

Mathea Gården &
Joakim Hoff Gjerde

Hvordan påvirkes sykepleiens kvalitet av underbemanning i helsetjenesten?

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Gerd Elisabeth Meyer Nordhus
Mai 2022

Mathea Gården &
Joakim Hoff Gjerde

Hvordan påvirkes sykepleiens kvalitet av underbemanning i helsetjenesten?

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Gerd Elisabeth Meyer Nordhus
Mai 2022

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

Sammendrag

Hensikt: Å utforske sammenhengen mellom underbemanning i helsetjenesten og kvalitet av pleie.

Metode: Systematisk litteraturstudie av åtte forskningsartikler.

Resultat: Resultatene viser at konsekvensene for kvalitet av pleie omhandler både objektiv kvalitet og subjektiv kvalitet. Underbemanningen kan medføre mangelfull sykepleie, uønskede hendelser, samt at sykepleieverdiene settes under press. Dette kan eksempelvis føre til høyere risiko for en rekke infeksjoner, trykksår samt feil i forbindelse med medikamenthåndtering.

I tillegg til dette opplever sykepleiere ofte at de ikke er fornøyd med pleien de yter. De blir tvunget til å gjøre prioriteringer som strider mot sykepleieverdier, og de syntes at situasjonen er etisk utfordrende.

Konklusjon: På bakgrunn av disse funnene, som sår tvil ved om kravet om faglig forsvarlighet og pasientsikkerhet opprettholdes ved underbemanning, konkluderer vi med at kvaliteten av sykepleie påvirkes negativt av underbemanning i helsetjenesten. Likevel er behovet for videre forskning stort. Konsekvensene for sykepleie er store, og dermed er det nærliggende å tenke at videre forskning bør dreie seg om hvordan en kan forhindre at underbemanning drar ned kvalitet av pleie.

Abstract

Aim: To explore the connection between staffing shortages in healthcare and the quality of care.

Method: Systematic literature review of eight research articles.

Results: The results indicates that the consequences of quality of care concerns both the objective quality and the subjective quality. The staffing shortages can lead to inadequate nursing, unwanted incidents, as well as nursing values can be put under pressure. This can as examples show, contribute to a higher risk for a series of infections, bedsores, as well as errors related to administration of medicine.

In addition to this, nurses often experience dissatisfaction related to the care they provide. They are forced to prioritize, and these priorities go against nursing values, and they experience the situation as ethically challenging.

Conclusion: These findings, which create doubt whether the requirements of professional soundness and patient safety are maintained with staffing shortages, we conclude that the quality of care is greatly impacted in a negative manner, by staffing shortages in health care. Nevertheless, the need for further research is severe. The consequence on nursing is major, and therefore an obvious choice would be to continue research on how to prevent staffing shortages having a negative impact on quality of care.

Innhold

Innledning	11
1.1 Introduksjon til tema.....	11
1.2 Hensikt og problemstilling.....	11
1.3 Begrepsavklaring og presisering	11
1.4 Videre oppbygning av oppgaven	12
2 Teoribakgrunn	13
2.1 Underbemanning i sykepleietjenesten.....	13
2.2 Kvalitetsbegrepet.....	13
2.2.1 Hvordan måles kvalitet?	14
2.2.2 Objektiv og subjektiv kvalitet.....	14
2.3 Sentrale perspektiver innen sykepleie.....	14
2.3.1 Faglig forsvarlighet.....	14
2.3.2 Sykepleierens ansvarsområder.....	15
2.3.3 Sykepleieverdier.....	15
3 Metode	16
3.1 Litteraturstudie.....	16
3.1.1 SveMed+	16
3.1.2 CINAHL:.....	16
3.1.3 Håndsök.....	17
3.2 Vurdering av relevans og kvalitet.....	17
3.2.1 Relevans	17
3.2.2 Kvalitet	17
3.2.3 Etske overveielser	17
3.3 Analyse	18
4 Resultat	19
4.1 Mangelfull sykepleie	19
4.1.1 Ivaretagelse av behov	19
4.1.2 Kommunikasjon og pasientkontakt	20
4.2 Uønskede hendelser og uheldige utfall.....	20
4.3 Sykepleieverdier under press	21
4.3.1 Sykepleieverdier.....	21
4.3.2 Prioriteringer og rasjonering	21
5 Diskusjon	23
5.1 Metodediskusjon.....	23
5.2 Resultatdiskusjon	23

5.2.1	Mangelfull sykepleie.....	23
5.2.1.1	Ivaretagelse av behov	24
5.2.1.2	Kommunikasjon og pasientkontakt.....	25
5.2.2	Uønskede hendelser og uheldige utfall.....	26
5.2.3	Sykepleieverdier under press	27
5.2.3.1	Sykepleieverdier	27
5.2.3.2	Prioriteringer og rasjonering.....	28
5.3	Konklusjon.....	29
	Referanser	31
	Vedlegg	34

ANTALL ORD: 8474

Innledning

1.1 Introduksjon til tema

Her i Norge står vi overfor en krevende sykepleiermangel. Undersøkelser viser at det i 2021 ble anslått en mangel på 5350 sykepleiere og 1600 spesialsykepleiere, samt at trenden sett fra 2015 er økende. I tillegg viser tall fra Statistisk Sentralbyrå en forventet mangel på 28 000 sykepleiere i 2035 (Norsk Sykepleierforbund, 2021). En viktig årsak til denne økende mangelen kan tenkes å være det som kommer frem i en spørreundersøkelse gjennomført av tidsskriftet Sykepleien, der over 1100 sykepleiere deltok. Resultatene viser at over 72 prosent av deltakerne har vurdert å slutte i jobben, og at hele 70 prosent av disse har vurdert det fordi de mener bemanningen ikke samsvarer med behovet (Helmers et. al., 2021).

I tillegg har det moderne helsevesenet implementert en styringsideologi som kalles New Public Management (NPM). Formålet med denne ideologien «[...] kan ha påskyndet en utvikling av kliniske virksomheter fra humane institusjoner i retning av økonomiske bedrifter» (Orvik, 2015, s.32). NPM bidrar med ytre faktorer som kan ta bort det faglige der pasienten er i fokus med sin mål- og resultatstyring, som også kan sette for eksempel sykepleierverdier på spill (Kleiven et al., 2016). Dette kan være med på å forklare hvorfor virksomhetsledere sier at bemanningen er god nok, mens tjenesteyterne er uenige, og sykepleiermangelen øker.

Denne tanken forsterkes av Gautun et al. (2016, s. 12) som skriver at underbemanning er selvforsterkende, og forklarer dette med at tidspress påvirker kvaliteten av helsehjelpen sykepleierne yter. Dette medfører at halvparten av sykepleierne i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ønsker å slutte. Utfra dette kan man se at det valgte temaet er høyst dagsaktuelt, og i stor grad vil påvirke yrkesaktive sykepleiere, og at bemanning kan være en del av nøkkelen for å holde sykepleiere i arbeid.

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å utforske sammenhengen mellom underbemanning i helsetjenesten og sykepleiers kvalitet.

På bakgrunn av det valgte temaet samt hensikten med oppgaven har vi valgt følgende problemstilling:

Hvordan påvirkes sykepleiers kvalitet av underbemanning i helsetjenesten?

1.3 Begrepsavklaring og presisering

Kvalitet: Kan beskrives som «En helhet av egenskaper ved en enhet, og denne enhetens evne til å tilfredsstille uttalte og underforståtte behov» (Orvik, s. 76).

Kvalitet i helsetjenesten er knyttet til juridiske normer om både en hjelp som er omsorgsfull, samt at det skal være faglig forsvarlig (Orvik, 2015, s. 71). Det finnes også seks kvalitetsegenskaper ved helsetjenester. Dette innebærer at tjenestene blant annet er trygge og sikre (Orvik, 2015, s. 77).

Underbemanning: Å definere underbemanning er ingen enkel oppgave. I en masteroppgave vi har funnet, defineres underbemanning som «Et misforhold mellom mengde av ansvar og/eller oppgaver gitt til sykepleiere, og muligheten til å gjennomføre dem på en faglig forsvarlig måte» (Knutsen, 2014, s. 8). Der vises det også til at underbemanning kommer til syne på forskjellige måter i forskningslitteraturen, gjennom uttrykk som høy pasient- sykepleier ratio, høy arbeidsbelastning, sykepleiertimer per pasient og antall opptatte senger, (Knutsen, 2014). Dette er altså det hun har tatt til betraktning når hun har definert underbemanning.

Siden man finner underbemanning i alle deler av helsevesenet, har vi valgt å ikke begrense problemstillingen til eksempelvis kun sykehjem eller sykehus.

1.4 Videre oppbygning av oppgaven

Videre i oppgaven vil vi presentere et teorigrunnlag som er relevant for problemstillingen. Deretter vil vi i metoddelen gjøre rede for fremgangsmåten vi har brukt for å finne de inkluderte forskningsartiklene, som er valgt for å besvare problemstillingen. Her gjøres det også rede for analysen av artiklene. Deretter presenteres funnene fra analysen i resultatdelen. Deretter vil funnene vi har presentert diskuteres oppimot teoribakgrunnen, og i sammenheng med problemstillingen. Avslutningsvis følger oppgavens konklusjon samt anbefalinger for videre forskning.

2 Teoribakgrunn

I dette kapitlet presenteres en teoribakgrunn som er relevant for det valgte temaet. Her vil vi belyse teori som skal være til hjelp med å forstå resultatene av forskningen, samt danne et godt grunnlag for diskusjonsdelen.

2.1 Underbemanning i sykepleietjenesten

Det kan være mange ulike årsaker til underbemanning som kan manifestere seg på forskjellige måter. Det handler ikke bare om rekruttering av sykepleiere, men også fravær som gjør at antall årsverk ikke er fullt besatt (Gautun et al., 2016, s. 15). I tillegg, som definisjonen på underbemanning nevner, kan det også komme til uttrykk gjennom at arbeidsmengden ikke samsvarer med ressursene man har disponibelt.

Innledningsvis ble også New Public Management nevnt. Ifølge Orvik (2015, s. 32) er hensikten med NPM å gjøre pasienter mer fornøyd med tjenestene, i tillegg til å effektivisere dem. Stramme kvalitetskrav nevnes også, og for å oppnå disse målsettingene ligger liberalistiske forestillinger til grunne. Disse liberalistiske forestillingene bruker konkurranse i tillegg til en blanding av markedsmekanismer og systemer som skal kontrollere rapportering og styring. Det er disse mekanismene som påvirker utviklingen fra humane institusjoner til økonomiske bedrifter, som nevnt i innledningen (Orvik, 2015, s. 32).

2.2 Kvalitetsbegrepet

Begrepet kvalitet kan defineres på ulike måter ut fra hvilket perspektiv man ser tjenesten fra. I helse- og omsorgstjenesten er kvalitetskravet fastslått i normer som omhandler faglig forsvarlighet og hva som er omsorgsfull hjelp (Orvik, 2015, s. 71).

