- Kvalitative og kvantitative studier	- Inneholder erfaringer fra flere yrkesgrupper
- Publisert i tidsrommet 2009 – 2019	- Kun spesialsykepleiere
- Overførbart til norske forhold	- Fra barneavdelinger
- Tilgjengelig i fulltekst	
- Involvere sykepleiernes erfaringer	

3.2 Søkedokumentasjon

Søkeord artikkel 1	<u>Medline</u>	Søkeord artikkel 2,3,4	CINAHL	Søkeord artikkel 5	<u>Medline</u>
1. « <u>Nurse</u> »	100 961	1. <u>Nurses</u>	209 236	1. Nurses	500 013
2. Personell staffing and <u>Scheduling</u> OR <u>Nursing staff</u> OR understaffing	64 104	2. « <u>Moral distress</u> »	931	2. « <u>Moral distress</u> »	701
3. <u>Workload</u>	1 668	3. Hospital	340 664	3. 1 AND 2	35
4. « <u>Time pressure</u> »	1 176	4.1 AND 2	310		
5. 1 AND 2	15 620	5. 4 AND 3	104		
6. 5 AND 3	2026				
7. 6 AND 4	4				

4 Resultat

4.1 Artikkeltvalg

4.1.1 Artikkel 1	
Forfatter(e)	Ball J. E., Murrells T., Rafferty A. M, Morrow E. og Griffiths P.
Publikasjonsår	2014
Tidsskrift	BMJ Qual Saf
Land	England
Tittel	'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care
Hensikt	Studien så på hvilken type og utbredelse er det av arbeidsoppgaver som ikke blir gjort i løpet av en vakt? Var det noen sammenheng mellom bemanningsnivå og utbredelsen og typen sykepleie som ikke blir gjort på grunn av tidspress. Studien så også på om sykepleien som ikke ble gjort var assosiert med kvaliteten på sykepleien i avdelingen.
Metode	En spørreundersøkelse gjennomført av 2917 deltagere fordelt på 401 medisinske eller kirurgiske avdelinger. Den ble gjennomført fra januar til september 2010, og varte i 12 uker.
Hovedfunn	<p>De fleste sykepleierne hadde ikke gjennomført sykepleie på grunn av tidspress. Så mange som 86% sa at mer enn en av de tretten oppgavene i undersøkelsen ikke ble gjennomført. Hovedaktivitetene som ikke hadde blitt gjennomført var å snakke med pasientene (66%), instruere pasientene (52%) og oppdatere behandlingsplaner til pasientene (47%). Arbeidsoppgaver som sjeldent ikke ble gjennomført var smertelindring (7%) og annen behandling (11%). En annen viktig ting som ofte ikke ble gjort var overvåking av pasienter.</p> <p>Flere arbeidsoppgaver ble ikke gjort på dagtid enn på kveldstid, på grunn av at det er flere som trenger hjelp med daglige pleie og det er flere observasjoner av pasientene på en dagvakt.</p>

	<p>Det kom også frem at med færre pasienter per sykepleier er det mindre arbeidsoppgaver som ikke blir gjort. Lavere pasient/sykepleier-ratio gjør miljøet i avdelingen bedre. Samt at når det er mer arbeid som ikke er gjort går det utover hvor mange pasienter som overlever og sykepleierens opplevelse av kvaliteten på pleien som blir gitt. Sykepleierne ser også en fordel med å ha flere på jobb, sammenlignet med bare å ha den pålagte minstebemanningen.</p>
Kommentarer	IMRaD – struktur, fagfelleverdert

4.1.2 Artikkel 2	
Forfatter(e)	Storaker A., Nåden D. og Sæteren B.
Publikasjonsår	2014
Tidsskrift	Nursing Ethics
Land	Norge
Tittel	From painful busyness to emotional immunization: Nurses' experiences of ethical challenges
Hensikt	Få en bedre forståelse for hvordan sykepleiere håndterer etiske utfordringer i det daglige og hvilke etiske dilemmaer de møter på.
Metode	En kvalitativ intervjustudie gjort på et sykehus med deltagere fra tre avdelinger. Det var ni sykepleiere med minst to års erfaringsom deltok. Intervjuene ble gjort høsten 2013.
Hovedfunn	<p>Smertefull travelhet, konflikt med verdier, kompromiss med faglige prinsipp og emosjonell immunisering var temaer som kom opp.</p> <p>Smertefull travelhet førte til at sykepleierne ikke fikk ivaretatt pasientenes autonomi, pasienter ble skrevet ut for tidlig, og for det var for lite tid til evaluering og refleksjon. Dette mente sykepleierne som</p>

deltok i studien var på grunn av for mange pasienter eller for lite bemanning.

