



BACHELOROPPGAVE/BACHELOR THESIS

**TID TIL RÅDIGHET OG BEMANNING
RELATERT TIL KVALITET PÅ
GRUNNLEGGENDE SYKEPLEIE**

**TIME AT HAND AND STAFFING
RELATING TO QUALITY OF BASIC
NURSING CARE**

HØGSKOLEN I GJØVIK
AVDELING FOR HELSE, OMSORG OG SYKEPLEIE
SEKSJON SYKEPLEIE

FORFATTERE:
IDA KAROLINE ØSTVANG
STINE THERESE HAGEN

DATO:
11.05.2015

SAMMENDRAG

Tittel:	Tid til rådighet og bemanning relatert til kvalitet på grunnleggende sykepleie.	Dato : 11.05.15
Deltaker(e)/	Stine Therese Hagen Ida Karoline Østvang	
Veileder(e):	Bente Thyli	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkel ord (3-5 stk)	Bemanning, tid til rådighet og grunnleggende sykepleie.	
Antall sider/ord: 12964	Antall vedlegg: 0	Tilgjengelighet (åpen/konfidensiell): Åpen
<p>Bakgrunn: Tidligere forskning og oppslag i media viser sammenheng mellom bemanning og tid til rådighet, og at det påvirker kvalitet på sykepleie. Dette gir utfordringer for sykepleiere over hele verden, som følge av økende arbeidsoppgaver og innskrenkede ressurser. Alle mennesker har grunnleggende behov, og det er sykepleierens ansvar å tilfredsstille behovene individuelt hos hver enkelt pasient.</p> <p>Hensikt: Hensikten med oppgaven er å utforske sykepleieres erfaringer med og opplevelser av bemanning og tid til rådighet relatert til grunnleggende sykepleie.</p> <p>Metode: Metoden er et litteraturstudie, med 9 artikler, som er sett i sammenheng med fagstoff som omhandler tema. Artiklene er gjennomgått med kritisk blikk. Både ustrukturerte og strukturerte søk ble gjennomført. Databasene som ble brukt var Cinahl Complete og Ovid Nursing Database. Noen av søkeordene var: quality of nursing care, nurse experience, time pressure and staffing.</p> <p>Resultat: Resultatene viser at sykepleiere opplever tidspress, underbemanning og arbeidsbelastning, og dette påvirker kvalitet på grunnleggende sykepleie i negativ retning. Kvalitet er et vanskelig begrep, og målingsverktøyene er mange og forskjellige. Ofte opplever sykepleiere at underbemanning og tidspress fører til at de ikke får gjort det de bør/vil.</p> <p>Konklusjon: Det er flere faktorer som for eksempel arbeidsmiljø, politikk og økonomi som spiller inn på kvalitet på grunnleggende sykepleie, ikke bare tidspress og bemanning. Ledere burde satse på riktig ressursbruk, men dette alene er ikke nok for å bedre kvaliteten.</p>		

ABSTRACT

Title:	Time at hand and staffing relating to quality of basic nursing care.	Date : 11.05.15
Participants/	Stine Therese Hagen Ida Karoline Østvang	
Supervisor(s)	Bente Thyli	
Employer:		
Keywords (3-5)	Staffing, time at hand and basic nursing care.	
Number of pages/words:	12964	Number of appendix: 0
Availability (open/confidential): open		
<p>Background: Former research and media coverage shows a correlation between staffing and time at hand, and that it affects quality of nursing care. This results in challenges for nurses all over the world, as in increased workload and limited resources. Every human being have basic needs, and it is the nurses' responsibility to meet these needs individually with every patient.</p> <p>Aim: The aim of this assignment is to explore nurses' experiences and perceptions of staffing and time relating to basic nursing care.</p> <p>Method: The method used is a literature review, including 9 articles, which is viewed in conjunction with subject material related to the theme. The articles are reviewed with critical appraisal. Both electronic and additional search strategies such as searching the reference lists in articles was used. The electronic databases used were Cinahl Complete and Ovid Nursing Database. Some of the keywords were: quality of nursing care, nurse experience, time pressure and staffing.</p> <p>Results: The results shows that nurses experience time pressure, understaffing and workload, and that it affects quality in a negative direction. Nurses often experience that understaffing and time pressure leads to not doing what they want and ought to do. However, quality is a difficult term and the measurement tools are many and varied.</p> <p>Conclusion: There are multiple factors, for example work environment, politics and economics that affect quality of basic nursing care, not only time pressure and staffing. Leaders should focus on resource allocation, however it isn't the only thing improving quality.</p>		

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	2
ABSTRACT	3
1.0 INNLEDNING	5
2.0 BAKGRUNN.....	7
2.1 VIRGINIA HENDERSONS SYKEPLEIETEORI	7
2.2 TIDLIGERE FORSKNING	9
2.3 HENSIKT MED LITTERATURSTUDIET	11
3.0 METODE	12
3.1 FREMGANGSMÅTE: LITTERATURSTUDIE.....	12
3.2 LITTERATURSØK	12
3.2.1 Søketabeller	14
3.3 KRITERIER FOR VALG AV ARTIKLER	15
3.4 KVANTITATIV OG KVALITATIV METODE	17
3.7 ANALYSE AV FUNN	17
4.0 RESULTAT	19
4.1 PRESENTASJON AV FUNN	19
4.2 UTFYLLENDE BESKRIVELSER AV FUNN	28
5.0 DRØFTING	33
5.1 HVORDAN OPPELVER OG ERFARER SYKEPLEIERE BEMANNING OG TID TIL RÅDIGHET SOM PÅVIRKENDE FAKTORER RELATERT TIL KVALITET PÅ GRUNNLEGGENDE SYKEPLEIE?.....	33
5.2 METODISK DRØFTING/KRITISK VURDERING AV ARTIKLER	38
5.3 FORSKNINGSETIKK	42
6.0 KONKLUSJON.....	44
7.0 LITTERATURLISTE.....	45

Antall ord: 12964

1.0 Innledning

Ifølge Hernæs, Mundal og Lunde (2014) hadde 35 prosent av befolkningen i Norge én eller flere behandlinger på sykehus i 2013. Det vil si nesten 1,8 millioner mennesker. Sundby og Abrahamsen (2014) hevder at tall fra samme år viser at det var nesten 300.000 brukere av omsorgstjenester, blant annet langtidsopphold i institusjon. Stølen og Texmon (2012) hevder at det i år 2035 vil være en vesentlig underdekning av helsepersonell, sett opp mot befolkningsøkningen, hvis det ikke utdannes flere. Videre nevner Stølen og Texmon (2012) at det forventes at befolkningen over 80 år øker betraktelig fra år 2020 til 2035, og etterspørselen av personell blir derfor størst innen pleie- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Studier viser at bemanning, arbeidsbelastning og tid til rådighet i form av tidspress kan være faktorer som påvirker kvalitet på sykepleie (Lundgren og Segesten 2001; Paulsen mfl. 2004; Schnelle mfl. 2004; Bostick mfl. 2006; Kirkevold og Engedal 2008; C. Foss 2010; Teng, Hsiao og Chou 2010; Ball mfl. 2014; Schreuders mfl. 2015; Twigg, Gelder og Myers 2015). Tid beskrives i dette litteraturstudiet som den tiden sykepleiere har til rådighet i løpet av en vakt. Bemanning beskrives ofte som pleiefaktor, det vil si antall årsverk pleiepersonell per sykehjemsplass (Helse- og omsorgsdepartementet 1999), og antall pasienter per sykepleier på jobb. Dette litteraturstudiet tar utgangspunkt i kvalitet etter kvalitet på sykepleie som blir gitt, og sammenhengen mellom krav, forventninger, etterspørsel og behov, beskrevet av Øgar og Hovland (2004) og Hummelvoll og Barbosa da Silva (2012). Det har de senere årene vært en rekke oppslag om bemanning og tidspress i media og artikler i tidsskriftene *Sykepleien* og *Sykepleien Forskning* (H. Foss mfl 2009; Hofstad 2014; Omland 2015). Omland (2015) beskriver en situasjon der en pårørende leide inn en privat sykepleier for å pleie den syke moren sin på nattetid. Dette ble gjort på grunn av for liten bemanning på sykehjemmet moren er på. Omland (2015) legger frem at pårørende mener beboerne på sykehjemmet ikke får dekket grunnleggende behov om natten. H. Foss mfl. (2009) utførte et kvantitativt prosjekt for å undersøke hvor mye tid sykepleierne bruker på direkte pasientkontakt, som i prosjektet ble definert som at sykepleieren kunne ha øyekontakt med pasienten. Resultatet viste at 35% av tiden ble brukt på direkte pasientkontakt, og at andre arbeidsoppgaver tok mer tid. Videre viste undersøkelsen at 64,5% av tiden til sykepleierne gikk med til andre gjøremål som for eksempel påfylling av rekvisita og mattilberedning. Hofstad (2014) hevder i temaet om såkalte tidstyver at halvparten av deltakende sykepleiere i en undersøkelse føler at de ikke har nok tid til pasientene sine, og forteller om en økning i

arbeidsoppgaver som ikke innebærer direkte pasientkontakt. Dette var en undersøkelse utført av tidsskriftet Sykepleien blant 3509 sykepleiere i hele Norge. Samtidig viste undersøkelsen at disse tidstyvene førte til at pasientene ble mindre aktivisert og mer ensomme, som er en svikt i pasientenes grunnleggende behov.

Med tanke på at etterspørselen etter sykepleiere og helsepersonell vil komme til å øke (Stølen og Texmon 2012), er det hensiktsmessig med et litteraturstudie som ser på hvordan sykepleiere føler og opplever at grunnleggende behov blir ivaretatt. Sykepleiere i Norge er bundet til en rekke lover, og i tillegg flere regler (Bjørø og Kirkevold 2011; Hem 2012), for eksempel Norsk Sykepleierforbund (2011) sine yrkesetiske retningslinjer. Disse er utviklet for å utdype sykepleierens grunnlag. Hem (2012) hevder at yrkesetiske retningslinjer er en form for moralsk veileder. Punkt nr. 2 i Norsk Sykepleierforbund (2011) sine yrkesetiske retningslinjer omhandler ivaretagelse av pasienten. Spesielt punkt 2.3 er vesentlig for dette litteraturstudiet, fordi det omhandler at ”sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg” (Norsk Sykepleierforbund 2011, s. 8).

Temaet for dette litteraturstudiet knyttes opp mot et av Høgskolen i Gjøvik sine tre forskningsområder, som er: utdanningskvalitet, kvalitet i sykepleie og helse i dagliglivet (Høgskolen i Gjøvik 2014a). Dette litteraturstudiet knyttes opp mot kvalitet i sykepleie, fordi kvalitet er en stor del av temaet for litteraturstudiet. Kvalitet i sykepleie er delt opp i to fokusområder (Høgskolen i Gjøvik 2014b). Det ene går ut på ”pasienters behov og sikkerhet”, og det andre handler om ”personalets funksjon og sikkerhet”. Ifølge Høgskolen i Gjøvik (2014b) handler kvalitet i sykepleie om samhandling mellom sykepleier og pasient, samhandling med pårørende, og tverrfaglig samhandling. Temaet for dette litteraturstudiet handler blant annet om grunnleggende behov, og ifølge Høgskolen i Gjøvik (2014b) går forskningsområdet ”pasienters behov og sikkerhet” ut på utvikling av kunnskap om grunnleggende behov.

2.0 Bakgrunn

2.1 Virginia Hendersons sykepleieteori

Dette litteraturstudiet omhandler sammenhengen mellom tid, bemanning og grunnleggende behov. Det er ønskelig å gå inn i det grunnleggende i sykepleie, med fokus på menneskets grunnleggende behov, som er helt vesentlig for hvert eneste menneske. Dette er beskrevet av sykepleieteoretiker Henderson (1997; Henderson 1998) i form av 14 grunnleggende behov. Virginia Henderson begynte å interessere seg for sykepleie under første verdenskrig, der hun ønsket å hjelpe soldater som var skadde og syke. I 1921 var hun ferdig utdannet sykepleier. Hun fortsatte med studier ved Columbian University Teachers College, hun begynte også å undervise i klinisk sykepleie på det samme universitetet fra 1930-1948. I 1955 presenterte Henderson sin sykepleiedefinisjon, der målet var å utlyse sykepleiernes viktige funksjoner (Kristoffersen 2011). Kirkevold hevder Hendersons sykepleiedefinisjon er som følgende:

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han ville gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig (Kirkevold 1992, s. 73).

Definisjonen til Henderson viser hva som er nødvendige gjøremål for helse, helbredelse eller en fredfull død, og at kropp og sjel er nært knyttet til hverandre. Dette menneskesynet går ut på at mennesker har visse grunnleggende behov (Kristoffersen 2011).

Kristoffersen hevder at Henderson identifiserer de grunnleggende behov som ”mat, kjærlighet, annerkjennelse, følelsen av å være til nytte og av gjensidig samhörighet og avhengighet av andre i den menneskelige sammenheng” (2011, s. 224). Under aktiv og selvstendig handling dekker mennesker selv disse behovene, alle på sin personlige og individuelle måte, ut ifra den sammenhengen mennesket har sosialt og kulturelt.