Orviks definisjon av kvalitet tar utgangspunkt i det lovpålagte, mens Stubberud skriver følgende om kvalitet; «[...] i hvilken grad aktiviteter og tiltak i helse- og omsorgstjenestens regi øker sannsynligheten for at enkeltpersoner og grupper i befolkningen får en ønsket helsegevinst, og at tjenestene utøves i samsvar med dagens profesjonelle kunnskap» (Stubberud, 2018, s. 17).

Kvalitet er også nevnt i formålsparagrafen i Helsepersonelloven, der det sies at loven skal medvirke til kvalitet i helse og omsorgssektoren (Helsepersonelloven, 1999, §1). Det finnes seks kvalitetsegenskaper ved helsetjenester. Disse innebærer at tjenestene; er tilgjengelige og fordelt på en rettferdig måte, utnytter ressursene på en god måte, inkluderer brukerne og gir dem mulighet til å påvirke, er sikre og trygge, er koordinert og preget av å være sammenhengende i tillegg til virkningsfulle (Orvik, 2015, s. 77). Kvalitetsegenskapene skal hjelpe med å møte lovbestemte krav eller krav bestemt i forskrifter. At helsepersonell skal samhandle og samarbeide er et eksempel på dette (Orvik, 2015, s. 76).

I formålsparagrafen i Helsepersonelloven nevnes også pasientsikkerhet. Pasientsikkerhet som begrep kan defineres som det å forhindre unødvendig skade som en konsekvens av ting som har blitt gjort, eller ikke gjort, av helsetjenesten (Stubberud, 2018, s. 12).

2.2.1 Hvordan måles kvalitet?

Kvalitet kan måles ved å bruke både subjektive og objektive målinger. Subjektive målinger omhandler vurderinger til mennesker, som for eksempel opplevelser eller erfaringer som pasienter eller pårørende har, eller vurderinger som blir gjort av helsepersonell eller ledelsen (Stubberud, 2018, s. 159).

Målinger av det som betegnes som objektiv eller faglig kvalitet inngår i det som omtales som objektive målinger. Disse målingene kan gjøres både direkte og indirekte. Man kan foreta en direkte registrering ved bruk av måleverktøy som er objektive, eller man kan gjøre det ved å bruke mer indirekte verktøy som kvalitetsindikatorer (Stubberud, 2018, s. 159). Statistikk som kan være med på å sette lys på kvalitet i tjenester kalles kvalitetsindikatorer. Definisjonen som nasjonalt kvalitetsindikatorsystem bruker om kvalitet, bygger på de seks kvalitetsegenskapene Orvik nevner.

Indikatorene tar utgangspunkt i en eller en sammensetning av flere aspekter i kvalitet, og kan eksempelvis måle pasientutfall, tilgjengelige ressurser i helsetjenestene eller forløpet til pasientene. Disse inngår i hver sin kategori av indikatorer, og de kategoriene som er mest vanlig å dele inn i er strukturindikatorer, prosessindikatorer og resultatindikatorer (Helsedirektoratet, u.å.). Et eksempel på indikatorer som er spesielt viktig for sykepleie, og relevant for denne oppgaven, er strukturindikatorer som sier noe om tilgang på blant annet utstyr og arbeidskraft (Helsedirektoratet, u.å.).

2.2.2 Objektiv og subjektiv kvalitet

Begrepet objektiv omfatter det som er upartisk i en situasjon. Begrepet blir ofte tatt i bruk når man omtaler noe som ikke er påvirket av personlige opplevelser, men at det er faktabasert (Nilstun, 2021). Sett i sammenheng med denne oppgaven kan objektivitet omhandle det som kan måles, blant annet gjennom kvalitetsindikatorer.

Begrepet subjektiv er motsetningen til objektiv. Det omhandler et individs opplevelse av en situasjon. En subjektiv mening er ikke påvirket av fakta, men heller personlige opplevelser (Nilstun, 2022). I denne oppgaven omhandler subjektiv kvalitet hvordan et individ opplever kvaliteten av helsehjelpen, enten man er pasient og mottar helsehjelpen eller er sykepleier som yter helsehjelp.

2.3 Sentrale perspektiver innen sykepleie

2.3.1 Faglig forsvarlighet

Sykepleiefaget er i tillegg til yrkesetiske retningslinjer, sykepleieverdier og normer også regulert av en rekke lover. Blant disse lovene omfattes sykepleiere blant annet av Helsepersonelloven, som er en av de mest sentrale. I den fremgår det at «Helsepersonell skal utøve sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (Helsepersonelloven, 1999, §4).

Faglig forsvarlighet er som nevnt veldig sentralt i Helsepersonelloven. Stubberud (2018) sier at:

«For at helsehjelpen skal være faglig forsvarlig, må den kontinuerlig utvikles og forbedres. Både kvalitet og forsvarlighet er dynamiske begrep. Det som anses som kvalitet og oppfattes som forsvarlig helsehjelp i dag, kan endre seg over tid når ny kunnskap og teknologi foreligger.» (s.16).

Begrepene kvalitet, faglig forsvarlighet og pasientsikkerhet som nevnt tidligere kan altså ses i sammenheng med hverandre, og inngår alle i det som omtales som kvalitet i helsetjenesten.

2.3.2 Sykepleierens ansvarsområder

Kristoffersen et al. (2016, s. 17) definerer åtte funksjons- og ansvarsområder som inngår i sykepleie, og viser blant annet til «helsefremming, forebygging, behandling, lindring og rehabilitering» (Kristoffersen et al., 2016, s.17). De skriver også at respekt for den enkeltes liv og verdighet skal være det grunnleggende for all sykepleie, og at sykepleiere skal ivareta pasientenes rett til faglig forsvarlige tjenester og en hjelp som er omsorgsfull.

Virginia Henderson var blant de første sykepleierne som prøvde å lage en beskrivelse for sykepleierens spesielle oppgaver. Hennes definisjon av sykepleie omhandler oppgaver som er vesentlige for blant annet god helse. Med utgangspunkt i dette vil menneskesynet formet av Henderson ta for seg at pasientene har spesielle grunnleggende behov (Kristoffersen, 2016, s. 36-37). Teorien til Henderson sier at sykepleier skal bistå pasienter med oppgaver de selv hadde gjort om de ikke hadde vært hindret av sykdom. I tillegg blir det listet opp de sykepleierprinsippene som Henderson beskrev. Rekkefølgen disse står i kan gi et inntrykk av at fysiologiske behov kommer først, etterfulgt av psykososiale, men en bør ikke ta utgangspunkt i at rekkefølgen viser hva som er det viktigste (Kristoffersen, 2016, s. 38-39).

2.3.3 Sykepleieverdier

I sykepleien er det noen etiske prinsipper som står sentralt, deriblant det å ikke skade, samt velgjørenhet, rettferdighet, autonomi og barmhjertighet. Disse aspektene er viktige da det omhandler kravet om kunnskapsbasert praksis og faglig forsvarlighet. Som sykepleiere har man et ansvar som omfatter det å til enhver tid yte best mulig kvalitet på sykepleien, basert på kunnskapsgrunnlaget i faget (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 18).

Kristoffersen & Nortvedt (2016, s. 102) skriver at ivaretagelse av fysiologiske behov krever at sykepleier er bevisst på at det også er andre deler av mennesket som tas hensyn til. Dette innebærer å inkludere psykiske, sosiale og åndelige aspekter, og se disse i en sammenhengende helhet. Altså, et helhetlig menneskesyn.

«Sykepleiens tjenesteorientering, med vekt på helhetlig pasientomsorg, har andre verdier enn byråkratisk systemorientering, som bygger på økonomisk effektivitet og oppgaveorientering» (Orvik, 2009). Det blir også skrevet at sykepleiere i mange sykehjem sliter med å ta hånd om pasientenes fysiske grunnleggende behov, i tillegg til medisinsk behandling. Dette kan være på grunn av årsaker som lav minstepbemanning, for få sykepleiere i forhold til ansatte generelt, men også på grunn av at tiden det krever å yte helhetlig pleie undervurderes (Orvik, 2009).

3 Metode

3.1 Litteraturstudie

Ifølge Forsberg og Wengström (2015, s. 37-38) er en systematisk litteraturstudie en systematisk gjennomgang av litteratur for å finne publisert informasjon som skal inngå i forskningen. De nevner også at den vanligste måten å foreta litteratursøk på er ved hjelp av spesielle emneord eller nøkkelord i ulike databaser.

Forsberg & Wengström (2015, s. 27) viser til en definisjon som sier at en systematisk litteraturstudie skal ta utgangspunkt i en tydelig formulert problemstilling som der besvares på en systematisk måte ved å søke etter, plukke ut, bedømme og analysere relevant forskning. En forutsetning for en systematisk litteraturstudie er at man kan gjøre gode bedømmelser og konklusjoner på bakgrunn av et godt nok antall gode forskningsartikler (Forsberg & Wengström, 2015, 26).

Med utgangspunkt i problemstillingen gjennomførte vi et systematisk litteratursøk for å finne forskningsartikler som var relevante. Dette ble gjennomført ved å ta viktige ord i problemstillingen, oversette dem til engelske søkeord, for så å bruke dem i databasene. Disse søkeordene blir nevnt under hver av de forskjellige databasene som vi har brukt i søkene våre, og mer konkret i søkehistorikken som vedlagt, da det har vært litt forskjellige fremgangsmåter. CINAHL og SveMed+ ble benyttet til søkene. I tillegg til dette har det også blitt gjort funn av relevante artikler ved hjelp av manuelle søk, også kalt håndsøk. Vi har hatt spesielt fokus på at det skal være forskningsartikler med IMRaD-struktur, at de har blitt fagfellevurdert og at de ikke var over 10 år gamle på søketidspunktet.

3.1.1 SveMed+

Her ble det foretatt et søk under «Enkel sökning», hvorav søkeordet «Nurse staffing» ble brukt. Grunnen til at vi valgte å bruke et engelsk søkeord var fordi vi hadde lagt en plan på hvilke søkeord vi skulle bruke på forhånd, samt at det ikke ble tenkt på å bruke skandinaviske ord grunnet lite erfaring med litteratursøk. Avgrensningene som ble brukt var norske artikler, peer reviewed og artikler. Danske og svenske artikler ble ikke inkludert med en baktanke om at det var fornuftig å begrense antall treff, dette også på bakgrunn av lite erfaring med litteratursøk. Dette søket ga 11 treff, hvorav tre artikler ble vurdert, men kun en artikkel ble vurdert som relevant i forhold til problemstillingen.

3.1.2 CINAHL:

Flere søk har blitt foretatt i denne databasen. I det første søket ble ordene «Nurse shortage» AND «Quality of Health Care» AND «Patient Care» brukt som søkeord. Dette søket resulterte i 40 artikler som vi leste gjennom overskriftene på, og ut fra dette gjorde vi oss opp en mening på hvilke artikler som var interessante å fordybe seg i. Konklusjonen vår etter dette søket var at ingen av artiklene var tilfredsstillende for kriteriene vi så etter med utgangspunkt i problemstillingen.