Konflikt med verdier for sykepleierne er på den ene siden hensyn til pasientene og den andre siden hensyn til helsesystemet. Dette putter sykepleierne i en ukomfortabel situasjon når de føler de må velge mellom den ene eller andre. De mer erfarne sykepleierne i studien mener de yngre og mindre erfarne sykepleierne prioriterer datamaskin og dokumentasjon over pasientkontakt og hjelpe pasientene med å dekke deres grunnleggende behov. Dette føler ikke de mer erfarne sykepleierne de kan blande seg i, selv om de ønsker å gjøre det. De ønsker ikke å føre tilsyn med sine kollegaer, for å unngå å ødelegge forholdet til kollegaene med en konflikt om sykepleiernes verdier om respekt for liv, verdighet og individualitet.

Kompromiss mellom faglige prinsipper skjer når arbeidsoppgaver må nedprioriteres. Det som ble vektlagt er den etiske gjennomføringen av den medisinske delen av behandlingen og rutiner i forhold til å dekke grunnleggende behov. Grunnleggende behov ble nedprioritert med en faglig begrunnelse, selv når pårørende og pasienter klagde på prioriteringene. Da ble det ikke gjort endringer, selv om det minnet sykepleierne på viktighetene av å tilfredsstille de grunnleggende behovene.

Sykepleierne identifiserte de etiske utfordringene, men følte ikke de hadde mulighet til å kunne løse utfordringen på grunn av omstendighetene. De fikk etter hvert en holdning hvor de så bort fra å skjerme pasientene under pleie for å gjennomføre en oppgave på gitt tid. I tillegg så det ut til at de prioriterte oppgaver som var krav fra helsesystemet over egne yrkesetiske verdier. Disse verdiene ser ut til å bli svakere og etter hvert forsvinne når sykepleierne tilpasser seg kulturen. Som fører til emosjonell immunisering av sykepleierne.

Kommentarer

IMRaD – struktur, fagfelleverdert

4.1.3 Artikkel 3	
Forfatter(e)	Barlow N. A., Hargreaves J. og Gillibrand W. P.
Publikasjonsår	2018
Tidsskrift	Nursing Ethics
Land	Unitet Kingdom
Tittel	Nurses' contributions to the resolution of ethical dilemmas in practice
Hensikt	Å identifisere verdier, kontekst påvirkning til beslutninger
Metode	En kvalitativ studie med semistrukturerte intervju, med en varighet på 30-45 min. Med 11 sykepleiere som hadde 2-40 års erfaring, som jobbet i alle typer avdelinger på sykehus. Intervjuene ble gjennomført i perioden mars til desember 2012.
Hovedfunn	<p>Det viktigste for sykepleierne var å ta hensyn til og opprettholde kvaliteten på pleien samtidig som de respekterer pasientenes individuelle behov når de skal ta etiske valg. Alle sykepleierne anerkjenner ansvaret de har overfor pasientene verdier og rettigheter blir opprettholdt. For å gi den beste pleien innenfor grensene til de tilgjengelige ressursene. Samarbeid ble lagt vekt på som viktig for deltagerne både mellom sykepleiere, og mellom sykepleier og annet helsepersonell.</p> <p>Konflikter oppstår når det er lite ressurser eller lite bemanning. Det oppstår også konflikter mellom sykepleiere og leger når sykepleierne må argumentere for verdigheten til pasientene satt opp mot behandling, da spesielt rundt livets slutfase. Sykepleierne var ikke bare bekymret for pasientene når de tok valg. De følte de at de måtte ta hensyn til andre enn bare pasienten i flere situasjoner. Andre faktorer kunne være andre pasienter, deres familie og andre som var en del av helsevesenet.</p> <p>Sykepleierne hadde lært å identifisere moralsk stress som en del av de dilemmaene de står overfor. Deltagerne mener at man ikke kan vise for</p>

	<p>mye følelser på jobb og at de noen ganger må holde avstand eller bære situasjonen med seg. Ofte var dette på grunn av andre pasienter som trengte hjelp eller kunnskap.</p> <p>Sykepleierne bruker moralsk argumentasjon basert på deres tro, erfaring og verdier. De anerkjenner også sin rolle som pasientens talsperson og at et godt pasient-sykepleie forhold er en nøkkel i denne rollen. En ting som kan påvirke dette forholdet er maktbalansen mellom pasient og sykepleier. Med dette etiske forholdet er tillit og medfølelse viktige faktorer til de som er sårbare og trenger hjelp. Da kan konflikter oppstå når sykepleiere og leger har forskjellig oppfatning om hva som må gjøres i ulike situasjoner.</p>
Kommentarer	IMRaD – struktur, fagfelleverdert