Kristoffersen (2011) viser til Henderson at sykepleierens mål og hensikt er at man skal hjelpe mennesker uavhengig om dem er syke eller friske hvis dem har behov for at selvstendigheten må gjenvinnes for at dem skal kunne ivareta sine grunnleggende behov. Ifølge Henderson (1998) er grunnleggende sykepleie å hjelpe og tilrettelegge for pasienten med gjøremål som man ikke kan utføre selv, slik at pasienten kan utføre gjøremålet uten hjelp. Henderson (1997)

fører oss til det som er helt vesentlig i sykepleie, i form av 14 grunnleggende behov. Hun mener at man ikke skal sette pleie inn i spesifikke mønster, når det kommer til hvor mange timer som trengs per pasient per dag, men hun påpeker at vurderingen av en pasients behov er basert på sensitivitet, kunnskap og dømmekraft, og for å se individuelle behov krever det en høy grad av kompetanse (Henderson 1997).

Hendersons 14 punkter om grunnleggende behov :

- 1: *Puste normalt*
- 2: *Spise og drikke tilstrekkelig.*
- 3: *Kvitte seg med avfallsstoffer.*
- 4: *Bevege seg og innta behagelige kroppsstillinger.*
- 5: *Sove og hvile.*
- 6: *Velge passende klær- kle på og av seg.*
- 7: *Opprettholde normal kroppstemperatur ved å velge passende klær og regulere omgivelsene.*
- 8: *Holde kroppen ren og velpleid og beskytte hudoverflaten.*
- 9: *Unngå farer i miljøet og å skade andre.*
- 10: *Kommunisere med andre ved å uttrykke følelser, behov, frykt eller oppfatninger.*
- 11: *Dyrke sin tro.*
- 12: *Arbeide på en måte som styrker selvfølelsen.*
- 13: *Koble av eller delta i ulike former for rekreasjon.*
- 14: *Lære, oppdage eller tilfredsstill den nysgjerrigheten som fører til normal utvikling og helse, og benytte de helsetjenester som finnes.*

(Henderson 1998, s. 46-47)

Henderson (1998) mener at med disse 14 punktene kan brukes når man skal evaluere sykepleien pasienten trenger, og at sykepleieren som skal hjelpe en pasient med disse gjøremålene har et stort behov for kunnskap innen sosiale og biologiske fagområder. En sykepleier må skaffe seg så mye kjennskap om pasienten, dens behov og tilfredstillelse for å kunne gi den pleien som man trenger. Det skal utarbeides en pleieplan som tar opp alle de 14 punktene. Denne skal utføres ved datasamling, bedømming, en sykepleiediagnose/pasientproblem og tiltak (Henderson 1998). Ifølge Kirkevold (1992) mener

Henderson at alle mennesker har sine grunnleggende behov, og at det da er sykepleierens ansvar å gi den beste tilfredsstillende til hver enkelt pasient og deres individuelle behov, om man er syk, frisk eller døende. Dette litteraturstudiet søker svar på om tid og bemanning gir sykepleierne mulighet til å utføre dette, knyttet opp mot kvalitet. Kirkevold (1992) hevder at sykepleieren skal erstatte pasientens gjøremål og behov som man ville ha utført hvis man var i stand til det. Sykepleierens oppgave er å hjelpe eller assistere pasienten med de gjøremål som pasienten trenger slik at de får dekket sine grunnleggende behov. Sykepleieren må sette seg inn i hver enkelt pasient for at de skal få sin individuelle tilfredsstillende på sine grunnleggende behov (Kristoffersen 2011). Dette litteraturstudiet retter søkelyset mot muligheten for at sykepleierne kan dekke behovene til pasientene sine på best mulig måte, og hvordan sykepleierne opplever det.

2.2 Tidligere forskning

Flere studier har forsket på hvordan tid til rådighet/tidspress og bemanning påvirker kvalitet (Paulsen mfl. 2004, Schnelle mfl. 2004; Bostick mfl. 2006; C. Foss 2010). Paulsen mfl. (2004) har funnet sammenhenger mellom kvalitet på tilbud og bemanningssituasjon på sykehjem i Norge, og setter spørsmål ved om det er slik at det er for mye arbeid og for få hender til å gjøre det. Det ble utført både en kvantitativ og en kvalitativ undersøkelse, fra september i 2003 til mars 2004, på 29 somatiske sykehjemsavdelinger med langtidsplasser i Norge. Kvaliteten er målt av pleiepersonalet i undersøkelsen. Bemanningssituasjonen og alle kvalitetsmålene i undersøkelsen har en sammenheng, og ved avdelinger der de ansatte opplevde at bemanningen var dekkende, var også pasienttilbudet høyt. Videre beskriver Paulsen mfl. (2004) faktorer som kan påvirke sammenhengen mellom bemanning og kvalitet, fordi det ofte ikke er nok å se på bemanning og kvalitet alene. Hvis det som gir en negativ kvalitetsoppfattelse ikke forsvinner ved økt bemanning, vil utfallet bli en økning i sykehjem med dårlig kvalitet og god bemanning, uten at de egentlige utløsende faktorene er løst. I den kvalitative delen av undersøkelsen var det spesielt det sosiale tilbudet til pasientene som ble vurdert lite tilfredsstillende. Det kom også frem at det var variasjoner i beskrivelsene og forståelsene av arbeidspresset, og at arbeidspresset kunne bli påvirket av hvem man jobbet sammen med. Det ble rapportert at man hadde ”lite å gå på” (Paulsen mfl., s. 36) hvis ekstra arbeidsoppgaver tilkom. Paulsen mfl. (2004) beskriver videre i den kvantitative delen av undersøkelsen at kvaliteten er målt ut ifra om pasientene får tilfredsstillende grunnleggende behov,

og pleiepersonalet svarte på 47 påstander som angikk kvaliteten på tjenestetilbudet. Det vises til resultater under det som er kalt "Kvalitetsindeks 2: Kontroll over egen livs- og døgnrytme" (Paulsen mfl. 2004, s. 51), som sier at gjennomsnittet på 66,8 vurderer forhold knyttet til dette som mindre tilfredsstillende. Her er standardavviket på 20,4, som tilsier at det er store variasjoner mellom svarene og pleiernes vurderinger. Pasientenes vurderinger i forhold til tid kommer frem i C. Foss (2010) sin kvalitative studie, der hun intervjuet 18 pasienter. Det ble det sett på hvordan eldre pasienter på sykehus i Norge opplever mulighetene til medvirkning, der tid var et eget tema. Det kom frem i studien at pasientene så på tempoet i avdelingen som kaos, både sykepleiere og leger løp frem og tilbake, og at dette tillot lite medvirkning. C. Foss beskriver at med tanke på dette tempoet, sa en av pasientene i intervjuet at "man vil ikke forstyrre dem" (2010, s. 18). Dette viser viktigheten av at sykepleieren ikke bare må ha tid, men også vise at de har tid.

Bostick mfl. (2006) skriver om påviste sammenhenger mellom økt bemanning og forbedret kvalitet på pleie i sitt systematiske litteraturstudie. Dette var påvist spesielt i forbindelse med autoriserte ansatte. Hensikten med studien var å vurdere en rekke bemanningsmålinger/tiltak og datakilder for langsiktig bruk i offentlige rapporter om bemanning, som en måte for å måle kvalitet på sykehjem. 87 forskningsartikler og offentlige dokumenter publisert mellom 1975 og 2003 ble gjennomgått. Kvalitet blir beskrevet som vanskelig å oppfatte, men blir i studien brukt som en representasjon av verdien i beregningene av kvalitetsmålingen. Bostick mfl. (2006) konkluderer med at et nasjonalt verktøy bør utvikles for å kunne måle bemanningsomsetning mer nøyaktig, sett opp mot kvalitet på pleie og pasientutfall. Kvalitet på pleie med tanke på bemanning er også beskrevet av Schnelle mfl. (2004), ved å sammenligne rapporter om ulik bemanningsstatistikk sett opp mot kvalitet på pleie, på sykehjem i Sør-California. Det ble samlet inn data via direkte observasjon, intervjuer med ansatte og beboere på sykehjemmet og diagram. Ifølge Schnelle mfl. (2004) rapporterte det høyest bemannede sykehjemmet om lavest omsorgsbelastning sett i forhold til beboere, og ga bedre pleie enn de andre sykehjemmene. Det vil si at høyest bemannet sykehjem ga bedre omsorg assosiert med bedre kvalitet, som Paulsen mfl. (2004) og Bostick mfl. (2006) også beskriver.

2.3 Hensikt med litteraturstudiet

Hensikten med dette litteraturstudiet med bakgrunn i tidligere forskning og oppslag i media, og menneskets grunnleggende behov beskrevet av Henderson (1997; Henderson 1998), er å belyse om tiden sykepleiere har til disposisjon er tilstrekkelig nok til å dekke pasienters grunnleggende behov på best mulig måte. Det er ønskelig å finne studier som har sett på hvordan tiden sykepleiere har til rådighet og hvordan bemanningen påvirker kvalitet på grunnleggende sykepleie, her i blant sykepleie knyttet til grunnleggende behov, og studier som beskriver tidspress og arbeidsbelastning i helsetjenesten knyttet opp mot sykepleieres erfaringer og opplevelser. Hensikten er videre å se om studier viser at tid til rådighet og bemanning påvirker kvalitet på grunnleggende sykepleie negativt eller positivt. Fokuset i denne oppgaven gjelder sykepleiere og beskrivelser av deres erfaringer og opplevelser, men det er også knyttet opp mot grunnleggende behov. Det blir lagt vekt på grunnleggende behov, men ikke fra pasientenes fokus. Det må likevel beskrives i litteraturstudiet, da det er pasientenes behov som skal dekkes. Likevel er det sykepleierens ståsted som er relevant for litteraturstudiet, ikke pasientens. Det er ønskelig å se på sykepleieres utfordringer rundt eventuell dårlig tid og underbemanning, men også finne studier som viser at sykepleiere opplever at de har god tid og god bemanning og hvordan dette påvirker kvalitet på grunnleggende sykepleie.

På bakgrunn av hensikten blir problemstillingen for dette litteraturstudiet som følger:

- Hvordan erfarer og opplever sykepleiere bemanning og tid til rådighet i arbeidssituasjonen, relatert til å yte kvalitet i grunnleggende sykepleie?

3.0 Metode

3.1 Fremgangsmåte: litteraturstudie som metode

Metoden er et litteraturstudie, for å komme frem til svar på problemstilling som er: Hvordan erfarer og opplever sykepleiere bemanning og tid til rådighet i arbeidssituasjonen, relatert til å yte kvalitet i grunnleggende sykepleie? Et litteraturstudie er definert av Forsberg og Wengström (2013). Dette er et systematisk litteraturstudie med bruk av forskningslitteratur og faglitteratur. Et litteraturstudie kan ifølge Forsberg og Wengström (2013) være både allmenn og systematisk. For at et litteraturstudie skal kunne være systematisk, mener Forsberg og Wengström (2013) videre at det må inneholde blant annet en klar problemstilling og tydelige kriterier og metoder for søk etter litteratur. Aveyard (2014) beskriver at et litteraturstudie består av å analysere litteratur. Med tanke på litteraturen som man benytter seg av, kan man ifølge Polit og Beck (2014) skille mellom primære og sekundære kilder. Primærkilder bør være det litteraturstudiet baseres på. Dette fordi primærkilder består av forskernes egne funn. Sann sett er et litteraturstudie en sekundærkilde. Funn for dette litteraturstudiet inneholder 8 primærkilder og 1 sekundærkilde.

Man bør stille seg kritisk til bruken av litteraturstudie som metode. Et litteraturstudie er ofte basert på at man allerede har gjort seg opp en mening rundt temaet grunnet for eksempel erfaringer, og at man velger litteraturstudiet fordi man ønsker å finne ut om det stemmer eller ikke. Det kan dermed påvirke resultatet, siden man selv velger ut artikler. Aveyard beskriver at man bør være forsiktig så man ikke bedriver såkalt ”cherry picking” (2014, s. 14), som vil si at man velger studier som bekrefter det man allerede har gjort seg opp en mening om. Dette kan man unngå hvis søkene er systematiske som Forsberg og Wengström (2013) beskriver. Aveyard (2014) peker på for eksempel inklusjons- og eksklusjonskriterier som en måte man kan unngå cherry picking på.

3.2 Litteratursøk

Dette litteraturstudiet inneholder både strukturerte og ustrukturerte søk. Søkene har blitt utført i søkedatabasene Cinahl Complete og Ovid Nursing. Det har også blitt gjennomført søk etter artikler på Sykepleien Forskning. Det er søkt etter såkalte MeSH-termer, som ifølge Forsberg og Wengström (2013) står for Medical Subject Headings, på National Library of Medicine

(2015), og markert med * foran søkeordene nedenfor. Aveyard (2014) beskriver at man ved å bruke MeSH-termer i søk kan få et lavere antall treff, fordi man søker innenfor et mindre område.

Hensikten med oppgaven er å finne beskrivelser av sykepleieres erfaringer og opplevelser av tid til rådighet og bemanning, i form av tidspress og arbeidsbelastning, relatert til kvalitet på sykepleie med fokus på grunnleggende behov. Engelske søkeord for å komme frem til artikler som omhandler dette ble dermed: *nursing care/basic nursing care, quality of nursing care/quality of care, time pressure, nurse sensitive/experience/perception/outcome, staffing/understaffing, nurse workload/*workload, basic nursing og basic human needs. De norske søkeordene som ble brukt var: kvalitet på sykepleie, pleiefaktor, tid, bemanning, arbeidsbelastning, tidspress og grunnleggende behov.