Søkeordene som ble brukt i det andre søket var «Nursing Shortage» AND «Quality of Health Care». Søket ga oss 92 resultater, hvor vi leste gjennom en del av de og

konkluderte med at to var av interesse og relevans til vår problemstilling, og dermed ble inkludert.

Vi bestemte oss for å foreta et tredje søk med de samme begrensningene, men denne gangen var søkeordene som følgende; «Nursing Shortage» AND «Patient Care». Disse søkeordene sammen med valgte begrensninger resulterte i 103 artikler, men ingen ble ansett å være relevante for vår problemstilling.

Etter dette foretok vi med jevne mellomrom flere litteratursøk i CINAHL i en periode for å holde øynene åpne for nyere forskning som kunne være relevant. I disse søkene har det blitt brukt de samme ordene og begrensningene som ved tidligere søk, og det har resultert i flere relevante artikler vi har valgt å ta med i oppgaven vår. For en nærmere beskrivelse av søkeprosessen viser vi til den vedlagte søketabellen.

3.1.3 Hånd søk

Databasen «Idunn», Universitetsforlagets digitale plattform for fag- og forskningstidsskrifter var den som ble brukt til hånd søkene. Her ble det foretatt et søk med utgangspunkt i begrensningene «Helse og sosialfag», hvorav utvalget av tidsskrifter var som følger; Klinisk sygepleje, Nordisk sygeplejeforskning og Tidsskrift for omsorgsforskning. Her ble «underbemanning» benyttet som søkeord. Her ble to artikler grundigere undersøkt, og en inkludert.

3.2 Vurdering av relevans og kvalitet

Her vil det bli gjort rede for prosessen knyttet til vurdering av relevans og kvalitet av artiklene som ble valgt.

3.2.1 Relevans

Forskningsartiklene med en tittel som gjorde at de virket relevante for oppgaven ble grundig gjennomgått. Dette ved å lese sammendrag fra artiklene. Deretter ble det gjort en vurdering av hvorvidt relevansen gjaldt konsekvenser av underbemanning. Etter å ha vurdert hvor studiene har funnet sted har vi tatt utgangspunkt i at sykepleie er et internasjonalt yrke, men at studiene har blitt gjennomført i land med verdigrunnlag som i stor grad er likt Norges. Dette for å sikre at helsehjelpen omtalt i artiklene var sammenlignbare med norsk helsevesen slik at eventuelle konsekvenser av underbemanningen som ble funnet kunne være like gjeldende her.

3.2.2 Kvalitet

Når vi har vurdert kvalitet på artiklene er det flere kriterier vi har tatt utgangspunkt i. Disse kriteriene var at artiklene var bygd opp av en IMRaD-struktur, viser til etiske overveielser, samt at de har blitt publisert av tidsskrifter som har blitt gradert til grad 1 eller 2 i Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Dette er et norsk rangeringssystem for vitenskapelige tidsskrifter. Ifølge helsebiblioteket er grad 2 det høyeste nivået, og denne måten å gradere artikler på er Helse- og omsorgsdepartementet sitt grunnlag for måling av kvalitet på forskning (Helsebiblioteket, 2012). I tillegg til dette har vi også benyttet oss av sjekklister fra Helsebiblioteket (2016), der et eksempel på hvordan en sjekkliste har blitt brukt følger med som vedlegg.

3.2.3 Etiske overveielser

Angående etiske overveielser er det viktig at studiene som blir valgt har fått godkjenning fra etiske komiteer eller at det har blitt gjort andre etiske vurderinger (Forsberg &

Wengström, 2015, s. 59). Dette har samtlige av artiklene gjort rede for, og har vist til at de har fått godkjenninger fra etiske komiteer. Vi har også inkludert review-artikler og siden disse ikke direkte har benyttet seg av menneskelige kilder eller forskningsobjekter har ikke disse hatt behov for godkjenning av etiske komiteer slik som de andre.

3.3 Analyse

For å analysere artiklene har vi brukt de fire stegene i fremgangsmåten til Evans (2002). Det første steget går ut på å finne og å velge forskningsartikler ut fra en søkestrategi i relevante databaser. Detaljer om dette kommer frem i metoddelen over. Det andre steget handler om å finne resultatene i artiklene, og sile ut nøkkelfunn ut fra disse. Derfor har vi hver for oss lest gjennom artiklene gjentatte ganger, for så å oppsummere viktige punkter og funn fra artiklene i et eget oversiktsdokument. Det tredje steget går ut på å identifisere temaer på tvers av artiklene, finne nøkkelfraser og undertemaer. I den anledning sammenlignet vi funnene fra studiene oppimot hverandre for å se etter likheter og ulikheter. Vi markerte ord fra oppsummeringene av funnene fra hver artikkel med farge som et hjelpemiddel for å danne temaer, som igjen skulle være med på å belyse fenomenene som gikk igjen i funnene. Punkt fire dreier seg om å presentere funnene, og da utarbeidet vi tabellen under, med temaer og undertemaer, som vil bli presentert i resultatdelen.

Temaer	Undertemaer	Artikler
Mangelfull sykepleie	Ivaretagelse av behov	1,6
	Kommunikasjon og pasientkontakt	3,5,6,8
Uønskede hendelser og uheldige utfall		1,2,3,4,5,6,7,8
Sykepleieverdier under press	Sykepleieverdier	1,2,7
	Prioriteringer og rasjonering	1,2,7

Tabell 1. Artiklenes rekkefølge er nummerert i tabellen etter matrisenes rekkefølge i vedleggene.

4 Resultat

Under analysen av forskningsartiklene presenterte vi temaer og undertemaer som gikk igjen i artiklene, som vist i tabellen over. I denne delen av oppgaven skal vi gjøre rede for disse.

4.1 Mangelfull sykepleie

Et funn som kom frem i flere av artiklene var hvordan sykepleierne opplever at underbemanning påvirker kvaliteten av sykepleien de utøver, både når det gjelder det som de ikke rekker å gjøre og måten de har mulighet til å utøve sykepleien på. I artiklene betegnes dette som «care left undone», «missed care» og «care rationing» (Cimen & Aslan, 2021; Hegney et al., 2019; Recio-Saucedo et al., 2017). Det kommer også frem at sykepleiere opplever at dette går ut over muligheten for ivaretagelse av oppgaver som omhandler ivaretagelse av grunnleggende behov og kommunikasjon med pasientene, da disse oppgavene ikke kan måles, og dermed nedprioriteres (Kleiven et al., 2016).

Hegney et al. (2018) viser til et sitat som omhandler at underbemanning har direkte konsekvenser til manglende sykepleie, og forteller også at omrokninger av personell ikke nødvendigvis har noe positiv effekt på situasjonen.

«Transferring staff from different areas to `make up the numbers` without a thought to their skills and if there is sick leave taking them back to their usual work place and not filling in with anyone else. We just have to cope and the patients do not receive the care that they should.».

4.1.1 Ivaretagelse av behov

Et av temaene som var gjennomgående i flere av artiklene var hvordan underbemanning påvirket ivaretagelsen av pasientenes behov. Det ble trukket frem at underbemanning og utilstrekkelig tid gjorde at sykepleierne ofte ble tvunget til å gjøre prioriteringer i henhold til sykepleien de skulle gi.

Det som ofte prioriteres ifølge Kleiven et al. (2016) er det som ansees som grunnleggende behov. Dette innebærer blant annet stell og eliminasjon. Samtidig er det flere artikler som belyser at det også er oppgaver som anses som ivaretagelse av grunnleggende behov som nedprioriteres eller man ikke rekker å gjøre. Cimen & Aslan (2021) nevner blant annet stell, munnstell, hjelp til dobesøk innen en viss tid etter etterspørsel og å mate pasienten mens maten er varm, som oppgaver som blir nedprioritert.

Selv om stell er en oppgave som ofte blir prioritert, blir likevel deler som inngår i stellet nedprioritert. Munnstell er et eksempel på dette som kommer frem i et sitat fra Kleiven et al. (2016):

«Hvis vi ser at det ser riktig ille ut, så får de litt munnstell, men hvis det ikke er altfor ille, så er det slett ikke sikkert at de får mer enn kanskje pusse gebisset. For å ikke snakke om de som har egne, kanskje dårlige tenner, som burde hatt

tannpuss og stell med tannstikke og tanntråd, så kan jeg vel si at det knapt nok skjer.».

Et annet spesifikt behov som belyses på tvers av artiklene er pasientens psykososiale behov, og ivaretagelsen av disse. Det kommer frem at dette er en av de første tingene som blir nedprioritert grunnet en travel hverdag. Konsekvensen av dette er at man ikke får gjennomført det man anser som nødvendige aktiviteter for et verdig liv (Kleiven et al., 2016). Cimen & Aslan (2021) skriver også at blant annet emosjonell støtte blir nedprioritert grunnet underbemanning.

4.1.2 Kommunikasjon og pasientkontakt

Kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienten var også et gjengående tema på tvers av artiklene. Det å snakke med pasienten viste seg å være en oppgave som ble nedprioritert dersom underbemanningen og tidspresset ble for stort (Recio-Saucedo et al., 2017).

Det kom også frem i artiklene hvordan kommunikasjonen ble påvirket i situasjoner hvor underbemanning var en faktor. Bridges et al., (2018) skriver at sykepleiebemanningen hadde en sammenheng med den totale mengden av negative interaksjoner med alt av personell.

Bridges et al., (2018) skriver følgende:

«Low RN staffing levels are associated with poorer quality interactions between patients and staff. In addition to the well-known patient safety risks, these findings indicate a wider negative effect from low staffing, with adverse consequences for patient experiences and quality of care more generally.».

4.2 Uønskede hendelser og uheldige utfall

Funn i artiklene viser også at underbemanning kan føre til uønskede hendelser som infeksjoner i sirkulasjonssystemet, medisinfel, pneumoni, urinveisinfeksjoner, institusjonsrelaterte infeksjoner, fall, og trykksår i sammenheng med manglende pleie (Bae, 2021; Recio-Saucedo et al., 2017).

I tillegg til dette viser funnene at underbemanning sammen med manglende sykepleie har en sammenheng med redusert pasienttilfredshet, og at mye rasjonering innen sykepleie ble negativt assosiert med pasienttilfredshet (Recio-Saucedo et al., 2017).

Recio-Saucedo et al. (2017) skriver også følgende; « [...] a 10% increase in missed treatments and procedures was associated with patients more likely to experience readmissions within 30 days of hospital discharge».

Bae (2021) nevner også flere uønskede hendelser og konsekvenser som oppstår grunnet underbemanning, eksempelvis uønskede pasientutfall, dårlig kvalitet på sykepleien, dårlig pasientsikkerhet, avvik, misnøye hos pasientene og økt antall dødsfall grunnet pneumoni. Lignende funn kommer også frem av Shaheen et al., (2019) som viser at underbemanningen medfører uønskede hendelser, og videre nevnes medikasjonsfeil, uheldige pasientutfall og økt dødelighet.