4.1.4 Artikkel 4	
Forfatter(e)	Humphries A. og Woods M.
Publikasjonsår	2016
Tidsskrift	Nursing Ethics
Land	New Zealand
Tittel	A study of nurses' ethical climate perceptions: Compromising in an uncompromising environment
Hensikt	Utforske og beskrive hvordan oppfatter sitt etiske klima på en medisinsk avdeling.
Metode	Kvalitativ studie med to fokusgruppeintervjuer med to måneders mellomrom. Hvor det var syv deltagere på første intervju og fire deltok på det andre. Deltagerne jobbet på samme avdeling.
Hovedfunn	<p>Studien viser at sykepleiernes arbeidskapasitet blir testet på en daglig basis og at dette gir moralsk stress. Studien peker på en enorm arbeidsmengde og at sykepleierne føler at de er underbemannet, mens ledelsen sier at bemanningen er tilstrekkelig. Samtidig øker arbeidsmengden jevnt over fordi det er flere pasienter kommer til sykehuset og de ulike avdelingene. Sykepleierne reflekterer over at dette fører til at det blir mindre til hver enkelt pasient. De føler at de ikke får gitt den sykepleien pasienten trenger og at de må redusere kvaliteten på pleien som blir gitt. Dette går også utover pasientsikkerheten, ettersom tidspresset gjør de vanskelig å holde seg til sine egne og de yrkesetiske verdiene. Tidspress gir lite rom for å diskutere og gjøre noe med dette temaet noe som gjør arbeidshverdagen enda vanskeligere og at det moralske stresset økte hos sykepleierne.</p> <p>Det moralske stresset øker spesielt når sykepleierne er forpliktet til å være talsperson for sine pasienter, samtidig som de følger de begrensningene institusjonen har.</p>

Kommentarer	IMRaD – struktur, fagfelleverdert
-------------	-----------------------------------

4.1.5 Artikkel 5	
Forfatter(e)	Lusignani M., Gianni M. L., Re L. G. og Buffon M. L.
Publikasjonsår	2017
Tidsskrift	Journal of Nursing Management
Land	Italia
Tittel	Moral distress among nurses in medical, surgical and intensive-care units
Hensikt	Å se på frekvensen, nivå og intensiteten av moralsk stress oppfattet av sykepleiere i medisinske-, kirurgiske- og intensivavdelinger.
Metode	En spørreundersøkelse ble gjennomført fra november 2011 til februar 2012 og inkluderte førtiseks medisinske, kirurgiske og intensivavdelinger. Spørreundersøkelsen tok 15-20 min å gjennomføre, og av de 559 som fikk den var det 283 som fullførte.
Hovedfunn	<p>Studien viser at det er størst moralsk stress hos de som jobber i medisinske avdelinger sammenlignet med de som jobber i operasjonsavdelinger eller på intensiv avdelinger. Noe av årsaken til dette kan være at på de medisinske avdelingene er pasientene sykere, mer sårbare og eldre enn på de andre avdelingene, i tillegg til at bemanningen er en helt annen på de fleste intensiv avdelinger. 43% av deltagerne hadde vurdert å skifte jobb på grunn av moralsk stress. Kun 3% hadde skiftet jobb på grunn av moralsk stress.</p> <p>Sykepleierne opplever økt moralsk stress når de ikke har mulighet til å påvirke avgjørelser relatert til pasientenes smertenivå. Andre ting var press fra familien på behandling som ikke er til det beste for pasienten eller at de ikke får gitt tilstrekkelig informasjon eller oppklaringen av informasjon til pasienten. Sykepleierne følte de måtte gjøre flere</p>

	<p>unødvendige tester og behandlinger og at det var mangel på ressurser for å gi optimal pleie til pasientene. Situasjonene som hadde høyest frekvens og intensitet av moralsk stress var relatert til administrasjon av smertestillende.</p> <p>Det moralske stresset er økt når sykepleierne er uenig om videre behandling av pasienter. Alder eller kjønn hadde ikke noe å si for om man opplevde moralsk stress eller ikke.</p>
Kommentarer	IMRaD – struktur, fagfelleverdert

4.2 Sammenfatning av resultat

4.2.1 Moralsk stress

Sykepleierne må på daglig basis inngå kompromiss mellom sine etiske verdier og yrkesetiske verdier. Dette skjer stort sett på grunn av at det er mangel på tid eller at sykepleierne føler de er underbemannet. Noe som kommer frem i flere av studiene er at nedprioritert arbeid fører til flere etiske dilemmaer og mer moralsk stress i tillegg til at sykepleierne føler kvaliteten på sykepleien synker. Etisk immunisasjon skjer når sykepleierne over tid stadig blir satt på prøve med sine etiske verdier og må inngå kompromiss i hverdagen.

En konflikt som ofte oppstår er mellom legene og sykepleierne når det er ulik oppfatning om hvilken behandling pasientene burde få. Dette er på grunn av sykepleierens rolle som talsperson for pasientene om pasienten selv ikke klarer å gi uttrykk for egne behov eller ikke vet selv hva de har behov for. Sykepleiere opplever også konflikter med pårørende når deres ønsker ikke alltid går overens med pasientens egne ønsker eller de medisinske rådene fra legen.

Sykepleierne er i stand til å identifisere moralsk stress. På samme tid føler de at de ikke får gjort noe med det, med bakgrunn i de kravene pasientene stiller til sykepleierne, det som er forventet av de fra arbeidsgiveren og sykepleierens egne yrkesetiske prinsipper. Sykepleierne endte til slutt opp med å heller føye seg etter forventningene til arbeidsgiveren, istedenfor å følge sine egne etiske verdier og faglige prinsipper som er til det beste for pasienten.