Strukturerte søk er ifølge Aveyard (2014) søk i forskjellige databaser. Strukturerte søk i dette litteraturstudiet er utført i databasene Cinahl Complete, Ovid Nursing Database og Sykepleien Forskning. Forsberg og Wengström (2013) kaller dette databasesøking. Det har blitt brukt søkeord alene, eller ved å kombinere søkeord og bruke AND (og) eller OR (eller) i søkene. Aveyard (2014) forklarer at når man bruker AND, kombineres begge søkeord, og derfor avgrenses søket. Forsberg og Wengström (2013) beskriver at man på denne måten får et smalt resultat. Bruker man OR, søkes det etter enten det ene søkeordet eller det andre, og slik blir søket vidt. De strukturerte søkene for dette litteraturstudiet blir i underkapittel 3.2.1 fremvist i tabeller. De kombinasjonene som ikke vises i tabellene var enten irrelevante eller ga 0 treff på artikler. Studien til Twigg, Gelder og Myers (2015) ble valgt etter tips fra veileder. Denne er kun blitt utgitt på nett og er helt ny, og har derfor ikke vist seg på søkene. Det er derfor henvist til denne med URL, og ikke til papirutgaven.

Ustrukturerte søk er søk utenfor databaser (Aveyard 2014). Forsberg og Wengström (2013) kaller dette manuell søking. Dette kan for eksempel være ved å granske litteraturlister i aktuelle artikler. Det har blitt funnet en artikkel på denne måten. Men den måtte forkastes da den ikke passet med kriteriene for artikkelvalg. Den har dog blitt brukt i drøftingsdelen. Med tanke på tidligere forskning, ble to artikler funnet vi ustrukturerte søk.

3.2.1 Søketableller

Ord merket med * foran i tabell 1 vil si at ordet er søkt som et keyword - nøkkelord.

På Ovid Nursing Database er mange av søkeordene brukt som keywords i søkene, da de ikke dukker opp som såkalte "subject headings". Dette må ikke blandes med MeSH-termer.

MeSH-termene i søkene på Ovid Nursing database er søkeordet Personnel staffing and scheduling og søkeordet Workload. Ord merket med * foran i tabell 3 er MeSH-termer. Under rubrikken antall treff er tallene foran skråstreken med avkrysning for "full text" og tallene bak er uten.

Tabell 1. Ovid Nursing Database		
Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff
1. *Nurse sensitive OR *Nurse perception OR *Nurse outcome		39
2. *Staffing OR Personnel staffing and scheduling OR Understaffing		9717
3. *Quality of care		1721
4. *Time pressure		11
5. Workload		6602
	1 AND 2	8
	1 AND 3	1
	1 AND 4	4
	2 AND 3	93
	3 AND 5	49

Tabell 2. Sykepleien forskning		
Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff
1. Kvalitet på sykepleie		15
2. Bemanning		19
3. Tidspres		16
4. Grunnleggende behov		42
5. Arbeidsbelastning		15
	1 AND 2	2
	1 AND 4	3
	1 AND 5	2
	2 AND 3	3
	2 AND 3 AND 5	1
	3 AND 4	5
	3 AND 5	3

Tabell 3. Cinahl		
Complete		
Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff
1. Nurse experience OR nurse outcome OR nurse perception		382/911 3775/8652
2. Nurse workload OR *workload		378/1109
3. Time pressure		5268/10266
4. Staffing OR understaffing		16973/31915
5. *Nursing care OR basic nursing care OR basic needs		
6. Quality of care OR quality of nursing care		21403/52702
	1 AND 2	21/21
	1 AND 6	58/119
	1 AND 4 AND 6	9/22
	1 AND 5 AND 6	36/65
	2 AND 3	23/46
	2 AND 3 AND 4	2/4
	2 AND 3 AND 5	4/6
	2 AND 3 AND 4 AND 6	0/1

3.3 Kriterier for valg av artikler

For å avgrense utvelgelsen av artiklene, ble det benyttet kriterier for å lettere kunne inkludere og ekskludere av artikler. Dette er satt opp i tabellen nedenfor.

Inklusjonskriterier:	Eksklusjonskriterier:
Artikler som er publisert i eller etter år 2007.	Artikler som er publisert før 2007.
Artikler som omhandler sykehjem.	Artikler som omhandler hjemmesjukepleie og/eller psykiatriske institusjoner.
Artikler som omhandler sykehus.	Artikler som ikke er på engelsk eller norsk.
Artikler som omhandler somatikk.	Artikler som omhandler psykiatri.
Engelsk-språklige og norsk-språklige artikler.	Artikler på andre språk enn engelsk eller norsk.

Det er valgt å inkludere artikler fra år 2007 – 2015 for eventuelt å kunne se forskjeller fra før og nå. Det har også blitt valgt å avgrense noen av søkene til artikler fra år 2014 – 2015, for å finne det nyeste nye, uten at dette ga noen spesifikke utfall. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene er ikke blitt benyttet i søkene, men som en guide til utvelgelsen av artikler, sett bort ifra års-avgrensninger. Temaet med denne oppgaven har sykepleiere i fokus i sammenheng med grunnleggende behov, så det spiller ingen rolle hvor de jobber hen. Men det ble valgt å inkludere sykehjem og sykehus for å lettere kunne se likheter og forskjeller. Det viste det seg også fort at de fleste artiklene omhandlet nettopp sykepleiere på sykehjem og sykehus. Andre kriterier for valg av artikler er at de skal være utgitt i tidsskrift som er fagfelleurdert og som har vitenskapelig nivå 1 eller 2, og en klar IMRAD-struktur. IMRAD er ifølge Polit og Beck (2014) en forkortelse for introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Hadde artikkelen en klar IMRAD-struktur, ble tidsskriftet artikkelen er utgitt i søkt opp via Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste sin database for statistikk om høgre utdanning (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste [NSD] 2015), for å finne frem til vitenskapelig nivå og eventuell fagfellevurdering. Det viste seg at mange av artiklene som kunne se relevante ut, ikke var utgitt i vitenskapelige tidsskrift og dermed ikke brukbare i resultatdelen. Noen av disse artiklene har likevel blitt inkludert i drøftingsdelen (Lundgren og Segesten 2001; C. Foss 2010).

På databasen Cinahl Complete kan man krysse av for "full text" før man søker, så for søkene her ble begge deler utprøvd, både "full text" og uten, for å ikke gå glipp av eventuelle relevante artikler. Fant ikke en artikkel i fulltekst, ble den søkt opp i Google Scholar med fullstendig overskrift på artikkelen. Det samme ble gjort på Ovid Nursing Database. En artikkel ble funnet via tips fra veileder, som er helt fersk, og dermed ikke utgitt i papirform enda. På nettsiden til Sykepleien Forskning er det muligheter for å skrive inn søkeord. Deretter kan man krysse av for "forskningsartikkel" og "fagfellevurdert" i en tabell ved siden av, for å kun få slike artikler. Så dette ble utført ved disse søkene.

Ved utvelgelse av artikler ble sammendraget til artiklene lest gjennom, for å se om de var relevante for denne oppgaven.

3.4 Kvantitativ og kvalitativ metode

Dette litteraturstudiet inneholder både studier med kvalitative og med kvantitative metoder. Det er forskjell på disse, og det betyr at de ikke kan erstatte hverandre. Forskning innenfor sykepleie bør derfor inneholde både kvantitative og kvalitative studier (Nortvedt 2008; Norsk Sykepleierforbund 2011). Ofte sier man at forskjellen er at kvantitativt er målbart og kvalitativt har med kjennetegn og egenskaper å gjøre. Kvalitative metode handler ifølge Forsberg og Wengström (2013) om å kunne øke forståelsen for et individ, ved å undersøke individets opplevelse av et fenomen. Det er viktig at de som deltar i forskningen har relevant erfaring rundt temaet (Aveyard 2014). Kvalitativ forskning består for eksempel av intervjuer, og deltagerne i forskningen kalles informanter (Forsberg og Wengström 2013). Ved kvalitativ forskning kan man utvikle hypoteser og teorier som kan utprøves videre i kvantitative studier. Kvantitative studier handler dermed om å utforske hypoteser og teorier, og består ofte av tverrsnittsundersøkelser og spørreskjemaer (Forsberg og Wengström 2013; Aveyard 2014). Deltagerne i en kvantitativ studie kalles respondenter eller forsøkspersoner (Forsberg og Wengström 2013). Det var ønskelig med mange kvalitative studier i dette litteraturstudiet, med tanke på temaet for denne oppgaven, for å komme inn i dybden av sykepleiernes erfaringer og opplevelser. Funnene i dette litteraturstudiet inneholder 6 kvantitative og 3 kvalitative studier.

3.7 Analyse av funn

Funnene er analysert, bearbeidet og lagt frem i kapittel 4. Ifølge Forsberg og Wengström (2013) betyr analyse å dele opp i mindre deler. Det vil si at selve analysearbeidet består av å dele opp funnene i mindre deler, for så å sette det sammen igjen på en ny måte. Resultatet for dette litteraturstudiet er sammenfattet ved å først lese gjennom funnene, for å få en oversikt over hva de ulike artiklene handler om. Så har funnene blitt grundig gjennomgått og bearbeidet hver for seg, ved å sette funnene opp i tabeller. Videre har resultatene blitt tolket, og satt opp mot hverandre i kapittel 5. Funnene i resultatdelen er strukturert etter temaet for litteraturstudiet og videre tolket. Denne formen for analyse kalles innholdsanalyse (Forsberg

og Wengström 2013), som gjør at man lettere kan se likheter og forskjeller, og dermed blir det lettere å tolke resultatet. Funn i resultatdelen har blitt innholdsanalysert, satt i sammenheng med problemstilling og hensikten som er å belyse om tiden sykepleiere har til disposisjon er tilstrekkelig nok til å dekke pasienters grunnleggende behov på best mulig måte. Deretter er funnene drøftet ut ifra hvordan sykepleiere opplever og erfarer bemanning og tid til rådighet som påvirkende faktorer relatert til kvalitet på grunnleggende sykepleie. Funnene i dette litteraturstudiet blir fremvist og beskrevet kort i tabellform i kapittel 4, med referanse til studien, hensikt, nøkkelord, metode, resultat og diskusjon, og studiens konklusjon. Dette er gjort for å gi en god oversikt og god struktur, og for gi en lett leseopplevelse. Funnene er videre beskrevet utfyllende i underkapittel 4.2, men uten å sette de opp i temaer for å unngå tolkning og drøfting før selve drøftingsdelen.

4.0 Resultat

4.1 Presentasjon av funn

Nr. 1	Kirkevold og Engedal (2008) Quality of care in Norwegian nursing homes – deficiencies and their correlates. I: <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 22, s. 560-567.
Referanse:	
Hensikt:	Hensikten med studien var å utforske hvilke variabler som er forbundet med lav kvalitet på pleie på sykehjem i Norge.
Nøkkelord:	Quantitative research, structured interviews, restraints, quality of care, quality deficiencies, care for the elderly, dementia, Norway.
Metode:	Kvantitativ studie med et strukturert intervju av pasientenes primærkontakt av 1926 pasienter i 251 avdelinger. Data ble samlet inn fra mars – november 2000.
Resultat og diskusjon:	Mer enn halvparten av pasientene opplevde to eller flere kvalitetssvikter i pleien i løpet av en uke. Bemanning og type avdeling hadde en betydelig påvirkning på NQD-modellen, som står for number of quality deficiencies. Studien resulterer i at mer enn halvparten av pasientene i norske sykehjem ikke mottar tilfredsstillende kvalitet i to eller flere av de målte kvalitetsområdene, som ble kalt QOC – quality of care – kvalitet på pleie. 4 indikatorer for å måle kvalitet på pleie, QOC, ble brukt, og resultatene viser at høyere bemannings-tetthet gir lavere antall kvalitetssvikter, NQD. Studien viser kritikk mot bruken av negative indikatorer, det vil si kvalitetssvikter for å måle kvalitet på pleie.
Konklusjon:	Konkluderer med at NQD-modellen gir et godt bilde på kvalitet på pleie i norske sykehjem, men det er viktig å se det opp mot de begrensede områdene som studien dekker.