Det belyses også i en av artiklene at å bytte ut sykepleiere med annet helsepersonell med mindre kvalifikasjoner ikke var effektivt. Dette grunnet at når pleieassistenter kom som ekstra bemanning på avdelinger med lav sykepleiebemanning, ble ikke dette assosiert med forbedringer (Bridges et al., 2018).

4.3 Sykepleieverdier under press

Nok et tema som også går igjen i noen av artiklene er tidspresset sykepleierne står ovenfor, samt de ugunstige arbeidstidene som kan oppstå når underbemanning er en påvirkende faktor. Tidspress har ifølge Skaar et al. (2014) negative effekter på sykepleien som ytes, samt fører til en prioritering og rasjonering av sykepleien som sykepleierne selv synes er etisk utfordrende.

4.3.1 Sykepleieverdier

Utfordringer rundt sykepleieverdier og hvordan underbemanning påvirket disse ble også nevnt i flere artikler. Kleiven et al. (2016) dro frem ulike sykepleieverdier som var viktige, deriblant å yte god omsorg, samt empati og etikk. I tillegg ble også viktigheten av sin egen bevissthet rundt hvilke verdier, menneskesyn og holdninger man har, dratt frem.

Tidligere har temaet uønskede hendelser blitt presentert. Artikler viser at disse uønskede hendelsene fører til bekymringer hos sykepleierne om sykepleien de utøver er av god nok kvalitet. Disse bekymringene som sykepleierne bærer på omhandler dårligere pasientutfall, dårligere kvalitet på omsorgen, samt en nedgang i sykepleiernes egen tilfredshet med jobben (Hegney et al., 2019).

Det nevnes også relasjonsbygging og det å bli kjent med pasienten, samt å være personsentrert i møte med pasientene som viktige verdier. Men på tross av de mange gode verdiene blir det også belyst hvordan disse blir påvirket av underbemanning. I artikkelen til Kleiven et al., (2016) kommer følgende sitat frem: «*Noen ganger føler jeg at vi blir veldig oppgavesentrerte, at vi er litt autopiloter. Så for meg er god sykepleie det å møte et menneske med gode holdninger, folkeskikk og faktisk se personen bak diagnosen.*».

Skaar et. al. (2014) belyser også hvordan sykepleierne står i en vanskelig situasjon i forhold til hvordan verdiene presses av underbemanningen og tidspresset. Her skrives blant annet:

«[...] vi løper over loftet for å unngå å bli stoppet i en situasjon hvor man har dårlig tid for å unngå å si jeg har ikke tid, du må vente, løper over loftet for jeg vet at et annet menneske venter på meg som jeg ikke har muligheten til å ta meg av. Det er ikke noe greit».

I tillegg til dette skriver Shaheen et al. (2019) at sykepleiere har rapportert en lav gjennomsnittstid på direkte pasientomsorg og pasientkontakt, og at sykepleiere må bruke stadig mer tid på det administrative.

4.3.2 Prioriteringer og rasjonering

Det kommer også frem i artiklene at grunnet underbemanning så blir sykepleiere tvunget til å gjøre prioriteringer og rasjoneringer innen sykepleie. Dette resulterer i at sykepleiere prioriterer det som blir kontrollert og målt. Eksempel på dette kan være lovpålagte oppgaver og medisinerer (Kleiven et al., 2016).

Videre belyser Kleiven et al. (2016) at denne prioriteringen kan medføre at viktige aspekter av pleien, eksempelvis psykososiale behov hos pasienten som nevnt tidligere, kan bli nedprioritert. Dette på grunn av at dette er faktorer som både er vanskelig å måle, samt å effektivisere.

«Det dreier seg jo ikke bare om å stelle personer og se at de har tatt medisin osv. Det er også kanskje å gå turer med dem eller gjøre noen ting, ikke at de bare sitter i stua og venter på at det blir middagsmat.» (Kleiven et al., 2016).

På tvers av artiklene kommer det også frem at sykepleierne syntes det var utfordrende å vite hvordan de skulle prioritere den tiden de hadde mellom pasientene. Skaar et al. (2014) skriver følgende om det dilemmaet: *«Pleierne synliggjorde at de pasienten som etterspurte mest hjelp, fikk dette og ble kanskje derfor feilaktig prioritert. Fordeling av tid i tilknytning til pleien ble således oppfattet som et etisk dilemma og en utfordring av pleierne» (Skaar et al., 2014)*

5 Diskusjon

I denne delen av oppgaven diskuteres metoden som er benyttet. Deretter diskuteres funnene fra artiklene opp mot teori og i sammenheng med problemstillingen, samt hvilke konsekvenser det har for sykepleie. Avslutningsvis dannes det en konklusjon hvor problemstillingen besvares.

5.1 Metodediskusjon

I litteratursøkene som er gjennomført har det blitt benyttet databaser som er ansett som relevante databaser innenfor sykepleiefaget. Det ble lagt ned mest tid i søkene som ble gjort i CINAHL, da det var den databasen vi hadde mest erfaring med. Søkene som ble gjort i SveMed+ kunne nok ha gitt oss flere gode artikler om vi ikke hadde valgt å begrense søkene til kun norske artikler. Vi hadde heller ikke noen kunnskaper om bruk av den databasen, som er en svakhet.

I tillegg har vi gjort håndssøk der artikkelen som ble inkludert ikke direkte nevner underbemanning eller kvalitet av pleie. Likevel, siden definisjonen av underbemanning som ble presentert i innledningen viser at underbemanning et sammensatt begrep, har vi tolket det slik at artikkelen passer inn ut fra den definisjonen. Så selv om noen artikler ikke nødvendigvis nevner spesifikt underbemanning eller kvalitet på pleie, har vi likevel valgt å inkludere dem. Dette fordi de nevner mangel på blant annet tid og ressurser til å utføre tildelte oppgaver, som assosieres med underbemanning. Alt i alt mener vi at artiklene svarer på problemstillingen.

Samtidig er det verdt å nevne at vi tolker det slik at artiklene vi har funnet er rimelig samstemte om at underbemanning påvirker kvalitet av pleie, og vi ser det dermed som usannsynlig at andre artikler ville ha gitt et veldig annet resultat.

Til tross for vår manglende erfaring med litteratursøk mener vi at søkene har resultert i gode artikler som treffer det problemstillinger spør etter. Dette fordi det har blitt benyttet sjekklister i tillegg til at alle artiklene kommer fra anerkjente tidsskrifter.

Engelskkunnskapene våre er gode, men likevel er språket i mange av artiklene av et høyt faglig nivå, og det kan derfor være begreper og ord vi har hatt vanskeligheter med å oversette på en god måte, eller forstå. Det må derfor tas forbehold om at det kan ha blitt gjort feil i oversettelser fra artiklene.

5.2 Resultatdiskusjon

I denne delen av oppgaven diskuteres funnene knyttet opp mot teoribakgrunnen. Deretter vil oppgaven avsluttes med en oppsummering av funnene og betydningen disse har for kvaliteten av pleie.

5.2.1 Mangelfull sykepleie

Mangelfull sykepleie nevnes i flere artikler som en konsekvens av underbemanning (Cimen & Aslan, 2021; Recio-Saucedo et al., 2017). Dette kan innebære at viktige aspekter av pleien, eller pleien i sin helhet blir utelatt. Den mangelfulle eller manglende sykepleien har negativ påvirkning på sykepleiens kvalitet.

5.2.1.1 Ivaretagelse av behov

Flere av artiklene nevner situasjoner hvor det har oppstått mangelfull sykepleie som nevnt over, og hvordan dette var en konsekvens av et tidspress som har oppstått grunnet underbemanning (Cimen & Aslan, 2021; Recio-Saucedo et al., 2017). Det blir blant annet belyst at prioriteringer som må gjøres ofte får konsekvenser for sykepleien. Disse konsekvensene kan være at oppgaver knyttet til ernæring og eliminasjon som eksempler nedprioriteres.

En fundamental del av sykepleie er å ivareta pasientens grunnleggende behov. Psykososiale, åndelige, seksuelle og fysiske behov er ifølge Stubberud (2019, s. 16) de grove inndelingene av grunnleggende behov. I sykepleie innebærer dette at en skal en ta stilling til alle aspektene av plagene som pasienten har, og dette innebærer de symptomer pasienten opplever, funn som blir gjort, pasientens opplevelse av seg selv, og samfunnets oppfattelse i sosial sammenheng (Stubberud, 2019, s. 17).

Ivaretagelsen av grunnleggende behov er noe personer som mottar omsorgs- og pleietjenester også har krav på (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 21). Dette kommer også frem av Virginia Hendersons sykepleieteori, som presentert i teoridelen. Hegney et al. (2019) drar frem eksempler der de sier at vakter med sykdom ikke blir dekket opp og at de bare må stå i det, eller at det blir flyttet personal fra andre avdelinger. Dermed blir konsekvensen for sykepleien at pasientene ikke får den hjelpen de trenger til å ivareta sine grunnleggende behov. Å dra inn personal fra andre avdelinger kan også få konsekvenser for sykepleien hvis de ikke besitter samme type kompetanse, har fått opplæring eller er kjent med avdelingen.

I sykehjem kan dette, slik vi tolker det, innebære at en pleier fra somatisk avdeling ikke har samme kompetansenivå i miljøterapi som personalet på en demensavdeling har. Likedan på sykehus. Det kan tenkes at en sykepleier med gode kunnskaper innen gastroenterologi være til like god hjelp på en kreftavdeling, med mindre sykepleieren har erfaringer fra dette fagfeltet tidligere. Slike situasjoner vil svekke kvaliteten på pleien som blir gitt. Noen av artiklene drar også frem at interaksjoner med pasienter, samt kvaliteten på pleien, ikke blir bedre av å erstatte sykepleiere med pleieassistenter (Bridges, 2019; Hegney, 2018).

Funn vi har gjort viser også at når sykepleiere ikke har tilstrekkelig tid og har mange oppgaver, kan det medføre at arbeidsoppgaver ikke blir gjort. Eksempler på slike oppgaver kan være at sengeliggende pasienter ikke blir snudd hver andre time, eller oppgaver knyttet til ivaretagelse av personlig hygiene (Cimen & Aslan, 2021). Dette er arbeidsoppgaver som er viktig å gjennomføre grunnet pasientens helsetilstand for å unngå uønskede hendelser og uheldige utfall.

Munnstell er et eksempel på en arbeidsoppgave vi i praksis har vitnet å bli nedprioritert. En kan ha flere pasienter som skal stå opp og stelles, og det er da lett å tenke at en kan ta igjen munnstellet etter frokost. Det kan ende med at andre oppgaver som anses som viktigere i øyeblikket prioriteres, og til slutt er man ferdig på jobb, og pasienten har fremdeles ikke fått hjelp til noen form for munnstell.

Sykepleie går blant annet ut på å bistå pasienten gjennom det som omhandler sykdom. Dette innebærer å støtte pasientens opplevelser, samt reaksjoner og erfaringer i møte med sykdom og eventuell lidelse, samt styrke ressursene pasienten har og dekke dens grunnleggende behov. Dette gjelder under sykdomsforløpet, men det er også viktig knytt

til at man skal lære seg å leve med konsekvensene av helsesvikt og en kronisk sykdom (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 20).