4.2.2 Pasientbehandling

På generelt grunnlag bruker sykepleierne moralsk argumentasjon basert på deres fagkunnskaper, erfaring og verdier. Da viser studiene at det er samtaler med pasientene, instruksjon av pasientene og oppdatering av behandlingsplaner som oftest blir nedprioritert. Dette viser at det er den medisinske behandlingen av pasientene som blir prioritert når sykepleierne blir stilt ovenfor etiske dilemmaer knyttet til grunnleggende behov. Som en direkte konsekvens blir de psykiske behovene til pasienten nedprioritert. Denne prioriteringen er i konflikt med de etiske verdiene til sykepleierne.

Sykepleierne med mest erfaring i studiene mener de mindre erfarne sykepleierne nedprioritere pasientkontakt. De mindre erfarne prioriterer dokumentasjon og annet papirarbeid som kreves av dem fra ledere, annet helsepersonell og lovverket.

5 Drøfting

5.1 Moralsk stress

En av sykepleiernes viktigste arbeidsoppgaver er å hjelpe pasienter med å gjenvinne god helse (Mathisen, 2015). Det blir vanskelig å gjennomføre når pasientkontakt, informasjonsformidling, observasjon av pasienter og arbeidsoppgaver relatert til pasientenes grunnleggende behov blir forsømt eller nedprioritert med faglig begrunnelser. (Ball et al, 2014, Storaker A., Nåden D. og Sæteren B., 2014, Barlow N. A., Hargreaves J. og Gillibrand W. P., 2018, Lusignani et al, 2017). Eksempler på faglige begrunnede prioriteringer fra mine egne erfaringer er å ta seg tid til å snakke med en pasient som har angst eller som har fått en alvorlig diagnose, satt opp mot det å følge en pasient på toalettet. Begge behovene er like reelle og tidkrevende, men det er å følge en pasient på toalettet som blir prioritert. Det er nedverdiggende for en pasient å ikke komme seg på toalettet i tide, spesielt når det er flere pasienter på rommet. I tillegg blir det merarbeida på sykepleierne om pasienten ikke rekker det, med stell av pasienten, skifte på sengen og eventuelt vask av gulv eller møbler. I denne situasjonen må sykepleier velge mellom det som gir minst merarbeid eller å ta vare på den psykiske helsen til en annen pasient, noe som er en meget moralsk krevende oppgave. Studiene i denne studien peker på mangler på ressurser for optimal pleie og at sykepleierne glemmer enkelte rutinene på grunn av det økte moralske stresset (Storaker A., Nåden D. og Sæteren B., 2014). En annen årsake for økt moralsk stress er for mange pasienter per sykepleier i hverdagen (Storaker A., Nåden D. og Sæteren B., 2014, Humphries A. og Woods M., 2016). Når det er forsømte arbeidsoppgaver eller mindre tid per pasient går det utover kvalitetene på pleien og omsorgen pasientene mottar. Dette fører til sykepleiernes følelse av å ikke strekke til, og at de dermed må gå med på kompromiss mellom egne holdninger, etiske prinsipper og yrkesetiske retningslinjer. Da øker det moralske stresset og de føler seg maktesløse (Aakre, 2016). Dette kan ha med hvordan deltagerne opplever situasjoner, noe som vil være individuelt fra person til person. Hvordan en arbeider, planlegger og hvor effektiv man er vil være individuelt. Arbeidskapasitet og erfaringer til hver enkelt er også med på å avgjøre hvordan det oppleves.

Å ikke gi informasjon til pasientene strider med Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) hvor pasientene har rett på informasjon om egen helsetilstand og medvirkning i egne helsetjenester. Sykepleierne skal etter etisk prinsipp opprettholde pasientenes autonomi (Brinchmann, 2016). Det blir utfordrende når sykepleierne ikke gir den informasjonen de trenger for å ta

beslutninger om egenhelsetilstand og behandling. At det er denne oppgaven som blir lagt til side i så mange situasjoner viser at sykepleierne daglig må prioritere hvilke oppgaver som faktisk blir gjennomført (Ball et al, 2014).

Noe som kunne bidratt til å senke det moralske stresset ville vært å øke bemanningen. Det ville gitt hver enkelt sykepleier mer tid til hver pasient, og de kunne økt kvaliteten på pleien og omsorgen. Når lederne sier at bemanningen er tilstrekkelig (Humphries A. og Woods M., 2016) opplever sykepleierne mer moralsk stress når de føler de ikke blir hørt eller får noe støtte av lederne sine (Storaker A., Nåden D. og Sæteren B., 2014, Humphries A. og Woods M., 2016). Dessverre finnes det ikke nasjonale eller internasjonale lover eller retningslinjer på hvor mange pasienter en sykepleier skal ha ansvar for. Retningslinjer gjør det enklere for sykepleiere og argumentere mot det de opplever som for dårlig bemanning.