Nr. 2	Ball mfl. (2014) 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. I: <i>BMJ Quality & Safety</i> , 23 (2), s. 116-125.
Referanse:	
Hensikt:	Hensikten med studien var å undersøke innholdet og utbredelsen av såkalt utelatt pleie av sykepleiere på engelske sykehus, og å undersøke om antall "tapte pleiesituasjoner", det vil si pleiesituasjoner som ble sett på som nødvendige, men som ble utelatt på grunn av tid, er assosiert med sykepleiebemanning og sykepleieres vurderinger av kvalitet på sykepleie og et pasientsikkert miljø.
Nøkkelord:	Ikke oppgitt.
Metode:	Kvantitativ studie. Tverrsnittsundersøkelse av 2917 autoriserte sykepleiere ved 401 medisinske/kirurgiske avdelinger på 46 sykehus i England. Spørreundersøkelsen inneholdt fem deler over sju sider som dekket arbeidsmiljø og trivsel, kvalitet og skikkethet, "ditt siste skift", "om deg" og "hvor jobber du". Data ble samlet inn mellom januar og september 2010.
Resultat og diskusjon:	Sykepleierne i studien rapporterer at behandling som er nødvendig, ikke alltid blir utført grunnet utilstrekkelig tid. 86% av respondentene i undersøkelsen svarte at på deres siste skift ble minst 1 av 13 pleietiltak som var nødvendige, ikke blitt utført grunnet for lite tid. Sykepleierne utelot gjennomsnittlig 4 tiltak. De mest vanlige tiltakene som ble utelatt var trøst av og å snakke med pasienter, 66%, undervise pasienter, 52%, og utvikling og oppdatering av tiltaksplaner, 47%.
Konklusjon:	Konkluderer med at det er en sterk sammenheng mellom bemanning og utbredelsen av utelatt pleie. Jo bedre arbeidsmiljøet var, jo mindre var volumet av utelatt pleie. Hentyder at større forskning med hensyn til virkningen av utelatt pleie er nødvendig.

Nr. 3	Twigg, Gelder og Myers (2015) <i>The impact of understaffed shifts on nurse-sensitive outcomes</i> [online]. URL: http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1111/jan.12616/asset/jan12616.pdf?v=1&t=i8r291j2&s=3c53cb18c237ae9040cdece93c661111ca3a63a2 (26.02.2015)
Referanse:	
Hensikt:	Hensikten med studien var å undersøke forholdet mellom å bli utsatt for underbemannede skift og resultater som kommer av endringer der sykepleie har hatt en direkte innflytelse på pasientnivå.
Nøkkelord:	Acute care, nurse staffing, nurses, nurse-sensitive outcomes, patient outcomes, quality of care.
Metode:	Kvantitativ studie, via en sekundær dataanalyse av administrative data fra oktober 2004 – november 2006, fra 36529 pasientinnleggelser på et stort akutt sykehus i vestre del av Australia. Det ble utformet en variabel for å finne ut hvor mange underbemannede skift pasientene ble utsatt for i løpet av oppholdet.
Resultat og diskusjon:	Resultatene fra denne studien viser at å forebygge underbemanning er en vurdering som bør tas for å forbedre kvaliteten på omsorg for pasienter i sykehus. Totalt ble 17025 pasienter utsatt for minst et underbemannet skift. Men flertallet av de utsatte, opplevde å bli utsatt for et underbemannet skift bare en eller to ganger. Gjennomsnittet for antall underbemannede skift som pasientene ble utsatt for var 122 skift.
Konklusjon:	Konkluderer med at ytterligere forskning er nødvendig i andre sykehus for å bekrefte disse resultatene og å gi større forståelse av de mekanismer som underbemanningskonsekvenser har for pasientbehandlingen.

Nr. 4	Teng, Hsiao og Chou (2010) Nurse-perceived time pressure and patient-perceived care quality. I: <i>Journal of Nursing Management</i> , 18, s. 275-284.
Referanse:	
Hensikt:	Hensikten med studien var å undersøke hvordan tidspress blant sykepleiere påvirker hvordan pasientene opplever kvaliteten på pleien/behandlingen.
Nøkkelord:	Care quality, hospital nurse, patient perception, time pressure.
Metode:	Kvantitativ studie. Tverrsnittdesign og –undersøkelse utført blant 229 sykepleiere og 687 pasienter, med en sammensetning av sykepleier og pasienter, der hver sammensetning besto av 1 sykepleier og 3 pasienter. Data ble samlet inn og utført på et medisinsk senter i nordre Taiwan i 2008.
Resultat og diskusjon:	Resultatene fra studien viser at tidspress blant sykepleiere kan redusere hvordan pasientene pålitelighet/ansvarlighet og reaksjonsevne fra sykepleierne, og hvordan pasientene opplever trygghet. Men resultatene viser derimot ingen spesiell negativ sammenheng mellom tidspress og hvordan pasientene opplevde empati fra sykepleierne.
Konklusjon:	Sykepleier-opplevd tidspress kan redusere pasientopplevd kvalitet på pleie. Studien konkluderer med at det er viktig for sykepleieledere å fastsette en øvre grense for tidspress på sykepleiere.

Nr. 5	Havig mfl. (2011) Leadership, staffing and quality of care in nursing homes. I: <i>BMC Health Services Research</i> , 11, s. 327-339.
Referanse:	
Hensikt:	Hensikten med studien var å undersøke effekten av avdelingsledernes oppgave- og relasjonsorientert lederstil sett opp mot kvalitet på pleie i sykehjem i Norge, og å undersøke effekten av bemanning, andelen autoriserte sykepleiere og andelen assistenter/ufaglært personell, i forhold til kvaliteten på pleien i sykehjem i Norge.
Nøkkelord:	Nursing homes, leadership, staffing, quality of care.
Metode:	Kvantitativ studie. Tverrsnittsundersøkelse ut ifra 5 forskjellige datakilder.
Resultat og diskusjon:	Oppgaveorientert lederstil hadde en signifikant positiv sammenheng med to av tre kvalitetsmålinger. Relasjonsorientert lederstil viste derimot ikke en forbindelse med noen av kvalitetsmålene. Bemanningsnivå og andelen av autoriserte sykepleiere ble ikke signifikant relatert til noen av kvalitetsmålingene. Andelen av ufaglærte ansatte viste derimot en signifikant negativ sammenheng til kvalitet når vurdert av slektninger og i feltobservasjonene, men ble ikke vurdert negativ når den vurderes av personalet.
Konklusjon:	Konkluderer med at sykehjem bør minimalisere bruk av ufaglærte ansatte og se på forhold knyttet til høye prosent av ufaglærte/assistenter som lav bemanningsstabilitet. Studien indikerer i midlertidig at forholdet mellom bemanning, forholdet mellom sykepleiere og kvaliteten på pleien er kompleks. Det å øke bemanningen eller andelen autoriserte sykepleiere alene er ikke tilstrekkelig nok for å øke kvaliteten på pleien.

Nr. 6	Al-Kandari og Thomas (2008) Adverse nurse outcomes: correlation to nurses' workload, staffing, and shifts rotation in Kuwaiti hospitals. I: <i>Applied Nursing Research</i> , 21, s. 139-146.
Referanse:	
Hensikt:	Hensikten med denne studien var å finne frem til vanlige ugunstige utfall opplevd av sykepleiere relatert til daglig pasientbelastning, sykepleieoppgaver, arbeidsbelastning, bemanning og turnus.
Nøkkelord:	Ikke oppgitt.
Metode:	Kvantitativ studie. Det ble benyttet en tverrsnittsundersøkelse utført på fem statlige somatiske sykehus i Kuwait, der til sammen 784 sykepleiere deltok, fra medisinske, 415, og kirurgiske avdelinger, 342, samt 27 såkalte "floaters", det vil si sykepleiere som jobbet både på medisinsk og kirurgisk avdeling. Studien ble pilottestet før selve gjennomføringen. Respondentene scoret hyppigheten på 15 ugunstige utfall.
Resultat og diskusjon:	Blant ugunstige utfall scoret 95% av sykepleierne at de ofte måtte hoppe over te-/kaffepauser, 87% av sykepleierne følte ofte at de hadde ansvar for flere pasienter enn de kunne gi trygg og sikker pleie til, og 71% av sykepleierne uttrykte bekymring for at kvaliteten på pleien som blir gitt var god nok. Studien legger frem at med økt pasientbelastning, følte sykepleierne ansvar for flere pasienter enn de følte at de trygt kunne ta vare på eller overvåke, sannsynligvis på grunn av vanskeligheter med å møte pasientenes behov. Videre viser studien at dette også kan forklare sykepleiernes bekymring for kvaliteten på pleien som et negativt utfall, som ble rapportert av de fleste sykepleierne.
Konklusjon:	Det ble definert at økt pasientbelastning for sykepleiere, økte sykepleieoppgaver, underbemanning, og turnus er stressfaktorer som bidrar til uønskede sykepleierutfall.

Nr. 7	Murphy (2007) A Qualitative study explaining nurses' perceptions of quality of care for older people in long-term settings in Ireland. I: <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 16, s. 477-485.
Referanse:	
Hensikt:	Hensikten med denne studien var å utforske sykepleiernes oppfatninger av egenskapene til kvalitet på pleie, og de faktorer som fremmer eller hindrer høy kvalitet på sykepleie hos eldre pasienter som får langtids-pleie.
Nøkkelord:	Factor analysis, long-term care, mixed methods, nurses perceptions of quality, quality care.
Metode:	Kvalitativ studie. 20 intervjuer med sykepleiere, basert på en hermeneutisk fenomenologi og en analyseprosess av Van Manen.
Resultat og diskusjon:	Funnene i studien viste at sykepleierne opplevde kvalitet på pleien som helhetlig, individuell og fokusert på å fremme selvstendighet og valg. Studien viste i midlertidig at pleien på mange områder ikke ble individualisert, og pasientens valg og involvering i beslutningsprosesser var begrenset. Bemanning ble identifisert som en faktor som hadde en innvirkning på tilbudet av pasientens valg. Informantenes ærlige beretninger avdekket avvik mellom hva de følte pleie bør være og pleien de faktisk ga til pasientene. Informantene antydte at det var en rekke årsaker til dette, som for eksempel rutine, mangel på bemanning og tid.
Konklusjon:	Konkluderer med at det er behov for å gjennomgå organisatoriske tilnærminger til pleie, utvikle pasientsentrerte tilnærminger til pleie, og gi utdanningsstøtte for ledere.

Nr. 8	Valiee, Peyrovi og Nasrabadi (2014) Critical care nurses' perception of nursing error and its causes: A qualitative study. I: <i>Contemporary Nurse</i> , 46 (2), s. 206-213.
Referanse:	
Hensikt:	Hensikten med denne studien var å utforske intensivsykepleieres oppfatninger av sykepleiefeil og årsakene til dette.
Nøkkelord:	Critical care nurse, nursing error, perception, qualitative study.
Metode:	Kvalitativ studie, med bruk av innholdsanalyse av dybde- og semistrukturerte intervjuer. Målrettet utvalg av sykepleiere med minst ett års erfaring fra intensiv- og dialyseavdelinger. Det var 12 sykepleiere (fem kvinnelige og 7 mannlige) som deltok, hvorav ni av dem hadde en bachelorgrad og tre av dem hadde en mastergrad i sykepleie.
Resultat og diskusjon:	Ifølge sykepleierne i studien ble sykepleiefeil ansett som blant annet et uunngåelig problem, det å gjøre ekstra sykepleieoppgaver og pleie som gikk imot gjeldende rutiner. Noen av årsakene til sykepleiefeilene var individuelle årsaker, arbeidsbelastning og mangel på koordinering blant helsepersonellet. Arbeidspres ble nevnt som en viktig årsak til sykepleiefeil.
Konklusjon:	Studien konkluderer med at sykepleiere og sykepleieledere må rette mer oppmerksomhet til individuelle behov hos sykepleiere og forsøke å senke arbeidspresset og øke støtten, for å unngå sykepleiefeil.

Nr. 9	Jakobsen og Granbo (2011) Større faglig bredde som bidrag til mer aktiv omsorg for sykehjemsbeboere. I: <i>Sykepleien Forskning</i> , 6 (2), s. 152-158.
Referanse:	
Hensikt:	Hensikten med studien var å finne frem til hvordan større faglig bredde kan føre til mer aktiv omsorg for pasienter som bor på sykehjem.
Nøkkelord:	Collaboration, care restructuring, active ageing, quality of life.
Metode:	Kvalitativ studie. Data ble innhentet via to fokusgrupper og individuelle intervju.
Resultat og diskusjon:	Resultatene fra studien viser at for å oppnå en mer aktiv omsorg for pasienter på sykehjem, så er større faglig bredde nødvendig. Informantene uttalte imidlertid at ved gode rutiner og en bevisst utnyttelse av eksisterende ressurser, kunne man realisere mer aktiv omsorg.
Konklusjon:	Studien konkluderer med at tidspress og en monofaglig kultur var grunnen til at det sjeldent var tverrfaglig samarbeid, til tross for ønsker om dette. Det kommer frem at tverrfaglig kompetanse blir dårlig utnyttet og lite etterspurt.

4.2 Utfyllende beskrivelser av funn

Kirkevold og Engedal (2008) forsket på hvilke variabler som gir lav kvalitet i sykehjem i Norge. Det ble registrert pasientkarakteristikk som kjønn, alder, funksjon i dagliglivets aktiviteter, også kalt ADL, atferd og mental kapasitet. Det ble også registrert type avdeling, bemanning, størrelse på avdelingen, type institusjon og opplæring av de ansatte. Utvalget av sykehjem ble tatt fra 54 forskjellige kommuner. 1501 av pasientene ble tilfeldig utvalgt fra 222 avdelinger. Det ble også inkludert 425 pasienter fra det som Kirkevold og Engedal (2008) kaller undervisningssykehjem. Nå blir disse kalt utviklingsentre (Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester 2015).