Velgjørenhet og ikke-skade prinsippet er viktige etiske prinsipper i sykepleie. Dette tar utgangspunkt i at man er forpliktet til å på den best mulige måten fremme den sykes helse. Dette innebærer mer enn kun det å ville et annet menneske godt. Som sykepleier vil man pasientens vel utfra den faglige forståelsen man besitter av hva som er best for pasienten, og en forpliktelse til å handle utfra den informasjonen man har (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 18). Likevel, når bemanningen ikke er tilstrekkelig, vil ikke sykepleiere klare å ta hensyn til disse etiske prinsippene, som får konsekvenser for kvaliteten av pleien som ytes.

I henhold til Stortingsmelding 10 skal helse- og omsorgstjenester av god kvalitet bygge på hvert enkelt tiltaks kvalitet, i tillegg til at helheten i tjenestene skal føre til en best mulig helse i så mange leveår det lar seg gjøre (Meld. St. (2012-2013)). Når sykepleietiltak som skal ivareta pasientens behov ikke blir gjennomført grunnet underbemanning, vil dette ha konsekvenser for pasientens helsetilstand. Dette medfører at man ikke hjelper pasienten gjennom det å være syk, noe som tidligere har blitt nevnt som en del av definisjonen av sykepleie. Ved at en så viktig og grunnleggende faktor innad i sykepleie bortfaller, blir også kvaliteten på sykepleien dårligere.

5.2.1.2 Kommunikasjon og pasientkontakt

Når sykepleien er preget av underbemanning, kan dette anses å være en ytre faktor som påvirker kvalitet av pleie. En slik ytre faktor kan ha stor innflytelse på kommunikasjonen mellom sykepleiere og pasienter. For eksempel kan underbemanning være en hindring i det å bygge en god relasjon med pasientene. Dette fordi det medfører at sykepleierne er i en tidspresset situasjon hvor de prioriterer de behovene de anser er viktigst, og setter ikke av tid til god kommunikasjon med pasientene.

Recio-Saucedo et al. (2017) belyser, som nevnt tidligere, at kommunikasjon med pasienter er en oppgave som blir nedprioritert på grunn av underbemanning og for stort tidspress. I tillegg så nevnes det av Bridges et al. (2018) at det var en tydelig sammenheng mellom interaksjoner som ble opplevd som negativ og sykepleierbemanningen. Dette kan ha en sammenheng med at involvering av brukere og å gi dem innflytelse er sett på som en av de seks kvalitetsegenskapene, som nevnes i teoridelen.

Underbemanning gir mindre rom for å la pasientene medvirke i egen helse, da sykepleiere er nødt til å yte sykepleie utfra egne prioriteringer. Med andre ord kan underbemanning legge til rette for at helsepersonell systematisk bryter med Pasient- og brukerrettighetsloven, som sier at «Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

Kommunikasjon mellom sykepleiere og pasienter er vesentlig i sykepleien, da den også legger grunnlag for dannelsen av relasjon og tillit. Tillit er spesielt viktig i arbeid med mennesker. Dette fordi at tillit legger grunnlaget for at pasienten skal føle seg komfortabel nok til å åpne seg, samt å kunne ha tiltro til sykepleieren. Dersom tilliten i relasjonen ikke er tilstede, vil dette medføre at relasjonen mellom pleier og pasient har et dårlig grunnlag (Eide & Eide, s. 213-214).

Når kommunikasjon med pasienten nedprioriteres medfører dette at man ikke får bygd den relasjonen og tilliten med pasienten som man trenger for å yte best mulig sykepleie. Kommuniserer man godt med pasientene er det lettere å få med seg eventuelle plager eller symptomer som har oppstått i nyere tid, og man kan bruke denne informasjonen til å tilpasse sykepleien man gir til pasienten. I tillegg vil en god relasjon til en pasient gjøre at sykepleieren får kjennskap til hvordan pasienten er til daglig, og kan da oppfatte endringer i pasientens væremåte raskere dersom det skulle oppstå noe akutt. Derfor vil nedprioritering av kommunikasjon og pasientnære oppgaver kunne ha store konsekvenser for sykepleien som ytes.

Konsekvensene dette kan ha for sykepleie er at det kan medføre flere uønskede pasientutfall, da man ikke blir kjent med pasienten, og dermed gjør det vanskeligere å observere endringer som kan antyde forverringer, både akutte og ellers, i pasientens helsetilstand. Det kan også føre til at sykepleien mister litt av sin hensikt med å ivareta menneske som helhet, da man ikke møter pasientens psykososiale behov. Dette kan være med på at behandlingsforløpet blir tøffere for pasienten enn det i utgangspunktet trengte å være, samt at det kan føre til flere plager hos pasienten enn hva utgangspunktet var.

5.2.2 Uønskede hendelser og uheldige utfall

Et annet tema vi fant i flere artikler var ulike uønskede hendelser som oppstår som konsekvenser av underbemanning. Det nevnes blant annet økt risiko for infeksjoner, medisinfeil og dårlig pasientsikkerhet (Bae et al., 2021; Recio-Saucedo et al., 2017). Disse uønskede hendelsene medfører at sykepleien som ytes får dårligere kvalitet i direkte sammenheng med at slike hendelser avviker fra det som anses å være faglig forsvarlig.

Ved å ikke ha tilstrekkelig bemanning vil dette medføre et økt tidspress samt økt arbeidsbelastning på hver enkelt. Dette tidspresset nevnes i flere av artiklene (Kleiven et al., 2016; Shaheen et al., 2019). Dette medfører at viktige arbeidsoppgaver som innebærer å blant annet ivareta grunnleggende behov, og der igjen forhindre uønskede utfall, ikke blir gjort. Dette vil som vist i artiklene medføre økt sjanse for blant annet infeksjoner i sirkulasjonssystemet og andre institusjonsrelaterte infeksjoner (Bae et al., 2021; Recio-Saucedo et al., 2017) Her kan en også se at uønskede hendelser og sykepleierens mangelfulle sykepleie henger tett sammen. I tillegg til å gjøre og å fremme det som er best for pasienten, skal man også minske ubehag og smerte, samt unngå handlinger som uberettiget kan medføre unødvendige belastninger eller skader hos pasienten (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 18).

Når uønskede hendelser oppstår, og pasienten blir negativt påvirket av dette, bør man stille spørsmål til om sykepleien og tjenestene som ytes er faglig forsvarlig. Sammen med normer og sykepleieprinsipper så sier helsepersonelloven §4 følgende om helsehjelpen som ytes: «*Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.*» (Helsepersonelloven, 1999, §4)

På bakgrunn av dette kan en si at når uønskede hendelser oppstår grunnet underbemanning, så strider det mot flere av prinsippene innen sykepleie, men også lover som regulerer krav som stilles til helsepersonells yrkesutøvelse. Når pasienten kan få alvorlige helseproblemer, som alvorlige infeksjoner eller skader etter fall ved å være

innlagt og motta hjelp i helseinstitusjoner, så er ikke helsehjelpen som blir gitt faglig forsvarlig. Den strider da også imot yrkesetiske retningslinjer for sykepleie, der punkt 2.10 sier noe om at hjelpen skal dempe lidelse (Norsk sykepleierforbund, u.å.).

I teoridelen ble de seks kvalitetsegenskapene nevnt, samt hva god kvalitet i helsetjenesten innebærer. Dette gikk blant annet ut på at tjenestene skal være trygge og sikre i tillegg til virkningsfulle. Når uønskede hendelser oppstår og medfører unødvendig belastninger og konsekvenser for pasienten, går det utover det vi anser som trygge og sikre tjenester. Som pasient har man da oppsøkt helsehjelp for å få en bedring i egen helse, men kan ende opp med å få infeksjoner eller trykksår som eksempler. Disse kan ha alvorlige konsekvenser for pasientens helse eller gi andre belastende plager som kunne vært unngått. Da er ikke tjenestene lengre sikre og trygge. Det kan også diskuteres hvor virkningsfulle tjenestene er når man benytter seg av tjenesten for å behandle eller lindre en plage, men i stedet ender opp med ett eller flere nye problemer.

Som nevnt i innledningen har helsetjenesten begynt å bære preg av å være en økonomisk bedrift fremfor det å skulle være en humanitær institusjon. Da bærer den også preg av det som er målet til bedriftsøkonomien, som er å bedre produktiviteten, uten at dette skal gå på bekostning av kvaliteten (Orvik, 2015, s. 115). Når man grunnet underbemanning ikke har tid til å gjennomføre de arbeidsoppgavene man skal, vil dette føre til mangelfull sykepleie.

Som Recio-Saucedo et al., (2017) skriver så kan mangelfull sykepleie sees i sammenheng med reinnleggelser på sykehus. Dette vil ikke bare gå på bekostning av pleiens kvalitet, men det vil også være en stor økonomisk belastning for samfunnet. Dette fordi flere sykehusopphold og flere pasienter vil koste både penger og ressurser, noe som allerede er en mangelvare. Det er også selvmotsigende, siden reinnleggelser som kunne vært unngått øker arbeidsbelastningen, og kan sette kvalitetsperspektivet på pleien som blir ytt i tvil.

Disse uønskede hendelsene påfører nødvendige belastninger for pasientene, og kan dermed være en konsekvens for sykepleien som blir gitt. Ikke bare fordi det utsetter pasientene for nødvendige belastninger, men også fordi det kan gjøre at pasientene mister sin tillit til sykepleiere, og det igjen kan påvirke deres opplevelse av pasientsikkerhet.

5.2.3 Sykepleieverdier under press

5.2.3.1 Sykepleieverdier

Underbemanningens påvirkning på sykepleie går ikke bare utover den objektive kvaliteten, men det kan også påvirke hvordan sykepleiere opplever kvaliteten på pleien de yter. Deres verdier kan bli sterkt presset av bemanningsproblematikken.

Kleiven et al. (2016) skriver at på grunn av organiseringen av helsetjenestene med tanke på NPM, føler sykepleierne at de må jobbe på en måte som går på bekostning av deres idealer og sykepleieverdier. Dette i form av at de ofte prioriterer oppgaver som de kan vurderes og måles på, og andre oppgaver som er lovpålagt. Psykososiale behov og aktivitet dras frem som eksempler på oppgaver som er vanskelige å måle og effektivisere. Dette er oppgaver som tar tid, men som også er sentrale i helhetlig pleie. Videre nevnes det at et oppgavesentrert fokus framfor et pasientsentrert fokus, ikke ivaretar brukermedvirkning, som igjen er en rettighet som er nedfelt i lovverk, og som

sitatet i resultatdelen viser, føler sykepleierne selv at de er så oppgavesentrerte, at de går på autopilot når de er på jobb (Kleiven et al. (2016).