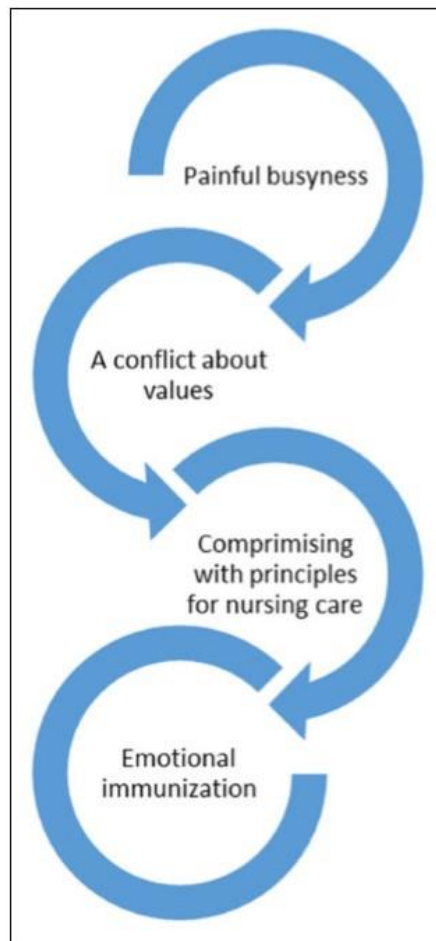
Når sykepleierne melder fra om feil i systemet snur lederne i flere situasjoner dette over på sykepleierne og sier det er individuelle feil. Det samme gjelder når sykepleierne mener de er under for stort tidspress, og lederne mener sykepleierne er dårlige til å administrere tiden sin på jobb (Humphries A. og Woods M., 2016). Dette skaper moralsk stress på grunn av opplevelsen av avmakt overfor helsesystemet de er en del av og må forholde seg til. Sykepleiere opplever at de ikke har muligheten til å være med og endre på systemet når de ikke blir hørt av lederne sine.

Personkonflikter skaper moralsk stress for sykepleierne, for eksempel når de er uenige med legen om videre behandling av pasientene. Da er sykepleierens rolle som pasientenes talsperson viktig, og en rolle sykepleiere er bevist på og tar på alvor (Barlow N. A., Hargreaves J. og Gillibrand W. P., 2018, Lusignani M., Gianni M. L., Re L. G. og Buffon M. L., 2017). Årsaker til denne uenigheten kan være at sykepleierens verdier og etiske retningslinjer ikke er i samråd med legens, og at legen som bestemmer over situasjonen ikke tar hensyn til andre yrkesgrupper sine kunnskaper. I forhold til de fire etiske prinsippene sykepleiere skal følge vil det å ikke skade og til bety å ikke gi mer behandling. Uansett er det legen som har det siste ordet i hvilken medisinsk behandling som skal settes i gang og ikke.

Personkonflikter kan også oppstå mellom sykepleier og pasient eller pårørende. Spesielt når pårørende ønsker behandling som ikke er til det beste for pasienten eller pasienten ikke ønsker behandlingen som er til det beste for den. Dette skaper moralsk stress hos sykepleierne som må nedprioritere sine egne verdier ved eventuell oppstart eller avslutning av behandlinger

(Barlow N. A., Hargreaves J. og Gillibrand W. P. ,2018, Lusignani M., Gianni M. L., Re L. G. og Buffon M. L., 2017). Etske prinsipper som utfordres i denne situasjonen er å ikke å skade og å opprettholde autonomien til pasienten, samtidig som en av de yrkesetske prinsippene er å gi en verdig død til pasienter som ikke ønsker mer behandling (Brinchmann, 2016, Sneltvedt, 2016). Et eksempel på en slik situasjon er når pårørende ønsker at pasienten skal starte på en ny kur med kreftbehandling mens pasienten selv ikke ønsker mer. Flere typer kreftbehandling er veldig krevende for den fysiske og psykiske helsen til pasienten og krever god og forståelig informasjonsformidling. Sykepleierne har snakket med pasienten om dette og hva vedkommende ønsker og avklart at pasienten er innforstått med hva som vil skje om han sier nei til mer behandling. Alt dette er blitt formidlet til pårørende, men likevel presser de på for videre behandling til sykepleierne, legene og pasienten selv.

Alle konfliktene og kompromissene sykepleiere inngår går på egne holdninger, verdier og retningslinjer. Dette føre til at sykepleierne blir emosjonelt immunisert og dermed mindre påvirket av pasientenes grunnleggende behov (Storaker A., Nåden D. og Sæteren B., 2014). En annen måte å håndtere moralsk stress på er å ta følelsesmessig avstand, for å kunne håndtere det moralske stresset som oppstår i slike situasjoner (Barlow N. A., Hargreaves J. og Gillibrand W. P.2018). Dette kommer som en følge av at sykepleierne over tid ikke har klart å gi pasientene det de føler er tilfredsstillende pleie eller pleie av god kvalitet. Sykepleierne føler at de ikke strekker til og det går utover samvittigheten overfor pasientene. De vanligste årsakene til dette er tidspress, ressurser og byråkrati de føler seg forpliktet til å innfri kravene til (Aakre, 2016). Arbeidskravene til sykepleierne er stadig økende i omfang. I kombinasjon med liten styring over egen arbeidstid på grunn av det etske aspekt med å alltid skulle tilfredsstillende pasientens behov blir summen av dette en risikofaktor for å utvikle psykiske helseplager (St.meld 29, 2010-2011).