Kirkevold og Engedal brukte åtte hovedtyper av kvalitetssvikt til å konstruere en lineær resultats-variabel kalt antall kvalitetssvikter eller i studien kalt NQD som står for ”number of quality deficiencies”, (2008, s. 560). Denne variabelen hadde verdier fra null til åtte, der null vil si null antall kvalitetssvikter påvist. Målingene gikk over 7 dager. 55,9% av pasientene opplevde 2 eller flere kvalitetssvikter i løpet av disse 7 dagene (Kirkevold og Engedal 2008, s. 564). En av kvalitetsindikatorerne var pasientenes mulighet til å legge seg og stå opp om morgenen når de ville eller til normal tid, og en var å kunne gå på do når pasientene hadde behov for dette eller ønsket det.

Ball mfl (2014) forsket på utbredelsen av utelatt pleie på engelske sykehus. Disse sykehusene ble valgt ut ifra såkalte sykehus-stiftelser, det vil si stiftelser som administrerer en eller flere sykehus. Det ble valgt 5 medisinske og 5 kirurgiske avdelinger fra hvert sykehus per stiftelse. Hvis en stiftelse hadde færre enn fem avdelinger, inkluderte de alle avdelingene i undersøkelsen. Spesialistavdelinger, rehabiliteringsavdelinger med langtidsopphold og intensivavdelinger ble ekskludert. Ut ifra Ball mfl. (2014) sine 13 nødvendige pleietiltak, men som likevel ikke ble utført grunnet for lite tid, var det tiltakene behandling og prosedyrer, 11%, og smertebehandling, 7%, som var minst sannsynlig at ble utelatt. Det ble påvist at bemanningen varierte betydelig mellom avdelinger og sykehus. Gjennomsnittspeiefaktoren, det vil si antall pasienter per sykepleier, var på 7,8 på dagskift, 8,8 på kveldsskift og 10,9 på nattskift. Ball mfl. (2014) beskriver at når antall pasienter per sykepleier øker, øker også utelatte tiltak. Tiltakene ble ofte utelatt også ved dårlig arbeidsmiljø.

Twigg, Gelder og Myers (2015) forsket på forholdet mellom underbemanning og resultater av sykepleie sett fra pasientnivå på sykehus. Det ble benyttet forskjellige såkalte ”nurse-sensitive outcomes” som vil si resultater der det har skjedd en endring på grunn av sykepleie. Disse sykepleieresultatene var komplikasjoner i sentralnervesystemet, urinveisinfeksjoner, kirurgiske sårinfeksjoner, trykkskader, lungesvikt, lungebetennelse, dyp venetrombose, øvre gastrointestinal blødning, fysiologiske/metabolske forstyrrelser, sepsis, sjokk/hjertestans, dødelighet og manglende mulighet til å hindre en klinisk viktig endring. Det kom frem små, men signifikante konsekvenser for pasientene av det å bli eksponert for underbemannede skift, i forbindelse med for eksempel trykkskader, lungebetennelse og en kirurgisk sårinfeksjon. Hvorfor underbemanning ga utslag på bare noen av sykepleieresultatene og ikke andre, mener Twigg, Gelder og Myers (2015) er uklart.

Teng, Hsiao og Chou (2010) forsket på sammenhenger mellom tidspress for sykepleiere opp mot pasientopplevd kvalitet på sykepleie, ut ifra synspunkter om at tidspress har en negativ sammenheng med pasientopplevelser. Undersøkelsen ble utført på et medisinsk senter i Taiwan som har et bredt spekter av avdelinger og mer enn 3700 sengeplasser. Det ble utformet 5 forskjellige hypoteser som gikk ut på pasientopplevelser rundt sykepleiernes pålitelighet/ansvarlighet, sykepleiernes reaksjonsevne, pasientopplevd trygghet i forhold til for eksempel sikkerhet rundt prosedyrer, hvordan pasientene oppfattet sykepleierne som korrekt antrukket, og sykepleiernes empati. En av hypotesene i studien var at tidspress opplevd av sykepleiere, er negativt relatert til hvordan pasientene opplever empati. Resultatene viser derimot at det ikke er en betydelig negativ sammenheng mellom tidspress og hvordan pasientene opplever empati. Selv om man som sykepleier ifølge Teng, Hsiao og Chou (2010) må oppfylle flere roller og dermed ikke har tid til å forstå pasientens verdier og behov, så viser det seg at sykepleierne likevel tar seg tid for å gi pasientene en opplevelse av empati, og derfor utlignes den negative sammenhengen.

Havig mfl. (2011) forsket på ledelse, bemanning og kvalitet på pleie på sykehjem i Norge. Det ble benyttet spørreskjema til 444 ansatte på sykehjem, som de fylte ut selv, intervjuer med og spørreskjemaer til 13 sykehjemsledere og 40 avdelingsledere, telefonundersøkelse med 378 pårørende, og 900 timer med feltobservasjoner i 40 avdelinger spredt på 21 sykehjem. Sykehjemmene var spredt i byer i elleve medium store og store kommuner i 7 forskjellige fylker i Norge med geografisk spredning. Spesielle pleieavdelinger for personer

med demens ble ekskludert fra undersøkelsen, fordi slike avdelinger ifølge Havig mfl. (2011) ofte har en annen struktur og flere ansatte. Sykehjemmene varierte i størrelse fra 20 til 152 antall sengeplasser, og avdelingene varierte fra 7 til 34 antall sengeplasser. Antall ansatte som jobbet heltid per avdeling varierte fra 6 til 25. Havig mfl. viser i tabell 1 (2011, s. 331) statistikk for målt kvalitet på pleie, målt av pårørende, personell og målinger fra feltobservasjoner. Målingene ble utført med en skala fra 1 – 7, der 1 er svært uenig, 7 er svært enig, og fremkommer som lavere for pårørende og ifra feltobservasjonene, enn når målt av personellet. Men her er også standardavviket litt høyere, det vil si at svarene varierte. Det utdypes at ledere i sykehjem bør fokusere på aktiv ledelse og spesielt oppgaveorientert atferd som struktur, koordinasjon, avklare stabsroller og ha kontroll på virksomheten for å øke kvaliteten på pleien.

Al-Kandari og Thomas (2008) forsket på sammenhenger mellom uønskede sykepleieresultater og bemanning, turnus, daglig antall pasienter per sykepleier og sykepleieroppgaver. Spørreundersøkelsen var delt opp i tre deler: 1. Personlig og generell informasjon om fag og bemanning. 2. Spørsmål knyttet til arbeidsmengde på det siste arbeidsskiftet, pleiefaktor, sengekapasitet, antall tildelte ustabile pasienter og kriser som oppstår på et skift. 3. Uønskede sykepleieresultater. Når det gjaldt del 2 var det med en liste over 19 sykepleieoppgaver for å kunne måle hyppigheten på hver av oppgavene på det mest nylige skiftet. På del 3 ble sykepleierne bedt om score hyppigheten av 15 forskjellige uønskede hendelser for sykepleiere som hadde skjedd det siste året, med en skala som besto av målene aldri, sjelden, noen ganger og ofte (Al-Kandari og Thomas 2008, s. 142). Svarene i del 3 ble registrert i to kategorier: ja eller nei. Aldri ble registrert som et nei til at denne hendelsen ikke skjedde. Sjelden, noen ganger og ofte ble registrert som et ja til at denne hendelsen skjedde. Det ble registrert høyest score på hendelsen ”Du forlot jobb og følte deg fysisk utslitt” (Al-Kandari og Thomas 2008, s. 142).

Murphy (2007) forsket på sykepleieres opplevelser av kvalitet på pleie for eldre pasienter. Informantene ble utvalgt fra tre forskjellige langtids-enheter, og kravene var at de måtte være sykepleiere, ha minst 6 måneders jobberfaring med eldre mennesker og være involvert i direkte pleiesituasjoner. Funn fra intervjuene ble delt inn i 3 hoveddeler: ”det burde være som hjemme”, ”streve etter fortrefelighet” og ”det å gjøre en forskjell”. Informantene mente at et avslappethet, sosialitet og fleksibilitet var vesentlig for et godt omsorgsmiljø. Mange av

informantene så på tid og kvalitet på pleie i sammenheng med hverandre, og mente at nok tid var helt vesentlig for å kunne individualisere pleien og møte følelsesmessige behov. Alle informantene så på tilstrekkelig bemanning som en forutsetning for å kunne yte kvalitet på sykepleie. Det ble antydnet at bemanningen burde bestå av personale med ulik kompetanse og at de burde være hensiktsmessig utdannet. Informantene fortalte at bemanningen hadde en innvirkning på når pasientene la seg og når de sto opp, og hvis de var underbemannet ble omsorgstilbudet begrenset. Underbemanning og mangel på tid førte til en travelhet i avdelingen, som ga lite rom for å fokus på pasientenes individuelle behov. Hvis det trengtes endring av rutiner, måtte de komme fra ledelsen, beskriver Murphy (2007).

Valiee, Peyrovi og Nasrabadi (2014) forsket på intensivsykepleieres oppfatninger om sykepleiefeil og årsaker til disse. Informantene ble bedt om å besvare 3 spørsmål, som gikk ut på hva de så på som sykepleiefeil, forklaringer på opplevde sykepleiefeil og hva de mente var årsakene til sykepleiefeil. Årsakene til sykepleiefeilene ble delt inn i fem kategorier: personlige årsaker, arbeidsbelastning, ”blind omsorg” (Valiee, Peyrovi og Nasrabadi 2014, s. 209), miljø og mangel på koordinering mellom personale. De personlige årsakene besto av utmattelse, personlige egenskaper og mangel på kunnskap og erfaring. Arbeidspress ble beskrevet i to deler: arbeidsmengde og underbemanning, og ble av de fleste informantene antydnet som en stor del av årsaken til sykepleiefeil. Valiee, Peyrovi og Nasrabadi (2014) peker på at ledere bør sørge for å øke bemanningen og redusere pasientantallet per sykepleier, og sørge for at det foreligger nok kunnskap og erfaring hos sykepleierne. Det nevnes at periodisk evaluering av kunnskap og kontinuerlig utdanning kan være effektivt. Dette kan ifølge Valiee, Peyrovi og Nasrabadi (2014) bidra til mindre sykepleiefeil.

Jakobsen og Granbo (2011) forsket på hvordan større faglig bredde på sykehjem kan bidra til en mer aktiv omsorg. Ifølge Jakobsen og Granbo (2011) beskriver Verdens helseorganisasjon aktiv omsorg som et bidrag til optimal helse, opprettholdelse av livskvalitet og deltagelse og sikkerhet for eldre. Data ble innhentet fra to fokusgrupper, bestående av en sykepleier og tre hjelpepleiere i den ene og to sykepleiere og en aktivtør i den andre. Resultatene ble delt opp i tre temaer: terapeutenes faglige bidrag, ønske om samarbeid og aktiv omsorg gjennom hverdagslige gjøremål. Informantene var litt splittet i temaet rundt aktiv omsorg i hverdagen med personalressursene som var da. Noen pekte på at det ikke var mulig uten økt bemanning, mens andre mente at en bedre strukturert hverdag var vesentlig. Jakobsen og Granbo (2011)

kom frem til at informantene oppdaget ubrukte ressurser hos pasientene og hos personalet. Videre beskriver Jakobsen og Granbo (2011) at for å kunne dekke grunnleggende fysiske behov hos pasientene, var faste rutiner betydningsfullt. Dette bidro også til at arbeidsdagen ble organisert.

5.0 Drøfting

Hensikten med litteraturstudiet er å komme frem til sykepleieres erfaringer og opplevelser av hvordan bemanning og tid til rådighet, herav underbemanning, arbeidsbelastning og tidspress, påvirker kvalitet på grunnleggende sykepleie. Det er blitt valgt å drøfte funn av bemanning og tid til rådighet i sammenheng med hverandre, fordi det kommer frem i studier og fagstoff at disse begrepene som faktorer på kvalitet går inn i hverandre.

5.1 Hvordan opplever og erfarer sykepleiere bemanning og tid til rådighet som påvirkende faktorer relatert til kvalitet på grunnleggende sykepleie?

Kvalitet er vanskelig å måle, da det ifølge Øgar og Hovland (2004) oppleves individuelt. Kvalitet i helsetjenesten handler om forbindelsen mellom krav og forventninger fra pasientens side, og hva som ytes av helsetjenesten i assosiasjon til forventningene. Opplevelsen av kvalitet er individuelt ut i fra pasientens behov. Når man skal vurdere kvaliteten i helsetjenesten, ser man på den faglige delen av kvalitet (Øgar og Hovland 2004). Dette kommer frem i studien til Havig mfl. (2011), der kvalitet i forbindelse med ufaglært personell ble opplevd annerledes når det ble målt av pårørende enn når det ble målt av personalet.

For å skille mellom behov for og etterspørsel av tjenester innenfor helsesektoren, beskriver Hummelvoll og Barbosa da Silva (2012) at etterspørselen forandrer fokus fordi de materielle godene er tilstede og dermed blir kravet om tjenester større. Denne beskrivelsen gjelder i velferdsland. Velferd kan knyttes til opplevelsen av livskvalitet. Hummelvoll og Barbosa da Silva (2012) skildrer et politisk helseproblem som, ifølge en professor de viser til, handler om at mennesker i såkalte velferdsland mangler grenser på hva de har av forventninger og krav til helsetjenesten. ”Jo større tilbud av helsetjenester, desto større etterspørsel og forbruk” (Hummelvoll og Barbosa da Silva 2012, s. 88). Behovet for tjenester, kommer i sammenheng med å få dekket behandlingsrelevante grunnleggende behov, som beskrevet av Henderson (1998). Beskrivelsene til Hummelvoll og Barbosa da Silva (2012) er relatert til psykisk helsearbeid, men har likevel en klar sammenheng med sykepleie generelt.