Noe lignende kommer også frem i en annen artikkel, men fra et litt annet synspunkt. Skaar et al. (2014) skriver at pleierne i studien hadde etiske utfordringer knyttet til hvordan de skulle prioritere den lille tiden de hadde til rådighet mellom pasientene. Noe som ble nevnt var at enkelte pasienter «ropte høyere» enn andre, og dermed fikk mer hjelp enn de som trengte det mer. Gjennom dette kommer disse etiske utfordringene og prioriteringene som sykepleiere må gjøre tydelig frem. På bakgrunn av dette kan lite arbeidskraft sammenlignet med arbeidsoppgaver, knapphet på tid og lave budsjetter altså sees på som en årsak til disse etiske problemstillingene som utfordrer sykepleieverdiene, og dermed har konsekvenser for sykepleie.

Disse konsekvensene som følger av underbemanning legger press på sykepleiers verdigrunnlag, samt verdiene til hver enkelt sykepleier. Slike situasjoner medfører at man må utføre jobben sin på en måte som strider imot det man egentlig mener er god sykepleie, som funnene våre viser. Eksempelvis det å prioritere pasienter som roper høyere enn andre strider mot rettferdighetsprinsippet. Da får ikke pasientene lik pleie, og når man prioriterer de som roper høyes går det utover ivaretagelsen av andre pasienters grunnleggende behov. Dette kan skape bekymringer hos sykepleiere med tanke på om pasientene får den hjelpen og omsorgen de har rett på, og om de i det hele tatt mottar det som anses som faglig forsvarlig og god sykepleie.

Dette presset på sykepleieverdier kan ha en rekke konsekvenser for sykepleien. Eksempelvis kan det medføre at sykepleiere ikke er fornøyd med jobben de gjør, og dermed blir utbrent, noe som videre kan føre til en enda større sykepleiemangel og derav en mer alvorlig bemanningssituasjon. Det kan medføre at man mister sin identitet som sykepleier når man hele tiden må jobbe på en måte som strider imot alt man har lært. Andre konsekvenser som kan oppstå er etiske problemstillinger og dilemmaer som krever tid og kapasitet å stå i, noe som allerede er en mangelvare innen sykepleie. Kvaliteten på sykepleien som ytes kan ifølge sykepleierne være dårligere da, de ikke får gitt det de mener er sykepleie av god kvalitet. Dette grunnet at verdiene som er så vesentlig innen sykepleie, ikke blir tatt hensyn til.

5.2.3.2 Prioriteringer og rasjonering

Som følge av underbemanning må det ofte gjøres prioriteringer innen sykepleien som ytes. Dette kommer frem i flere artikler (Cimen & Aslan, 2021; Kleiven et al., 2016; Skaar et al., 2014). Dette kan tenkes å være utfordrende for sykepleierne, samtidig som det kan påvirke den opplevde kvaliteten for de som yter helsehjelpen.

Som nevnt tidligere består disse prioriteringene ofte av hva sykepleierne selv vurderer å være de viktigste å gjennomføre, i tillegg til oppgaver som kan bli målt og kontrollert. I tillegg til å måtte gjøre prioriteringer av arbeidsoppgaver, blir de også tvunget til å gjøre prioriteringer som omhandler hvilke pasienter som skal få mest hjelp, noe som kommer frem i Skaar et al. (2014).

I tillegg kan kvaliteten påvirkes av at det er hver enkelt sykepleier som til enhver tid må gjøre disse vurderingene. Det kan være etisk utfordrende for dem, da det kan stride mot verdigrunnlaget en som sykepleier har tilegnet seg, og som sykepleien bygger på. Eksempelvis kan det vises til punkt 2.3 i de yrkesetiske retningslinjene som omhandler å yte helhetlig pleie som ivaretar hver enkelt pasients behov (Norsk Sykepleierforbund, u.å.).

De yrkesetiske retningslinjene sier mye om hvordan man som sykepleier skal opptre i jobben, samt hvordan man på best mulig måte kan gjøre det beste for pasienten. Disse sammen med eksempelvis sykepleieteorier har dannet et viktig verdigrunnlag for sykepleie. Når man som sykepleier blir tvunget til å gjøre prioriteringer innen pleie, så kan det medføre at den sykepleieren man yter ikke samsvarer med det man mener er faglig forsvarlig eller god sykepleie. Slike situasjoner vil som Kleiven et al. (2016) viser til, medføre at sykepleiere drar hjem fra jobb og tenker at de ikke har kunnet gi god sykepleie. Konsekvenser av dette kan være, som nevnt tidligere, at det fører til utbrenthet.

I tråd med disse prioriteringene fører det til at det oppstår en rasjonering innen pleie. «*Care rationing is `the withholding or failure to carry out necessary nursing tasks due to inadequate time, staffing levels, and/or skill-mix, (which) may be a directly observable consequence of low staffing levels and poor practice environments´*». Hegney et al. (2018)

Ofte medfører dette urettferdig tidsfordeling mellom pasienter da sykepleierne opplever det som utfordrende å skulle fordele tiden sin mellom alle pasientene, som nevnt tidligere. Ut fra egen praksiserfaring har vi også lagt merke til at det er ofte de som etterspør mest hjelp som får mer enn andre, selv om dette kan være urettferdig overfor de andre pasientene, som det nevnes av Kleiven et al., (2016). Denne rasjoneringen av pleie er i seg selv en konsekvens for sykepleien. Dette fordi pleien da blir ufullstendig.

Et viktig funn vi gjorde handlet om at prioriteringen av sykepleien kan variere utfra hvilken arbeidsplass en tar utgangspunkt i, altså om det er i kommunehelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten. Dette kommer frem av to funn vi gjorde, som da er de eneste funnene vi har presentert som er motstridende. Disse funnene omhandler hvilke oppgaver som prioriteres eller nedprioriteres som følger av underbemanning. Kleiven et al. (2016) skriver at det som *prioriteres* går på stell og eliminasjon, mens Cimen & Aslan (2021) viser til at slike oppgaver, i tillegg til å servere måltider, *nedprioriteres*.

En viktig faktor vi har tatt til betraktning med disse funnene er at forskningen av Kleiven et al. (2016) inkluderer spesialisthelsetjenesten, men et flertall av deltakere er fra kommunehelsetjenesten. Cimen & Aslan (2021) har kun tatt utgangspunkt i sykehus, og etter egne erfaringer, er sykepleiefokuset i kommunehelsetjenesten og i sykehus veldig forskjellige. Sykehusopphold innebærer gjerne mer medisinsk behandling som kan innebære infusjoner, stell av venekatetre og annet medisinteknisk utstyr som kan ta en del fokus. I kommunehelsetjenesten er gjerne den sykepleien som ytes mer for å dekke opp for de delene av de grunnleggende pasienten selv ikke klarer å ivareta.

For sykepleien sin del kan det tenkes at disse faktorene medfører en rekke konsekvenser. På bakgrunn av at sykepleiere får en følelse av misnøye for jobben de gjør, kan dette medføre at de blir utbrent og ikke trives i jobben. Slike tanker og følelser kan videre føre til høyere sykefravær, samt at flere sykepleiere ikke orker å stå i jobben over lengre tid. Dette kan mulig medføre enda større problemer med bemanning og rekruttering, og dermed bidra til at sykepleiemangelen blir enda større. Dette kan få økende konsekvenser for kvaliteten av pleie i framtiden.

5.3 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å utforske sammenhengen mellom underbemanning i helsetjenesten og sykepleiens kvalitet. Funnene viser at underbemanning kan føre til

mangelfull sykepleie, uønskede hendelser og uheldige utfall, i tillegg til at det setter sykepleieverdier under press. Eksempler på dette er manglende ivaretagelse av pasienters grunnleggende behov, dårligere kommunikasjon og mindre pasientkontakt, i form av hyppigere forekomst av en rekke infeksjoner og trykksår for å nevne noen. I tillegg til dette viser også funnene at det gjøres prioriteringer innen sykepleien som ytes, som setter et press på sykepleieverdiene. Sykepleierne uttrykker at de ikke får gitt den pleien de ønsker.

På bakgrunn av disse funnene, som sår tvil ved om kravet om faglig forsvarlighet og pasientsikkerhet opprettholdes ved underbemanning, konkluderer vi med at kvaliteten av sykepleie påvirkes negativt av underbemanning i helsetjenesten. Likevel er behovet for videre forskning stort. Konsekvensene for sykepleie er store, og dermed er det nærliggende å tenke at videre forskning bør dreie seg om hvordan en kan forhindre at underbemanning drar ned kvalitet av pleie.

Referanser

- Bae, S-H. (2021). Relationships between comprehensive characteristics of nurse work schedules and adverse patient outcomes: A systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 30 (no. 15-16), s. 2202-2221
<https://doi.org/10.1111/jocn.15728>
- Bridges, J., Griffiths, P., Oliver, E. & Pickering, R. M. (2018). Hospital nurse staffing and staff-patient interactions: an observational study. *BJM Quality & Safety*, vol 28 (no. 9), s. 703-713. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008948>
- Cimen, A. Aslan, M. (2021). Missed Nursing Care in Public Hospitals. *International Journal of Caring Sciences*, 14(3), 1890-1899.
http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/37_aslan_original_14_3.pdf
- Eide, H & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner*. (3. utg.). Gyldendal.
- Evans D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *The Australian journal of advanced nursing: a quarterly publication of the Royal Australian Nursing Federation*, 20(2), s. 22-26.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Natur & Kultur.
- Gautun, H., Øien, H. & Bratt, C. (2016) *Underbemanning er selvforsterkende; Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem* (NOVA Rapport 6/16). Velferdsforskningsinstituttet NOVA. <https://www.nsf.no/sites/default/files/2022-01/nova-2016-underbemanning-er-selvforsterkende.pdf>
- Hegney, D. G., Rees, C. S., Osseiran-Moisson, R., Breen, L., Eley, R., Windsor, C., & Harvey, C. (2019). Perceptions of nursing workloads and contributing factors, and their impact on implicit care rationing: A Queensland, Australia study. *Journal of nursing management*, 27(2), 371-380. <https://doi.org/10.1111/jonm.12693>
- Helsebiblioteket. (2012, 20. Juni). *Hva betyr "publiseringsnivåer"?* Hentet 4. Mai 2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/144363/hva-betyr-publiseringsnivåer>
- Helsebiblioteket. (2016, 3. Juni). *Sjekkliste* Hentet 20. Desember, 2021 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>
- Helsedirektoratet. (14.01.22). *Kvalitet og kvalitetsindikatorer*. Hentet 10. Mai 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kvalitet-og-kvalitetsindikatorer>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64) Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Kleiven, O.T. Kyte, L. Kvigne, K. (2016). Sykepleieverdier under press?. *Nordisk Sygeplejeforskning*, vol. 6 (No. 4), s. 311-326. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2016-04-03>