(Storaker A., Nåden D. og Sæteren B., 2014)

Figur 1: Viser hvordan tidspress, konflikter, kompromisser med verdier blir til emosjonell immunisasjon.

Basert på personlige erfaringer er et godt arbeidsmiljø med lite moralsk stress der kollegaer hjelper hverandre med gjennomføringen av arbeidsoppgaver og det er en større flyt av arbeidsoppgaver mellom kollegaer. Dette gjøres med god kommunikasjon underveis i arbeidet og fordeling av arbeidsoppgaver basert på kompetanse og evne. På den måten gjennomføres alle arbeidsoppgaver med en faglig høy kvalitet og i tide. Er det god kommunikasjon og godt samarbeid om oppgaver er det lett å ta opp etiske dilemmaer å reflektere over de sammen og finne den beste løsningen. Ettersom ulike mennesker har ulik bakgrunn og erfaring er det smart å reflektere over dilemmaene sammen. Å reflektere over etiske dilemmaer kan være med på å bidra til at sykepleieren føler seg sikrere i valget som blir tatt og kan dermed senke det moralske stresset i situasjonen. Hvis lederne lager rom for dette vil arbeidet være forsvarlig for arbeidstakernes psykiske helse (Arbeidsmiljøloven, 2005). For å få til et godt samarbeid kan lederne bidra med å tilrettelegge for samarbeidsutvikling og arbeidsmiljøbygging. De

ansatte har fordeler av å bli bedre kjent med hverandre utenfor arbeidsplassen. På den måten vil de også bli tryggere på hverandre og kommunikasjon vil gå lettere.

5.2 Pasientbehandling

Sykepleierne er ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) pålagt å gi alle pasienter helsehjelp. Samtidig sier Helsepersonelloven (2000) at sykepleierne skal utøve faglig forsvarlig arbeid og gi omsorgsfull hjelp ut fra kvalifikasjoner, situasjonen og arbeidets karakter. Med dette blir de pålagt å yte sykepleie med god kvalitet og faglig forsvarlighet uansett hvilket utgangspunkt de har for å oppnå disse kravene. Dette har stor sammenheng med sykepleierens oppfattelse av om kvaliteten og sikkerheten i eget arbeid er godt nok når arbeidsoppgaver ikke blir gjort eller blir utsatt (Ball et al, 2014). Når det er flere pasienter per sykepleier vil det si at det blir mindre tid til hver enkelt. Dette går automatisk utover kvaliteten på sykepleien og pasientsikkerheten og gjør det vanskeligere for sykepleierne å holde seg til sine verdier og øker det moralske stresset (Humphries A. og Woods M., 2016).

Blir det moralske stresset for stort kan det i ytterste konsekvens stride med lovverket og gå utover pasientsikkerheten. Når pasientsikkerheten står i fare betyr det at pasientene står i fare for å bli skadet eller påført unødvendig lidelse. Da blir det sykepleiernes jobb å melde fra om at det moralske stresset er for stort og at det går utover pasientene og deres behandling. Noen sykepleierne har lettere for å melde fra dersom det er mange pasienter per sykepleier (Ball et al, 2014). Er det lettere å melde fra ved stort pasientantall kan det bety det er en større aksept for å ikke rekke alle arbeidsoppgaver, sammenlignet med når det er færre pasienter. Altså når det er antall arbeidsoppgaver det går på og ikke tiden hver oppgave tar.

En studie viste at å administrere smertestillende til pasienter øker det moralske stresset hos sykepleierne (Lusignani et al, 2017). Samtidig er det en arbeidsoppgave som sjeldent blir unnlatt å gjøre av sykepleierne (Ball et al, 2014). Etersom opplevelsen av smerte er med på å påvirke om man selv er i stand til å dekke sine grunnleggende behov, blir dette en veldig viktig del av pasientbehandlingen (Mathisen, 2015). Opplevelsen av smerte kan påvirke pusten, evnen til å spise og drikke, bevege seg, søvn, og flere av de grunnleggende behovene. Smertelindring er en såpass viktig oppgave at dette kan være årsaken til det moralske stresset øker, fordi selv når vi gjør den føler sykepleiere at det burde vært gjort før. Medfølelse gjør også at det å se andre mennesker ha det vondt er en påkjenning i tillegg til at det ofte er vanskelig å smertelindre tilfredsstillende.