Haukelien og Vike (2012) beskriver at befolkningen i Norge har økende forventninger til ytelsen av helsetjenester. Behandlingstilbudene og mulighetene for behandling har økt med årene, og på grunn av dette har også forventningene økt ytterligere. Det har også resultert i

lengre helsekøer, og det samsvarer ikke lenger med befolkningens krav til kvalitet (Haukelien og Vike 2012). Dersom man setter kvalitet sammen med sykepleie, mener Øgar og Hovland (2004) at det er et problemet at man ofte ikke blir enige om den beste kvalitet på sykepleie. Pasienten kan ha andre forventninger og krav i forhold til det helsetjenesten kan tilby. Sykepleieren kan ha en forventning om hvordan kvaliteten skal være, og pasienten en annen. Dette finner man igjen i studien til Murphy (2007), der det blir påpekt at det er lite enighet om hva kvalitet er, og at kvalitet er et lite spesifikt og tåkete begrep. Det beskrives derimot at helsetjenester skal holde en minstestandard med tanke på faglig forsvarlighet og at det er viktig for helsetjenesten og helsepersonell å gi et realistisk bilde av hva man faktisk kan forvente av helsetjenesten (Øgar og Hovland 2004).

Alle pasienter skal behandles likt, og man skal profesjons-etisk stille seg upartisk og være rettferdig, beskriver Nortvedt (2006). Samtidig skal man som helsepersonell – i dette litteraturstudiet sykepleier – ta hensyn til den enkelte pasient, og utøve sykepleie individuelt. Her må man finne en god balanse mellom såkalt likebehandling og forpliktelser om individuell omsorg, på tross av at tilbud om og etterspørsel av helsetjenester øker. Nortvedt (2006) skildrer videre et etisk dilemma der en sykepleier kan bli nødt til å bruke mer tid på og prioritere en pasient fordi han/hun har større behov enn andre. Men likevel skal en som arbeider innenfor helsetjenesten ikke kun tenke på pasienten man har rett foran seg, men også tenke på andre pasienter, slik at alle pasientene får ta del i det ressursene kan føre med seg av goder. Dette kan derimot bli vanskelig med knappe ressurser og tidspress, samt økt arbeidsbelastning og et høyt antall pasienter per sykepleier. Til tross for tidsnød og ressursknapphet, må sykepleiere ifølge Nortvedt (2006) ta ansvar for seg selv og ivareta egne verdier om for eksempel forsvarlig behandling og nok tid til å gi nødvendig sykepleie. Punkt 5.4 i Norsk sykepleierforbund (2011) sine yrkesetiske retningslinjer sier at: ”Sykepleieren melder fra eller varsler når pasienter utsettes for kritikkverdige eller uforsvarlige forhold. Lojalitet til arbeidsstedet skal ikke hindre dette”. Sykepleiere bør følge yrkesetiske retningslinjer. Bjørø og Kirkevold (2011) hevder at sykepleiere har en individuell plikt å utøve sykepleie på en forsvarlig måte. En måte å kvalitetssikre sykepleie i Norge er for eksempel Helsepersonelloven (1999) og Norsk sykepleierforbund (2011) sine yrkesetiske retningslinjer (Nortvedt 2006; Bjørø og Kirkevold 2011; Haukelien og Vike 2012). Nortvedt (2006) peker på at tidsforbruket innenfor helsesektoren kan være en kvalitetsindikator i seg selv. Man kan som helsepersonell – i dette litteraturstudiet sykepleier

– oppleve en ubalanse mellom det man ønsker og har lært at man skal gjøre og tid til rådighet og økonomiske ressurser. Haukelien og Vike (2012) nevner samme ubalanse i form av at sykepleiere lærer gjennom utdanningen at de skal ta seg tid til pasienten, på tross av nedskjæringer og effektiviseringstiltak som politikere og myndighetene gjennomfører. Sykepleieren plikter til å sikre at pasienten får hjelp i samsvar med § 4 i Helsepersonelloven (1999). Men det er ifølge Nortvedt (2006) også ledelsen på alle nivåer i helsetjenesten sitt ansvar å sikre at ivaretagelsen av nødvendig behandling blir gjort med riktig mengde tid og ressurser. Funn fra flere studier viser at ledelsen ofte blir nevnt som en påvirkende faktor i forhold til underbemanning og tidspress (Murphy 2007; Teng, Hsiao og Chou 2010; Havig mfl. 2011; Valiee, Peyrovi og Nasrabadi 2014). Murphy (2007) hevder sykepleierne opplevde bemanning som en indikator på hva sykepleierne kunne tilby av valgmuligheter for pasientene, og peker på lederens ansvar med tanke på at arbeidsbelastningen øker. Havig mfl. (2011) utdyper at ledere i sykehjem bør være aktive og bedrive oppgaveorientert atferd med vekt på struktur, ha kontroll på virksomheten for å øke kvaliteten på pleien. Beskrivelsen til Valiee, Peyrovi og Nasrabadi (2014) utdyper at ledelsen har et ansvar om å sørge for riktig bemanning, som kan bidra til mindre sykepleiefeil. I studien til Teng, Hsiao og Chou (2010) konkluderes det med viktigheten av å sette en øvre grense for tidspress på sykepleiere, og at det er sykepleielederens ansvar.

Nortvedt (2006) peker på at relasjonen mellom sykepleier og pasient er en viktig del av opplevelsen av kvalitet. Disse relasjonene kan skapes ved ivaretagelse av pasientens verdi og selvstendighet, men for å kunne gjøre det, må man ha nok tid. Nortvedt hevder at det alltid skal være mulighet for å ta hensyn til pasientenes individuelle behov, til tross for at ressursituasjonen er vanskelig. Nortvedt ser på tid som en verdi i form av ”tid til å trøste, til å samtale, til å møte uforutsette behov” (2006, s. 60) og ikke som et effektivitetsmål. Man skal ifølge Henderson (1997) tilpasse sykepleie individuelt etter pasientens behov, og ikke sette sykepleie inn i spesifikke mønster, spesielt med tanke på hvor mye tid en pasient trenger. En informant i studien til Jakobsen og Granbo (2011) opplevde å se pasientens egne ressurser hvis man hadde god nok tid og var tilstede. Informanten beskriver en pasient som klarte å vaske seg selv, og dette ble videreført slik at pasienten kunne få styrket egenomsorgen og bruken av egne ressurser. På grunn av tidspress ble det mindre tid til oppdagelser av pasientenes egne ressurser, og tidspress førte til at tverrfaglighet ble vanskelig. Haukelien og Vike (2012) mener at relasjonene mellom sykepleier og pasient handler om trygghet, og retter

søkelyset mot om tryggheten er på vei mot å svekkes, på grunn av krav om innsparinger og lignende som ledelsen må følge. Det kommer frem i studiene at bemanning og tid til rådighet, i form av tidspress og underbemanning, påvirker grunnleggende sykepleie, med fokus på grunnleggende behov. Kirkevold og Engedal (2008) beskriver i sin studie punkter for å måle kvalitet, som kan ses opp mot grunnleggende behov. Et av punktene var at pasienten kunne få stå opp/få hjelp til morgenstell når pasienten selv ønsket det eller til normal tid. Et annet punkt var at pasienten kunne gå på do/få hjelp til å gå på do, når pasienten hadde behov for det. Ifølge resultatene til Kirkevold og Engedal (2008) var dette punktet med dobesøk en av kvalitetsindikatorerne som kunne påvirkes av tiden til sykepleierne. Det å gå på do, det vil si kvitte seg med avfallsstoffer, er et behov alle mennesker har. Dette må til for at mennesker skal fungere (Henderson 1997; Henderson 1998, Cavanagh 2001). Ball mfl. (2014) beskriver 13 punkter med sykepleietiltak for å finne ut om sykepleierne hadde nok tid til å fullføre disse. Noen av punktene kan sammenlignes direkte med grunnleggende behov. Disse punktene går blant annet ut på å administrere medisiner til riktig tid, trøst av og samtaler med pasienter, å hjelpe pasienten med å skifte sengeleie, tannhygiene, smertebehandling og hudpleie. Det kom frem at bemanningen varierte betydelig, og når antall pasienter per sykepleier økte, økte også mengden av såkalte utelatte tiltak (Ball mfl. 2014). Det vil si at noen av punktene som kan sammenlignes med grunnleggende behov ikke ble utført. Ball mfl. (2014) peker på at dette kan komme av tidspress, og ser på det som lav kvalitet jo høyere antall utelatte tiltak som oppsto. Tiltaket som gikk ut på samtaler med pasienten, kan kobles til det grunnleggende behovet som omhandler kommunikasjon og kontakt med andre (Henderson 1997; Henderson 1998). I forbindelse med kommunikasjon og kontakt med pasienter, er det flere studier, bortsett fra funn for dette litteraturstudiet, som beskriver at sykepleiere har dårlig tid til dette (Lundgren og Segesten 2001; H. Foss mfl 2009; C. Foss 2010). Det kommer frem at sykepleiere til tider blir beskyldt for lite direkte pasientkontakt, det vil si pleie som skjer tilstede hos/med pasienten (Lundgren og Segesten 2001; H. Foss mfl. 2009). Direkte pasientkontakt handler om grunnleggende pleie, og dermed dekning av grunnleggende behov, i forbindelse med blant annet kommunikasjon med pasienten, ernæring og hygiene (Lundgren og Segesten 2001). H. Foss mfl. (2009) hevder at det stadig blir flere arbeidsoppgaver og mindre direkte pasientkontakt, og kom frem til at 64,5% av tiden til sykepleierne i en undersøkelse gikk med til andre gjøremål som for eksempel påfylling av rekvisita og mattilberedning, enn direkte pasientkontakt. Ifølge Twigg, Gelder og Myers (2015) har sykepleiere en nøkkelrolle i pleiekvalitet og pasientsikkerhet. Twigg, Gelder og Myers

(2015) viser til Clarke som fremstiller sykepleiere i form av de som er mest tilstedeværende og best egnet til å oppdage endringer hos pasienten og dermed utføre best mulig pleie.

Nortvedt (2006) viser til Vike med tanke på utviklingen av ulike nivåer av prioriteringer: på den ene siden møtet med pasientene på klinisk nivå og på den andre siden samfunnsnivå. Det beskrives videre at budsjett og bemanningsplaner i tjenesten blir fattet på politisk nivå, men at det er på det kliniske nivået at tjenesten utøves (Nortvedt 2006). Vike mfl. (2002) beskriver at nyutdanna sykepleiere ofte går overtid i stedet for å delegere oppgaver til hjelpepleiere, til tross for at oppgavene er undervist i og lært bort til hjelpepleierne. Nortvedt (2006) og Haukelien og Vike (2012) skildrer helsepersonell/sykepleieres opplevelser av å være utslitt på grunn av bemanningen og tid til rådighet, men dette kan komme av holdningene til sykepleierne som Vike mfl. (2002) beskriver. Arbeidsbelastning kan føre til at personellet slites ut (Murphy 2007). Valiee, Peyrovi og Nasrabadi (2014) beskriver at sykepleierne så på utmattelse og underbemanning som de viktigste årsakene til de såkalte sykepleiefeilene. I studien til Al-Kandari og Thomas (2008) kommer det frem sykepleierne ofte var bekymret, grunnet økt pasientbelastning og underbemanning, og at dette påvirket kvaliteten i negativ forstand. Det beskrives at sykepleierne selv ikke fikk dekket sine behov, fordi tiden ikke strakk til. Ifølge Al-Kandari og Thomas (2008) ser sykepleiere på det å kunne ha tid til pasientene som kvalitet, og hvis man ikke har det blir de bekymret for at pleien kanskje ikke er kvalitetsgod nok. Det vil si at sykepleierne setter pasientenes behov foran sine egne. Det å få dekket grunnleggende behov er ofte noe man relaterer til pasienter, men det gjelder alle mennesker (Henderson 1997; Henderson 1998) deriblant sykepleiere. Teng, Hsiao og Chou (2010) hevder at tidspress påvirker sykepleierne, og at det igjen påvirker pasientenes oppfatning av omsorgskvaliteten, særlig i form av pålitelighet og ansvarlighet. Men det kom frem i studien at selv om sykepleierne ofte har dårlig tid, så opplever pasientene sykepleierne som empatiske, og at de tar seg tid til å lytte (Teng, Hsiao og Chou 2010).

Jakobsen og Granbo (2011) viste i sin studie at informantene hadde forskjellige meninger når det gjaldt temaet rundt aktiv omsorg i hverdagen med personalressursene som var da forskningen pågikk. Noen av informantene pekte på at det ikke var mulig med fokus på aktiv omsorg uten økt bemanning, mens andre mente at en bedre strukturert hverdag var vesentlig. Underbemanning ble i studien til Ball mfl. (2014) assosiert med dårligere pasientresultater.