- Knutsen, M. (2014). *Forholdet mellom underbemanning av sykepleiere og pasientsikkerhet i sykehus*. [Masteroppgave, Universitetet i Stavanger]. Brage.
<https://uis.brage.unit.no/uis-xmlui/handle/11250/277738>
- Kristoffersen, N J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling: - en historisk reise. I N. J. Kristoffersen (red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestrings*. (3. utg., bind 3, s. 15-80). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N J., Nortvedt, F., Skaug, E-A., Gimsbø, G H. (2016). Hva er sykepleie?: Sykepleie – fag og funksjoner. I N. J. Kristoffersen (red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie – fag og funksjon*. (3. utg., bind 1, s. 15-27). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N J., Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier: - verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen (red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie – fag og funksjon*. (3. utg., bind 1, s. 89-138). Gyldendal Akademisk.
- Meld. St. 29 (2012-2013). *God kvalitet – trygge tjenester*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>
- Nilstun, C. (2021, 8. november). Objektiv. I *Store norske leksikon*.
https://snl.no/objektiv_-_saklig
- Nilstun, C. (2022, 16. februar). Subjektiv. I *Store norske leksikon*.
<https://snl.no/subjektiv>
- Norsk Sykepleierforbund. (2021, 20. Mai). *Norge mangler nesten 7000 sykepleiere*.
<https://www.nsf.no/artikkel/norge-mangler-nesten-7000-sykepleiere>
- Norsk Sykepleierforbund. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 21. Mai 2022 fra
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie: - funksjon, ansvar og kompetanse. I D-G. Stubberud, R. Grønseth, H. Almås (Red.), *Klinisk Sykepleie 1*. (5. utg., bind 1, s. 17-39). Gyldendal Akademisk.
- Orvik, A. (2009). Organisatorisk kompetanse motvirker realitetssjokket. *Sykepleien*, 2002;90(8), s. 42-46. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2002.0023>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse - Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. Cappelen Damm Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Recio-Saucedo, A., Dall`Ora, C., Maruotti, A., Ball, J., Briggs, J., Meredith, P., Redfern, O.C., Kovacs, C., Prytherch, D., Smith, G.B. & Griffiths, P. (2017). What impact does nursing left undone have on patient outcomes? Review of literature *Journal of Clinical Nursing*, vol. 26 (no. 11-12), s. 2248-2259.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14058>
- Register over vitenskapelige publiseringskanaler. (u.å.). *Kriterier for godkjenning av publiseringskanaler*. Hentet 5. Mai 2022 fra
<https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/OmKriterier>

- Shaheen, A. M., El-Hneiti, M., Albqoor, M., & Ahmad, M. (2019). Predictors of quality of care provided for older adults. *Journal of nursing management*, 27(8), 1747–1755. <https://doi.org/10.1111/jonm.12869>
- Skaar, R. Brodtkorb, K. Skisland, A V-S. Slettebø, Å. (2014). Organisering av helsetjenester til eldre i kommunen - noen etiske utfordringer. *Nordisk Sygeplejeforskning*, vol 4 (No. 4), s. 267-278. <https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2014-04-03>
- Stubberud, D-G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet*. Gyldendal Akademisk.
- Stubberud, D-G. (2019). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D-G. Stubberud (red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. (2 utg. S. 15-47). Gyldendal.

Vedlegg

Vedlegg 1 – Litteratormatrise 1

Referanse	Kleiven, O.T. Kyte, L. Kvigne, K. (2016). Sykepleieverdier under press?. <i>Nordisk Sygeplejeforskning</i> , vol. 6 (No. 4), s. 311-326. https://doi.org/1018261/issn.1892-2686-2016-04-03
Studiens hensikt/mål	Å utforske hvordan ytre rammefaktorer kan innvirke på sykepleiernes prioriteringer i praksis, og hvilke konsekvenser denne innvirkningen kan ha for sykepleieridentiteten.
Nøkkelbegreper/ Keywords	Fokusgrupper, kvalitativ studie, New Public Management, oppgavesentrert, pasientsentrert, prioriteringer, sykepleieridentitet
Metode	Kvalitativ studie. Innhenting av data har vært gjort gjennom fokusgruppeintervjuer med sykepleiere i praksis.
Resultat/ konklusjon	Resultat: "Kjerneverdiene lever fortsatt som ideal og mål". "Verdiene utfordres - det du blir målt på kommer først". Konklusjon: Studien viser at ytre krav og rammer påvirker arbeidshverdagen og utfordrer sykepleierverdienes kår. De ytre kravene kan sees i sammenheng med New Public Management (NPM) som styringsredskap i helsevesenet. NPM bruker målesystemer og rapportering for å øke produktivitet og effektivitet, og står dermed i kontrast til sykepleiefagets verdigrunnlag, og fører til at en prioriterer oppgaver en blir målt og kontrollert på, som medisinerer og lovpålagte oppgaver. Som følger av dette kan viktige aspekter i pleien som aktivitet, psykososiale behov, munnstell og ernæring bli lidende. Altså påvirke kvaliteten av helsehjelp.
Relevans	NPM er et verktøy som blir brukt til kostnadseffektivisering av helsevesenet. Det følger opp målbare og kontrollerbare oppgaver, og forflytter sykepleiens fokus fra å være pasientsentrert til å være oppgavesentrert. Dette påvirker sykepleiers selvbylde som profesjonell yrkesutøver, men kan også påvirke kvaliteten i pleien til pasientene betraktelig. Om sykepleier mister sine grunnleggende sykepleierverdier - som kan være en konsekvens av høy arbeidsbelastning over tid - vil dette kunne føre til at sykepleier mister evnen til å yte helsehjelp av høy kvalitet. Sykepleierperspektiv.

Vedlegg 2 – Litteratormatrise 2

Referanse	Skaar, R. Brodtkorb, K. Skisland, A V-S. Slettebø, Å. (2014). Organisering av helsetjenester til eldre i kommunen - noen etiske utfordringer. <i>Nordisk Sygeplejeforskning, vol 4 (No. 4), s. 267-278.</i> https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2014-04-03
Studiens hensikt/mål	Utforske etiske utfordringer en gruppe helsepersonell opplever som konsekvens av måten helsetjenesten er organisert på og hvordan disse utfordringene møtes for eldre pasienter i en norsk kommune.
Nøkkelbegrep/ p/ Keywords	Autonomi, beste effektive omsorgsnivå, etikk, kvalitativt design, organisatoriske utfordringer, rettferdighet, velgjørighet.
Metode	Kvalitativt studiedesign. Data samlet inn gjennom fokusgruppeintervju.
Resultat/ konklusjon	<p>Funn: Informantene diskuterte ulike problemstillinger som hadde det til felles at det handlet om utfordringer knyttet til å ivareta prinsippet om beste effektive omsorgsnivå. "Feilplassering", "rammer og struktur" og "manglende samsvar mellom behov og tjenester" var temaene som ble påpekt i studien.</p> <p>Konklusjon: Funnene viste at helsepersonell står i et etisk spenningsfelt mellom hensynet til god pasientomsorg og organisatoriske krav. Det å skape et hensiktsmessig miljø er vesentlig aspekt for kvaliteten på sykepleie til eldre pasienter, og i særlig stor grad hos demente pasienter. Sentrale faktorer for å oppnå dette er tilstrekkelig tid, oversiktighet og kontinuitet.</p>
Relevans	Studien belyser at etiske problemstillinger oppstår som konsekvens av mangel på ressurser til å ivareta pasientene. Utfordringene som knytter seg til spenningen mellom god pasientomsorg og krav til effektivitet vil kunne påvirke kvaliteten i helsehjelpen betydelig.

Vedlegg 3 – Litteratormatrise 3

Referanse	Recio-Saucedo, A., Dall`Ora, C., Maruotti, A., Ball, J., Briggs, J., Meredith, P., Redfern, O.C., Kovacs, C., Prytherch, D., Smith, G.B. & Griffiths, P. (2017). What impact does nursing left undone have on patient outcomes? Review of literature <i>Journal of Clinical Nursing</i> , vol. 26 (no. 11-12), s. 2248-2259. https://doi.org/10.1111/jocn.14058
Studiens hensikt/mål	Utforske effekten av manglende sykepleie på pasientutfallet hos voksne pasienter på akutt sykehusavdelinger og på sykehjem.
Nøkkelbegreper/ Keywords	care left undone, missed care, nurse staff, patient outcomes, safe staffing levels, unfinished care
Metode	Systematisk litteraturgjennomgang. Medline, CINAHL og Scopus ble brukt for å søke etter studier som utforsket sammenhengen mellom manglende sykepleie og minst ett pasientutfall.
Resultat/ konklusjon	<p>Resultat: 14 studier rapporterte om sammenhenger mellom manglende sykepleie og pasientutfall. Mesteparten av studiene brukte sykepleier- eller pasientrapporter for å fange utfall, hvor noen brukte administrativ data. Fire studier fant en sammenheng mellom manglende sykepleie og bemerkningsverdig høyere misnøye blant pasienter. Sju studier rapporterte om sammenhenger med en eller flere pasientutfall inkludert feilmedisinering, urinveisinfeksjoner, fall hos pasienter, trykksår, alvorlige uhell, samt redusert kvalitet på helsehjelpen og gjeninnleggelser av pasienter.</p> <p>Konklusjon: Gjennomgangen gir et bevisgrunnlag av studier som utforsker manglende pleie og pasientutfall hentet for det meste fra data rapportert av sykepleier og pasienter. For å støtte påstanden om at bemanningsnivå og en blanding av faglig kompetanse hos sykepleiere er assosiert med ugunstige pasientutfall som et resultat av manglende sykepleie, så trengs det mer forskning som bruker objektivt personell og en måling av utfallene.</p>
Relevans	Studien belyser konsekvensene underbemanning har for kvaliteten av helsehjelp, og nevner blant annet flere spesifikke konsekvenser som kan oppstå.

Vedlegg 4 – Litteratormatrise 4

Referanse	Bae, S-H. (2021). Relationships between comprehensive characteristics of nurse work schedules and adverse patient outcomes: A systematic literature review. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , vol. 30 (no. 15-16), s. 2202-2221 https://doi.org/10.1111/jocn.15728
Studiens hensikt/mål	Å gjennomgå de omfattende faktorene til ubeleilige arbeidsplaner/-turnuser hos sykepleiere og fremstille bevisene av det forhold til ugunstige pasientutfall.
Nøkkelbegrep/ p/ Keywords	Breaks, daily work hours, nurse schedule, overtime, patient outcomes, weekly work hours.
Metode	Det ble brukt 8 elektroniske, bibliografiske databaser for å søke opp forskningsartikler publisert fra 2000 til 2019. Prosessen med å velge ut forskningsartikler fulgte PRISMA-metoden.
Resultat/ konklusjon	<p>Resultat: Fra søket ble 2366 artikler funnet, 22 av de som ble brukt i denne artikkelen. Disse viste at å jobbe mer enn 12 timer på en dag hadde ugunstig effekt på pasientutfall, det var også å jobbe mer enn 40 timer per uke. Det var blandede funn i forholdet mellom overtidsarbeid hos sykepleiere og ugunstige pasientutfall.</p> <p>Konklusjon: Denne studien fant et avgjørende forhold mellom overflødige arbeidstimer hos sykepleiere og ugunstige pasientutfall. Denne artikkelen belyser viktigheten av å håndtere sykepleiernes ubeleilige arbeidsplaner/-turnuser som for eksempel lange daglige og ukentlige arbeidstimer for å forbedre pasientsikkerhet og forebygge dårligere pasientutfall.</p>
Relevans	Artikkelen belyser sammenhengen mellom overtidsarbeid og ubeleilige turnuser hos sykepleier og sammenhengen det har til dårligere pasientutfall. Overtidsarbeid og for eksempel dobbelvakter er noe som kan forekomme oftere og oftere desto større sykepleiermangelen blir.