Når lederne ved sykehuset ser antall senger og ikke totalbelastningen av hver enkelt pasient som ligger i disse sengene opplever sykepleierne i avdelingene moralsk stress (Humphries A. og Woods M., 2016). Stress hos sykepleierne er ikke positivt for pasientens behandling. Sykepleiernes oppgave er å individuelt tilpasses behandlingen ut fra pasientens behov (Mathisen, 2015). Ledernes syn medfører organisatoriske mål til sykepleierne om stadig flyt av pasienter gjennom avdelingene og helsesystemet. Dette medfører at grunnleggende arbeidsoppgaver i forhold til pasientbehandlingen blir unnlatt å gjøre, for eksempel papirarbeid og å informere pårørende for å få fortgang (Humphries A. og Woods M., 2016). Da må sykepleierne gå på kompromiss med sine egne etiske verdier og det moralske stresset oppstår. En årsak til at lederne setter disse målene og sykepleierne innfinner seg i disse er et av de fire etiske prinsippene om rettferdighet. Ressursene skal fordeles likt mellom pasientene som er i like situasjoner, noe det er mer av på samme avdeling. Samtidig ser sykepleierne at de kan påføre mer skade om pasientene blir skrevet ut for tidlig (Brinchmann, 2016). Å skrive ut pasienter før de er klare for det skaper nok et etisk dilemma for sykepleierne (Barlow N. A., Hargreaves J. og Gillibrand W. P., 2018, Humphries A. og Woods M., 2016). Det skaper moralsk stress og skyldfølelse når de ikke får gitt den pleien og omsorgen pasientene trenger ved for tidlig utskrivelse (Barlow N. A., Hargreaves J. og Gillibrand W. P., 2018).

En hypotese er at ved lite bemanning blir observasjon av pasienter nedprioritert, og det påvirker dødeligheten blant pasientene. Noe som igjen er med på å øke det moralske stresset hos sykepleierne, når de ikke får observert pasienten. Konsekvensene av det er økt dødelighet blant pasientene og en større skyldfølelse hos sykepleierne (Ball et al, 2014).

Norge er i verdenstoppen når det kommer til antall sykepleiere per innbygger, vi er kun slått av Sveits (Amundesen, 2017). Likevel er vi ikke fornøyde med kvaliteten eller bemanningen av sykepleierne. Dette er forståelig om stort tidspress og arbeidsmengde får så store konsekvenser som økt dødelighet blant pasienten. Norge har heller ingen lov- eller forskriftfestet minimumsbemanning per pasient eller årsverk per seng, hverken i spesialist- eller kommunehelsetjenesten. En foreslått løsning på dette er økt bemanning og en endring i hvordan de daglige rutine er i dag. Med økt bemanning vil det være mindre pasienter per sykepleier og det vil senke det moralske stresset. En endring av de daglige rutinene vil være en drastisk endring, men kanskje en nødvendig en. Kanskje til og med endre planløsningen på avdelingen for lettere kunne observere pasientene. Blir det lettere å observere pasientene blir ikke det en forsøkt arbeidsoppgave og ødseligheten blant pasientene vil kanskje synke. En annen mulig løsning er å ta opp moralsk stress som et tema i utdanningen. På den måten vil

nyutdannede sykepleiere være bevist på denne utfordringen i sitt arbeid og være bedre rustet til å møte det moralske stresset. Når de gjennomutdanningen har lært hvordan det oppstår og hvordan håndtere det på best mulig måte.

6 Konklusjon

Når sykepleierne føler at de ikke klarer å oppfylle de kravene som omverdenen setter til de oppstår det moralske stresset. Enten det er på grunn av det mye omtalte tidspresset, store arbeidsmengden på grunn av for mange pasienter per sykepleier. Kravene fra helsesystemet, som vil si krav fra lover, arbeidsgiver og helsevesenet generelt. Dette fører til at sykepleierne blir stilt ovenfor en rekke etiske dilemmaer, som fører til at de etiske verdier, prinsipper, og yrkesetiske retningslinjer blir stilt opp mot hverandre. Dette kan løses gjennom en lovfestet minstepbemanning, med lokale forbehold hvor det er pasienter som trenger spesielt mye hjelp for å få dekket sine grunnleggende behov.

Dokumentasjon tar opp mye av tiden til sykepleierne, og tar de vekk fra pasientene. En måte å unngå dette på er å ha andre dokumentasjonsmetoder. Mer pasientnære metoder der det dokumenteres kontinuerlig i løpet av arbeidsdagen. På den måten vil ikke sykepleierne måtte velge mellom dokumentasjon og pasientkontakt. Dette vil kreve mer teknologi, som ikke går på bekostning av taushetsplikten overfor pasientene.

I konflikter mellom legen og sykepleierne kan en rolle avklaring og en innføring i hverandres profesjon være nødvendig. Etersom disse profesjonene har litt ulikt fokus i møte med pasientene, men på samme tid må man ha respekt for hverandres profesjon og meninger. Det er sykepleieren som har mest pasientkontakt av profesjonene. Derfor er det naturlig de har mest innsikt i pasientens behov og meninger i forhold til videre behandling, dermed blir de pasientens talsperson.

Hadde moralsk stress vært et større tema under utdanningen kunne sykepleierne vært bedre forberedt i møte med i jobb. De kunne fått kunnskap om å identifisere det moralske stresset, og ulike mestringsstrategier for dette stresset.