Twigg, Gelder og Myers (2015) har kommet frem til at en mulighet til å forbedre kvalitet på sykepleie er ved å forebygge underbemanning. Havig mfl. (2011) peker derimot på at forholdet mellom sykepleiere og kvaliteten på pleien er komplekst, og nevner videre at det å øke bemanningen eller andelen autoriserte sykepleiere alene er ikke tilstrekkelig nok for å øke kvaliteten på pleien. Schreuders mfl. (2015) hevder at til tross for den allmenne oppfattelsen av at økt sykepleiebemanning er lik mindre pasientkomplikasjoner, så tyder deres resultater på at det ikke alltid stemmer. Det hevdes at økt bemanning ikke er en mirakelkur for å senke komplikasjoner rundt pasienter til null. Det er flere faktorer som spiller inn, som Havig mfl. (2011) påpeker. Dessuten så må man se på utfordringene ved å se på kvalitet opp mot en negativ måling, som Paulsen mfl. (2004) har nevnt. Dette ser man blant annet i studiene til Kirkevold og Engedal (2008).

Funn fra studiene viser at sykepleiere opplever og erfarer at bemanning og tid til rådighet kan påvirke kvalitet på sykepleie, i form av underbemanning, arbeidsbelastning og tidspress, men at det er flere faktorer som spiller inn (Murphy 2007; Al-Kandari og Thomas 2008; Kirkevold og Engedal 2008; Jakobsen og Granbo 2011; Teng, Hsiao og Chou 2010; Havig mfl. 2011; Ball mfl. 2014; Valiee, Peyrovi og Nasrabadi 2014; Twigg, Gelder og Myers 2015).

5.2 Metodisk drøfting/kritisk vurdering av artikler

Dette litteraturstudiet inneholder funn fra 3 studier utført i Norge, og ellers ganske utspreddt; Kuwait, Australia, Taiwan, England, Irland, Teheran og Kurdistan. Dette viser variasjon. Det var ønskelig å finne artikler fra hele verden, for å enten bekrefte eller avkrefte påstanden om at bemanning og tid til rådighet påvirker kvalitet på grunnleggende sykepleie verden over, og at det ikke kun er basert på oppfatninger fra et norsk system. Det kan også føre til vanskeligheter, da man ikke har hatt muligheten til eller fokus på å sette seg inn i andre lands helsesystem. 3 av studiene er fra Norge (Kirkevold og Engedal 2008; Jakobsen og Granbo 2011; Havig mfl. 2011). Dette blir sett på som positivt, da det er lett gjenkjennelig og det helsesystemet forfatterne er vant til og best kjent med. Det er en likevekt mellom studienes fokus kommer med at 4 studier er fra sykehjem og 5 er fra sykehus, i henhold til inklusjonskriterier.

Med tanke på språk, er det benyttet 8 engelske artikler i dette litteraturstudiet. Dette kan føre til at de tolkes feil. Det er blitt brukt både Google translate og ordbøker for å unngå feiltolkninger, men det er likevel en mulighet for mistolkninger da engelsk ikke er morsmålet til forfatterne av dette litteraturstudiet. Og det er alltid en mulighet for å ha gått glipp av flere relevante artikler, på grunn av søkeordene som er brukt. Det er for eksempel blitt benyttet det engelske søkeordet ”time pressure”, i stedet for kun ”time”. Dette kan ha gjort søket for snevert.

5 nyere studier ikke eldre enn 5 år (Teng, Hsiao og Chou 2010; Havig mfl. 2011; Ball mfl. 2014; Valiee, Peyrovi og Nasrabadi 2014; Twigg, Gelder og Myers 2015), vil si at 4 studier er av litt eldre dato. Den eldste er 8 år gammel (Murphy 2007), og dataene til Kirkevold og Engedal (2008) er samlet inn i år 2000, og dette blitt vurdert frem og tilbake flere ganger. Eldre studier tilsier at stoffet kan være utdatert, i forhold til at nyere forskning kan vise andre resultater (Aveyard 2014). Likevel har Murphy (2007) og Kirkevold og Engedal (2008) så mange gode og vesentlige funn at de ble inkludert i denne oppgaven. Men til tross for gode poeng, så har man sett på disse studiene ekstra granskende.

Det er i noen av studiene blitt brukt en del vanskelige tabeller, variabler og utregninger, som ikke alltid er like lett å lese (Al-Kandari og Thomas 2008; Kirkevold og Engedal 2008; Havig mfl. 2011). Dette kan føre til feiltolkninger. Det kan derfor være lett å velge ut bare det som er forståelig og relevant, dermed mulig gå glipp av gode/viktige poeng. Samtidig er mange av tabellene brukt i samtlige studier svært lette å lese og forstå, så det fører igjen til mindre feiltolkninger. For å se på gyldighet og pålitelighet i forhold til hva som er blitt målt og med hva, og hvordan det fremstår i tabeller og lignende, hevder Forsberg og Wengström (2013) at man må velge ut studier som har beregnet gyldigheten og diskutert dette, samt diskutert måleinstrumentets pålitelighet.

Det er blitt inkludert artikler som ikke direkte omhandler temaet om sykepleieres erfaringer og opplevelser med bemanning og tid til rådighet, men som handler om kvalitet på sykepleie generelt sett i sammenheng med bemanning og tid. På tross av at hensikten ikke var å belyse sykepleieres opplevelser direkte, er både studiene til Kirkevold og Engedal (2008), Havig mfl. (2011) Jakobsen og Granbo (2011) og Twigg, Gelder og Myers (2015) inkludert, da det var ønskelig å benytte dataene om bemanning og tid som kommer frem i studiene deres. Med

tanke på at hensikten med dette litteraturstudiet var å finne sykepleiernes erfaringer og opplevelser, er det synd at kun 5 studier går direkte på beskrivelser av sykepleiefokus. Men det tolkes dithen at det som kommer frem av tabeller og funn i studiene (Kirkevold og Engedal 2008; Havig mfl. 2011; Jakobsen og Granbo 2011; Twigg, Gelder og Myers 2015) er sykepleieres erfaringer og opplevelser, siden sykepleiere er en del av personalet som har besvart spørreundersøkelsene, er de som er blitt forsket på og at de er en del av variablene.

Det har blitt lagt vekt på å stille seg kritisk til instrumentene som er valgt til å måle bemanning og kvalitet, og om det er beskrevet hva det blir lagt i begrepet kvalitet, da dette er forskjellige i hver artikkel. Kvalitet er et vanskelig begrep, som nevnt tidligere, og i Norge har man som x antall lover og regler som en form for kvalitetssikring av helsetjenestene, men dette er nok ikke alltid likt i andre land. Derfor er de forskjellige studiene gjennomgått, med fokus på kvalitet. I studien til Teng, Hsiao og Chou (2010) henvises det til andre forfattere som sier noe om kvalitet. Det er også blitt brukt en skala kalt SERVQUAL med 5 dimensjoner for å måle hvordan kunder, her pasientene, oppfatter kvaliteten av en tjeneste som blir gitt: pålitelighet/ansvarlighet, reaksjonsevne, trygghet, korrekt antrukket og ryddighet, og empati. Studien til Twigg, Gelder og Myers (2015) er en sekundærkilde, og viser ingen standardisert måling av kvalitet, men andres målinger og beskrivelser av det kommer frem. Det konkluderes med at ved å forhindre underbemanning kan man forbedre kvalitet på sykepleie. Valiee, Peyrovi og Nasrabadi (2014) ser på kvalitet opp mot forekomsten av feil. Mange feil er lik dårlig kvalitet. Murphy (2007) peker på at kvalitet blir brukt for å beskrive tjenester innenfor helsesektoren, og viser til flere studier, forfattere og helse- og barnedepartementet. Det ble lagt vekt på sykepleiernes oppfatninger av kvalitet. Murphy (2007) sine beskrivelser av kvalitet ble oppfattet som saklige og lettleselige, og lett overførbare til litteraturstudiets fokus på kvalitet. Al-Kandari og Thomas (2008) viser til en rekke andre verk som sier hva som påvirker kvalitet, men har ikke et nøyaktig målingsverktøy eller beskrivelse. Havig mfl. (2011) har benyttet seg av forskrift om kvalitet for pleie og omsorgstjenester, samt en rekke andre verk. Det ble valgt å se på kvalitet på pleie ut ifra tre uavhengige målinger fra pårørende, personale og ved feltobservasjoner. Forskrift om kvalitet for pleie og omsorgstjenester ble også brukt i studien til Kirkevold og Engedal (2008). Det kommer frem at det ofte blir brukt forskjellige aspekter for å måle kvalitet på pleie, men kvalitet er ikke definert. Kirkevold og Engedal (2008) skriver om kvalitet på pleie i en og samme kontekst, og ikke kvalitet for seg selv. Ball mfl. (2014) peker på en rekke mulige

indikatorer på dårlig kvalitet og viser til det amerikanske nasjonale kvalitetsforumet og det amerikanske sykepleierforbundet. I forhold til pasientsikkerhet ble det brukt et element fra direktoratet for helseforskning og helsekvalitet sin undersøkelse for sykehus. Ball mfl. (2013) viser til andre studier og verk, med tanke på sammenhengen mellom utelatt sykepleie og generell kvalitet. Kvalitet er nevnt en gang i studien til Jakobsen og Granbo (2011). Men forskrift om kvalitet for pleie og omsorgstjenester er derimot å finne i litteraturlista, da det vises til den i innledningen. Det var ønskelig å finne studier som viser klart og tydelig hva som menes som kvalitet, god eller dårlig. Men det vises ikke like godt i alle studiene. Man må derfor tenke seg at der det ikke er et spesifikt målingsverktøy eller beskrivelser hva kvalitet er, måles kvaliteten ut ifra erfaringer og opplevelser. For eksempel vil god kvalitet bety lite/ingen sykepleiefeil, og dårlig kvalitet blir sett opp mot for eksempel lav bemanning og mange sykepleiefeil eller utelatt pleie (Kirkevold og Engedal 2008; Ball mfl. 2014; Valiee, Peyrovi og Nasrabadi 2014). Det at det er så store forskjeller, forsterker opplevelsen av at kvalitet er et vanskelig begrep. Når det kommer til bemanning blir dette stort sett målt likt i alle studiene, det vil si at bemanning er lik antall sykepleiere på jobb. Ofte blir bemanning og arbeidsbelastning sett i sammenheng med hverandre, dette betyr at pasienter per sykepleier er lik arbeidsbelastning.

Ifølge Aveyard (2014) bør man stille seg kritisk til kvalitativ og kvantitativ forskning hver for seg, men det finnes mange likheter. Det er 3 kvalitative studier og 6 kvantitative studier inkludert i denne oppgaven. Det var ønskelig med flere kvalitative, men dette kom ikke frem i søkene. De kvantitative er dog gode med tanke på utvalg og resultatene fra både sykehjem og sykehus. Her trekkes studien til Kirkevold og Engedal (2008) frem, med et godt og variert utvalg av deltagere fra forskjellige sykehjem, som dermed gir et vidt, men godt resultat. Både de kvalitative og kvantitative forskningsartiklene som er blitt benyttet i resultatdelen er publisert i tidsskrift med vitenskapelig nivå 1 eller 2, som var et av kriteriene for utvalg av artikler. Når man sjekker hvor artiklene er utgitt, kvalitetssikrer man at det er gode artikler (Aveyard 2014). Studien til Lundgren og Segesten (2001) er ikke godkjent fordi årstallet tidsskriftet er utgitt ikke står oppført på NSD (2015). Det er likevel valgt å ta den med i drøftingsdelen grunnet gode poeng som forsterker temaets utgangspunkt. Den viser seg i andre artiklers litteraturlister, men man må uansett stille seg kritisk til studien, og om den er god nok.

Som tidligere nevnt kan man se på artikkelens gyldighet og pålitelighet, i forhold til for eksempel måleinstrument (Forsberg og Wengström 2013). Men også se på hvilken metode som er brukt, hvordan data ble samlet inn, hvordan var de eventuelle spørreundersøkelsene og hvordan ble dataene analysert (Aveyard 2014). Noen metoder har man kanskje mindre kjennskap til enn andre, og da bør man sette seg ordentlig inn i denne metoden for å kunne si noe om hvordan studien er gjennomført.

Litteraturen som er brukt i denne oppgaven kan muligens virke som cherry picking, da mange av studiene viser at det er en sammenheng mellom bemanning og tid til rådighet, sett opp mot kvalitet på grunnleggende sykepleie. Men det er også inkludert artikler og tidligere forskning (Paulsen mfl. 2004; Havig mfl. 2011; Schreuders mfl. 2015) som sier at det ikke alltid stemmer at det kun er tidspress og underbemanning som har noe å si på kvalitet på grunnleggende sykepleie. Derimot viser mange av studiene at det er flere faktorer som spiller inn. Dessuten så er det blitt utført strukturerte søk og inklusjons- og eksklusjonskriterier er blitt fulgt for å unngå cherry picking (Forsberg og Wengström 2013; Aveyard 2014). Det er blitt valgt å ikke gå inn i alle lover og regler som omhandler temaet, men heller ha fokus på sykepleiernes erfaringer og opplevelser. Dette kan gjøre at man går glipp av en del samfunnsmessige viktige poeng.