Vedlegg 5 – Litteratormatrise 5

<p>Referanse</p>	<p>Bridges, J., Griffiths, P., Oliver, E. & Pickering, R. M. (2018). Hospital nurse staffing and staff-patient interactions: an observational study. <i>BJM Quality & Safety</i>, vol 28 (no. 9), s. 703-713. http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008948</p>
<p>Studiens hensikt/mål</p>	<p>Undersøke hvorvidt forholdet mellom sykepleier og pasient påvirkes av sykepleiebemanningen.</p>
<p>Nøkkelbegrep / Keywords</p>	<p>Ingen nevnt i artikkelen.</p>
<p>Metode</p>	<p>Det ble observert 238 timer med pleie, omtrent 270 pasienter. Alle samhandlinger mellom helsepersonellet og pasientene ble vurdert ut fra samme skala. Antall helsepersonell ble sammenlignet opp mot antall pasienter for å finne ut av antall pasienter i forhold til antall helsepersonell. Flere modeller ble brukt for å utforske sammenhengen mellom bemanningen, kompetansenivå og sjansen for at interaksjonene ble vurdert som dårlig. Denne vurdering ble gjort av pasienten på bakgrunn av samhandlingene de hadde erfart i tillegg til total tid pasientene hadde fått til å samhandle med personellet per observerte time.</p> <p>Det er en sekundær analyse av observert data samlet som en del av en enkelhetsstudie av en omsorgsintervensjon for sykepleieteam på sykehus.</p>
<p>Resultat/ konklusjon</p>	<p>Resultat: Av de 3076 observerte samhandlingene var 10% av dem vurdert som dårlige. Sjansen for å oppleve en dårlig interaksjon økte bemerkningsverdig når antall pasienter per sykepleier økte. Samme mønster ble observert for pleieassistenter, men sammenhengen var ikke like stor her. Når sykepleierbemanningen var lav økte sjansen for dårligere samhandlinger ved høy bemanning av pleieassistenter. Antall interaksjoner hos pasienter per time, men ikke total samhandlingstid, var relatert til bemanning.</p> <p>Konklusjon: Lav sykepleierbemanning er assosiert med forandringer i kvalitet og kvantitet på samhandlinger mellom pasienter og helsepersonell. Når sykepleiebemanningen er lav, er økt bemanning av pleieassistenter, og andre assistenter, ikke assosiert med bedre kvalitet på samhandlingene mellom pasienter og helsepersonell. Å oppnå god effekt av å ta i bruk pleieassistenter avhenger av å ha effektive sykepleiere som veiledere, som igjen begrenser muligheten for bytter.</p>
<p>Relevans</p>	<p>Belyser det faktumet at samhandling og interaksjoner mellom pasienter og sykepleiere/helsepersonell avhenger av sykepleiebemanning. Mangel på sykepleiere på avdelingene fører til dårligere interaksjoner mellom pasienter og helsepersonellet, men det fører og til færre interaksjoner. Dette kan videre påvirke kvaliteten på helsehjelpen.</p>

Vedlegg 6 – Litteratormatrise 6

Referanse	Cimen, A. Aslan, M. (2021). Missed Nursing Care in Public Hospitals. <i>International Journal of Caring Sciences</i> , 14(3), 1890-1899. http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/37_aslan_original_14_3.pdf
Studiens hensikt/mål	Avgjøre pleie som ikke har blitt gjennomført av sykepleierne på 3 sykehus, og årsakene til dette.
Nøkkelbegrep/ p/ Keywords	Missed nursing care, nurse, care, patient, hospital
Metode	550 sykepleiere deltok ved å fylle ut et skjema med 7 spørsmål laget av forskeren, samt "MISSCARE survey turkish".
Resultat/ konklusjon	<p>Resultat: De mest glemte oppgavene var få pasienten ut av sengen 3 ganger daglig som var beordret, snu sengeliggende pasienter hver andre time og personlig hygiene. Den største årsaken til ikke gjennomført pleie var at antall personal på jobb ikke var tilfredsstillende</p> <p>Konklusjon: Sykepleie ble unnlatt av sykepleierne i denne studien. Studien viser at pleien som skal gis til pasientene av en eller annen grunn ikke kan bli gitt. Sykehusene er klar over situasjonen og burde skape nye ordninger.</p>
Relevans	Viser at bemanning har konsekvenser for pleien som blir gitt i sykehus.

Vedlegg 7 – Litteratormatrise 7

Referanse	Hegney, D. G., Rees, C. S., Osseiran-Moisson, R., Breen, L., Eley, R., Windsor, C., & Harvey, C. (2019). Perceptions of nursing workloads and contributing factors, and their impact on implicit care rationing: A Queensland, Australia study. <i>Journal of nursing management</i> , 27(2), 371–380. https://doi.org/10.1111/jonm.12693
Studiens hensikt/mål	Utforske sykepleieres oppfatning av faktorer som påvirker arbeidsbelastninger og deres påvirkning på pasientpleie.
Nøkkelbegreper/ Keywords	Implicit care rationing, nurses, patient acuity, sector, skill-mix, staff shortages, workloads.
Metode	En tverrsnittstudie med egenrapportering gjennom spørreskjema på nett. 2,397 sykepleiere deltok.
Resultat/ konklusjon	<p>Resultat: 20-40% rapporterte at de ikke hadde mulighet til å yte hjelp med tiden de hadde på seg, utilstrekkelig bemanning og en ikke adekvat blanding av faggrupper. De rapporterte at kombinasjonen av arbeidsbelastning og ikke tilstrekkelig blanding av faggrupper førte til rasjonering av pleie. Over 60% mente at prosessen rundt å belyse problematikken rundt arbeidsbelastning ikke var tilstrekkelig.</p> <p>Konklusjon: Institusjonelle innflytelser på bemanningsnivåer og blanding av faggrupper fører til rasjonering av pleie og at om ledere ikke begynner å ta hensyn til slike forhold, kan det påvirke pasientsikkerhet.</p>
Relevans	Påpeker sykepleieres opplevelse av å ikke strekke til, og å ikke få gjort en god nok jobb grunnet utfordringer med bemanning.

Vedlegg 8 – Litteratormatrise 8

Referanse	Shaheen, A. M., El-Hneiti, M., Albqoor, M., & Ahmad, M. (2019). Predictors of quality of care provided for older adults. <i>Journal of nursing management</i> , 27(8), 1747–1755. https://doi.org/10.1111/jonm.12869
Studiens hensikt/mål	Å gjennom sykepleierens perspektiv beskrive kvalitet av pleie til eldre mennesker, utforske forholdene mellom yrkesmessig stress, arbeidsmiljø, medarbeiderutvikling og kvalitet av pleie til eldre mennesker, og forutsetninger for kvalitet av pleie for eldre mennesker.
Nøkkelbegrep/ p/ Keywords	Nurses´ competence, older adults, psychosocial work environment, quality of care, work conditions.
Metode	Deskriptivt korrelasjonsdesign. En multi-strategisk utvalgsteknikk ble brukt til å rekruttere et utvalg av 500 sykepleiere som yter helsetjenester til eldre i sykehus og sykehjem.
Resultat/ konklusjon	Resultat: Nesten 80% av deltagende sykepleiere rapporterte at arbeidsplassen ikke var tilstrekkelig bemannet. Kvalitet av ytt pleie hang sammen med yrkesrelatert stress, arbeidsmiljø, og medarbeiderutvikling. Konklusjon: Forbedring av arbeidsmiljø, minskning av yrkesrelatert stress og å øke medarbeiderutvikling vil øke kvaliteten av pleie av eldre mennesker.
Relevans	Viser at bemanningssituasjonen påvirker kvaliteten av pleien som blir ytt.

Vedlegg 9 - Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Data-base	Avgrensning	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
Nursing Shortage AND Patient Care	2/12-21	CINAHL	Research Article Peer Reviewed 2011-2021	103	7	4	
Nursing Shortage AND Quality of Health Care AND Patient Care	2/12-21	CINAHL	Research Article Peer Reviewed 2011-2021	40	10	7	
Nurse staffing	4/12-21	SveMed+	Norsk Artikkel Peer reviewed	11	3	2	(Skaar et al., 2014)
Underbemanning	4/12-21	Idunn	Avgrenset til tidsskrifter: Klinisk sygepleje, Nordisk sygeplejeforskning og tidsskrift for omsorgsforskning	4	2	1	(Kleiven et al., 2016)
Nursing Shortage AND Quality of Health Care	6/12-21	CINAHL	Research Article Peer Reviewed 2011-2021	92	8	5	(Bridges et al., 2018) (Bae, S-H., 2021).
Nursing Shortage OR Understaffing AND Quality of Health Care	17/12-21	CINAHL	Research Article Peer Reviewed 2011-2021	85	11	6	(Recio-Saucedo et al., 2017)

AND Patient Care							
Person- nel Staffing AND Sche- Duling OR Staffing Levels AND Prac- tical Nurses OR Nurse OR Nurses AND Quality of Nursing Care OR Quality of Health Care OR Quality of Care	17/12- 21	CINAHL	Research Article Peer Reviewed 2011-2021	1068	51	6	(Shaheen et al., 2019).
Nursing Shor- tage AND Quality of Health Care AND Patient Care	28/03- 22	CINAHL	Research Article Peer Reviewed 2011-2022	45	29	5	(Hegney et al., 2019)
Nursing Shor- tage AND Quality of Health Care	28/03- 22	CINAHL	Research Article, Peer Reviewed, 2011-2022	98	14	7	(Cimen & Aslan, 2021).

Sjekklister for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklister?

Sjekklister består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklister

Sjekklister er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklister er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklister?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Skaar, R. Brodtkorb, K. Skisland, A V-S. Slettebø, Å. (2014). Organisering av helsetjenester til eldre i kommunen - noen etiske utfordringer. *Nordisk Sygeplejeforskning, vol 4* (No. 4), s. 267-278.
<https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2014-04-03>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

Utforske etiske utfordringer en gruppe helsepersonell opplever som konsekvens av måten helsetjenesten er organisert på, og hvordan disse utfordringene møtes for eldre pasienter i en norsk kommune.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

Metoden er egnet til å få frem synspunkter og diskusjon som ikke ville kommet frem individuelt

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?

- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

Intervjuguide. Digital lydopptaker som ble transkribert.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

Deltakere tatt kontakt på eget initiativ. Signert samtykke. Informert om konfidensialitet.

Viser til forskningsetiske retningslinjer og godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