7 Litteraturliste

- Aakre M. (2016). *Jakten på dømmekraft. Pasientnært etikkarbeid i Helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Amundsen B. (2015). Norge har mest helsepersonell i verden. Hentet fra: <https://forskning.no/ny-helsepolitikk-samfunnsmedisin/norge-har-mest-helsepersonell-i-verden/309958> (Hentet: 09.10.19)
- Arbeidsmiljøloven. (2005) *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern av 17. juni 2005 nr. 62* (Hentet: 09.10.19)
- Ball J. E., Murrells T., Rafferty A. M Morrow E., Griffiths P. (2014) 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care, *BMJ Qual Saf*, 23(2), s. 116 - 125 DOI: 10.1136/bmjqs-2012-001767
- Brinchmann B. S. (2016) De fire prinsippers etikk, i Brinchmann B. S. (red) *Etikk i sykepleie*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 81-96
- Barlow N. A., Hargreaves J. og Gillibrand W. P. (2018) Nurses' contributions to the resolution of ethical dilemmas in practice, *Nursing Ethics*, 25(2), s. 230-242 DOI: 10.1177/0969733017703700
- Dolonen K. A. (2018). *5900 sykepleiere og spesialsykepleiere mangler i helsevesenet. Sykepleien*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/2018/05/5900-sykepleiere-og-spesialsykepleiere-mangler-i-helsevesenet> (Hentet: 09.10.19)
- Forsberg, C. og Wengstrøm, Y. (2015) *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 4. utgave. Stockholm: Författarna och bokförlaget Natur & Kultur
- Flovik A. M. og Rokseth T. (2015) Kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet, i Grov E. K. og Holter I. M.(red) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*, 5.utg, Oslo, Cappelen Damm, s. 271-296
- Graverholt B., Jamtvedt G. og Nordtvedt M. W. (2015) Kunnskapsbasert praksis, i Grov E. K. og Holter I. M.(red) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*, 5.utg, Oslo, Cappelen Damm, s. 179- 192
- Helsepersonelloven. (1999) *Lov om Helsepersonell av 1. januar 1999 nr. 64* (Hentet: 09.10.19)

Hjorthol L. M. (2015). *Vi lever lenger med sykdom og plager*. Hentet fra:
<https://forskning.no/ntnu-aldring-partner/vi-lever-lenger-med-sykdom-og-plager/469049>
(Hentet:09.10.19)

Humphries A. og Woods M. (2016) A study of nurses' ethical climate perceptions: Compromising in an uncompromising environment, *Nursing Ethics*, 23(3), s. 265-276
DOI: 10.1177/0969733014564101

Lusignani M., Gianni M. L., Re L. G. og Buffon M. L. (2017) Moral distress among nurses in medical, surgical and intensive-care units, *Journal of Nursing Management*, 25, s. 477-485 DOI: 10.1177/0969733014564101

Mathisen J. (2015) Hva er sykepleie?, i Grov E. K. og Holter I. M.(red) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*, 5.utg, Oslo, Cappelen Damm, s. 119-143

NTB (2019). *SSB: Norge vil mangle 28 000 sykepleiere i 2035*. *Sykepleien*. Hentet fra:
<https://sykepleien.no/2019/05/ssb-norge-vil-mangle-28-000-sykepleiere-i-2035> (Hentet: 09.10.19)

Nortvedt M., Jamtvedt G. Graverholdt B. Nordheim L. V. og Reinart L. M. (2012) *Jobb Kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm AS

Ovid (u.å.) Hentet fra: <https://www.ovid.com/about-ovid.html?top=42>. (Hentet 11.11.19)

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63* (Hentet: 09.10.19)

Sneltvedt T. (2016) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, i Brinchmann B. S. (red) *Etikk i sykepleie*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 97-113

Slettbø Å. (2016) Forskningsetikk, i Brinchmann B. S. (red) *Etikk i sykepleie*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 241-258

Slettbø Å. (2016) Etiskedilemmaer, i Brinchmann B. S. (red) *Etikk i sykepleie*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 41-54

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten av 2. juli 1999 nr. 61* (Hentet: 09.10.19)

Statens Arbeidsmiljøinstitutt (2015) *Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2015; status og utviklingstrekk*

Storaker A., Nåden D. og Sæteren B. (2014) From painful busyness to emotional immunization: Nurses' experiences of ethical challenges, *Nursing Ethics*, 24(5), s. 556-565 DOI: 10.1177/0969733015620938

St.meld. 10 (2012-2013) (2012) *God kvalitet – trygge tjenester*. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.

St.meld. 29 (2010-2011) (2011) *Felles ansvar for eit godt og anstendig arbeidsliv*. Oslo: Det kongelige Arbeids- og sosialdepartementet.

UiO, 2019. Hentet fra: <https://www.norghistorie.no/hvordan-blir-historie-til/undervisningsopplegg/U2001-Kildekritikk-Hvordan-granske-en-kilde.html> (Hentet 09.11.19)

Underdal H. (2013). *Chinal tilgjengelig i Helsebiblioteket*. *Helsebiblioteket*. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/cinahl-tilgjengelig-i-helsebiblioteket> (Hentet 11.11.19)