5.3 Forskningsetikk

All vitenskapelig forskning bør inneha god etikk, og forskningsetikk handler om at man som forsker må følge visse retningslinjer, for å unngå juks og uærlighet (Forsberg og Wengström 2013). For å kunne se om studiene som har blitt benyttet i dette litteraturstudiet har god forskningsetikk, er de blitt sjekket opp mot generelle forskningsetiske retningslinjer utarbeidet av De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014). Disse retningslinjene handler blant annet viktigheten av at det er blitt innhentet samtykke fra deltagerne, at man sikrer data fra å komme på avveie, bruker anonymiserte data og henviser riktig for å kunne gi et grunnlag for videre forskning og for å gi riktige forfattere anerkjennelse for arbeidet. Forsberg og Wengström viser til Vetenskapsrådet som hevder at plagiat og hypoteser eller metoder uten kilder, blir sett på som dårlig forskningsetikk (2013, s. 69). Forsberg og Wengström (2013) beskriver at forskeren skal vise omsorg for deltagerne og kaller det etisk verdi og hensyn. De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014) beskriver dette i form av prinsipper om respekt og

rettferdighet. Det finnes egne retningslinjer og veiledere for forskjellige typer forskning, og for forskning innen medisin og helse gjelder for eksempel Helsinkideklarasjonen og Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (De nasjonale forskningsetiske komiteene 2009).

De studiene som er blitt benyttet i dette litteraturstudiet, viser alle til såkalte etiske hensyn og det nevnes at godkjenning og vurderinger fra forskjellige komiteer innenfor forskning og etikk er gitt i flere av studiene (Murphy 2007; Al-Kandari og Thomas 2008; Teng, Hsiao og Chou 2010; Havig mfl. 2011; Ball mfl. 2014; Valiee, Peyrovi og Nasrabadi 2014; Twigg, Gelder og Myers 2015). I studien til Jakobsen og Granbo (2011) blir det nevnt at prosjektet ble sett på som et kvalitetsutviklingsprosjekt, og at det derfor ikke var nødvendig å legge den frem for Regional Etisk Forskningskomité. I studien til Kirkevold og Engedal (2008) står ikke etiske vurderinger og godkjenning oppgitt. Ø. Kirkevold (personlig kommunikasjon, 29. april 2015) forteller at tidsskriftet artikkelen er utgitt i, ikke ønsker slike opplysninger i artikkelen, men i et såkalt følgebrev. I følgebrevet står det ifølge Ø. Kirkevold (personlig kommunikasjon, 29. april 2015) oppgitt at studiene er godkjent av regional komité for medisinsk forskning og helsedepartementet.

Med tanke på innhenting av samtykke fra deltagerne, så oppgir noen av studiene dette i form av begrepet samtykke, eller i form av at tillatelse ble anskaffet (Murphy 2007; Al-Kandari og Thomas 2008; Jakobsen og Granbo 2011; Teng, Hsiao og Chou 2010; Havig mfl. 2011; Ball mfl. 2014). Det nevnes ikke i samtykke fra pasientene eller personalet i studien til Twigg, Gelder og Myers (2015), men det oppgis under etiske hensyn at forskningsetisk godkjenning er gitt fra sykehuset. I studien til Kirkevold og Engedal (2008) står det ingenting om innhenting av samtykke, ei heller i følgebrevet. Ifølge Helseforskningsloven § 13 (2008) skal det innhentes samtykke fra deltagere i medisinsk og helsefaglig forskning, og det skal blant annet være informert og frivillig.

6.0 Konklusjon

Hensikten med dette litteraturstudiet var å belyse sammenhenger mellom tid og bemanning relatert til kvalitet på grunnleggende sykepleie, og sykepleieres erfaringer og opplevelser med dette. Dette litteraturstudiet har kommet frem til at tid og bemanning, i form av tidspress, arbeidsbelastning og underbemanning, påvirker sykepleieres opplevelse av kvalitet, sett opp mot grunnleggende sykepleie, men konkluderer med at det burde forskes mer på dette, spesielt sett fra sykepleierens perspektiv. Det har til tider vært vanskelig å se forskjeller på kvalitetsutøvelsen og ikke minst opplevelsen av hva som er god kvalitet. Dette fordi det er individuelt, og fordi det i forskjellige studier blir målt ulikt. Kvalitet er et vanskelig begrep. Det burde skapes et universalt verktøy for å lettere kunne måle kvalitet, som også blir beskrevet i flere av studiene.

Det konkluderes med at sykepleiere ofte kan oppleve at bemanning og tid til rådighet, i form av tidspress, arbeidsbelastning og underbemanning, påvirker kvaliteten på grunnleggende sykepleie. Det kommer frem fra studiene at man som sykepleier ikke alltid får utført sykepleie på grunnlag av det man har lært i utdanningen og det man ønsker å gjøre. Underveis i litteraturstudiet har viktigheten av det å si ifra kommet sterkt frem. Det konkluderes herved med at hvis man som sykepleier opplever at tiden ikke strekker til, eller at man ikke får utført god nok grunnleggende sykepleie, bør dette dokumenteres nøye og formidles til leder. Dette i henhold til Norsk sykepleierforbund (2011) sine yrkesetiske retningslinjer og Helsepersonelloven (1999) med krav om forsvarlighet. Det har kommet frem i flere av studiene dette litteraturstudiet har tatt for seg at det er mange faktorer som spiller inn på kvaliteten for grunnleggende sykepleie, og at for eksempel arbeidsmiljø, ledelse, politikk og økonomi har en innvirkning, selv om det i dette litteraturstudiet ikke har blitt gått så nøye inn på. Det kommer også frem at holdninger hos sykepleiere, og de forskjellige rollene man må innta, er faktorer som kan påvirke kvaliteten både negativt og positivt, uavhengig om bemanningen er høy eller lav, eller om man god eller dårlig tid.

Til slutt konkluderer dette litteraturstudiet med at det bør forskes mer på kvalitet sett opp mot grunnleggende behov, da det er helt vesentlig for alle mennesker, både sykepleiere og pasienter. Det handler om så mye mer enn bemanning og tid til rådighet, og dette kunne vært undersøkt mer nøye. Det var 4 artikler som pekte på at ledelse har stor betydning, og at ledelse burde vært en del av variablene.

7.0 Litteraturliste

Al-Kandari, F. og D. Thomas (2008) Adverse nurse outcomes: correlation to nurses' workload, staffing, and shifts rotation in Kuwaiti hospitals. I: *Applied Nursing Research*, 21, s. 139-146.

Aveyard, H. (2014) *Doing a Literature Review in Health and Social Care. A practical guide* (3rd edition). London: Open University Press.

Ball mfl. (2014) 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. I: *BMJ Quality & Safety*, 23 (2), s. 116-125.

Bjørø, K. og M. Kirkevold (2011) Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., F. Norvedt og E-A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, b. 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 344-383.

Bostick mfl. (2006) Systematic Review of Studies of Staffing and Quality in Nursing Homes. I: *Journal of the American Medical Directors Association*, 7, s. 366-376.

Cavanagh, S. J. (2001) *OREMs sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. Til norsk ved: Kari Marie Thorbjørnsen.

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2009) *Medisin og helsefag* [online]. URL: <https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Innforing-i-forskningsetikk/Medisin-og-helsefag/> (29.04.2015)

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014) *Generelle forskningsetiske retningslinjer* [online]. URL: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/> (29.04.2015)

Forsberg, C. og Y. Wengström (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier* (Tredje utgåvan). Stockholm: Bokförlaget Natur & Kultur.

Foss, C. (2010) Man vil jo ikke forstyrre – Eldre menneskers erfaring med medvirkning i sykehus. I: *Geriatrisk Sykepleie*, 2 (1), s. 16-20.

Foss, H. mfl. (2009) *Hvor mye tid får pasientene?* [online]. URL: <https://sykepleien.no/forskning/2009/02/hvor-mye-tid-far-pasientene> (26.02.2015)

Haukelien, H. og H. Vike (2012) Velferd. I: Brodtkorb, E. og M. Rugkåsa (red.). *Mellom mennesker og samfunn* (2. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 123-165.

Havig mfl. (2011) Leadership, staffing and quality of care in nursing homes. I: *BMC Health Services Research*, 11, s. 1-13.

Helse- og omsorgsdepartementet (1999) *Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjeneste* [online]. URL: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/i-0971-b/id87485/> (26.02.2015)

Helseforskningsloven (2008) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* [online]. Lovdata. URL: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44> (28.04.2015)

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell* [online]. Lovdata. URL: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell> (26.02.2015)

Hem, H.E. (2012) Profesjoner. I: Brodtkorb, E. og M. Rugkåsa (red.). *Mellom mennesker og samfunn* (2. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Henderson, V. (1997) *Basic Principles of Nursing Care*. Washington D.C: American Nurses Publishing

Henderson, V. (1998) *Sykepleiens natur*. Oslo: Universitetsforlaget AS. Til norsk ved: Sidsel Melbye.

Hernæs K.H., A. Mundal og E.S. Lunde (2014) *Pasienter på somatiske sykehus, 2013* [online]. Statistisk sentralbyrå. URL: <http://www.ssb.no/helse/statistikker/pasient/aar/2014-04-09#content> (26.02.2015).

Hofstad, E. (2014) Tidstyver gjør sykepleiere syke. I: *Sykepleien*, 102 (12), s. 22-31.

Hummelvoll, J.K. og A. Barbosa da Silva (2012) Relevante etiske grunnbegreper, teorier og perspektiver i psykisk helsearbeid. I: Hummelvoll, J.K. *Helt – ikke stykkevis og delt* (7. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 83-109.

Høgskolen i Gjøvik (2014a) *Forskningsområde klinisk sykepleie* [online]. URL: <http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning> (26.02.2015)

Høgskolen i Gjøvik (2014b) *Kvalitet i sykepleie* [online]. URL: <http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning/kvalitet> (26.02.2015)

Jakobsen og Granbo (2011) Større faglig bredde som bidrag til mer aktiv omsorg for sykehjemsbeboere. I: *Sykepleien Forskning*, 6 (2), s. 152-158.

Kirkevold, M. (1992) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal.

Kirkevold, Ø. og K. Engedal (2008) Quality of care in Norwegian nursing homes – deficiencies and their correlates. I: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, s. 560-567.

Kristoffersen, N. J. (2011) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N. J, F. Nortvedt og E. A Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, b. 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 208-280.

Lundgren, S. og K. Segesten (2001) Nurses' use of time in a medical-surgical ward with all-RN staffing. I: *Journal of Nursing Management*, 9, s. 13-20.

Murphy (2007) A Qualitative study explaining nurses' perceptions of quality of care for older people in long-term settings in Ireland. I: *Journal of Clinical Nursing*, 16, s. 477-485.

National Library of Medicine (2015) *Medical Subject Headings* [online]. URL: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> (14.03.2015)

Nortvedt, P. (2006) Etisk teoridebatt – forholdet mellom lojalitet og rettferdighet i helsefag. I: Slettebø, Å. og P. Nortvedt (red.). *Etikk for helsefagene*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 50-61.

Nortvedt, P. (2008) *Sykepleiens grunnlag, historie, fag og etikk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (2015) *Database for statistikk om høgre utdanning* [online]. URL: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (14.03.2015)

Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* [online]. URL: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (26.02.2015)

Omland, E. (2015) *Bruker 7000 kroner natta på privat sykepleier til mor* [online]. URL: <http://www.nrk.no/norge/leier-inn-privat-sykepleier-for-a-passe-pa-mamma-pa-sykehjem-1.12226517> (10.03.2015)

Paulsen mfl. (2004) *Bemanning og kvalitet i sykehjem*. Trondheim/Oslo: SINTEF Helse.

Polit, D.F. og C.T Beck (2014) *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Schnelle mfl. (2004) Relationship of Nursing Home Staffing to Quality of Care. I: *Health Services Research*, 39 (2), s. 225-250.

Schreuders mfl. (2015) The relationship between nurse staffing and inpatient complications. I: *Journal of Advanced Nursing*, 71 (4), s. 800-812.

Stølen, N.M. og I. Texmon (2012) *Betydelig underdekning av helsepersonell i 2015* [online]. Statistisk sentralbyrå. URL:

<http://www.ssb.no/forskning/mikrookonomi/arbeidsmarked/betydelig-underdekning-av-helsepersonell-i-2035> (26.02.2015).

Sundby, B. og D.R. Abrahamsen (2014) *Pleie- og omsorgstenester, førebelse tal* [online].

Statistisk sentralbyrå. URL: <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar-forelopige/2014-07-08#content> (26.02.2015)

Teng, C-I., F-J. Hsiao og T-A. Chou (2010) Nurse-perceived time pressure and patient-perceived care quality. I: *Journal of Nursing Management*, 18, s. 275-284.

Twigg, Gelder og Myers (2015) *The impact of understaffed shifts on nurse-sensitive outcomes* [online]. URL:

<http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1111/jan.12616/asset/jan12616.pdf?v=1&t=i8r291j2&s=3c53cb18c237ae9040cdece93c661111ca3a63a2> (26.02.2015)

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (2015) *Utviklingssentrene historie* [online]. URL: <http://www.utviklingssenter.no/historie.176137.no.html> (21.04.2015)

Valiee, S., H. Peyrovi og A.N. Nasrabadi (2014) Critical care nurses' perception of nursing error and its causes: A qualitative study. I: *Contemporary Nurse*, 46 (2), s. 206-213.

Vike mfl. (2002) *Maktens samvittighet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Øgar, P. og T. Hovland (2004) *Mellom kaos og kontroll*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag