



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

| | | | |
|-----------------------|---|------------------------|--------------------------------------|
| Startdato: | 24-02-2020 09:00 | Termin: | 2020 VÅR |
| Sluttdato: | 22-04-2020 14:00 | Vurderingsform: | Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått) |
| Eksamensform: | Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave | | |
| SIS-kode: | 203 SYKHB3001 1 PRO1 2020 VÅR HAUGESUND | | |
| Intern sensor: | (Anonymisert) | | |

Deltaker

Kandidatnr.: 392

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Omsorgsfiendtleg effektivisering - Sjukepleia i eit kostnadseffektivt fokus
Antall ord *: 8495
Engelsk tittel *: Care negative streamlining - Nursing in a cost effective focus
Egenerklæring *: Ja **Inneholder besvarelsen** Nei
konfedensielt
materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



BACHELOROPPGÅVE

Omsorgsfiendtleg effektivisering

- Sjukepleia i eit kostnadseffektivt fokus

Care negative streamlining

- Nursing in a cost-effective focus

Kandidatnummer 392

Bachelor i sjukepleie
Fakultet for helse- og sosialvitskap

Institutt for helse- og omsorgsvitskap,
Campus Haugesund
Innlevering 22.04.20 kl 14.00



Figur 1. Holding arthritic hands. [Photograph]. Retrieved from Encyclopædia Britannica ImageQuest. (https://quest.eb.com/search/132_1438623/1/132_1438623/cite)

Eit hjarte som sviktar, skal ikkje piskast. Det skal bremsast og skjermast frå meir stress og adrenalin. Om du set stetoskopet inntil sjukehusveggen, vil du høyre slaga til eit sviktande hjarte. Vi prøver å kompensere med raskare føter og hardare grep, men sviktar likevel. Vi sviktar føretaket. Vi sviktar samvitet. Vi sviktar integriteten. Vi sviktar pasientane. Vi dekompenierer, og pasientane hopar seg opp i korridorane, som blodvæske i lungene. Og no vil dei ha høgare puls og drar opp adrenalin i sprøyta. Men dette toler ikkje eit sviktande hjarte!

Egil Schistad, 2019

Samandrag

Bakgrunn for val av tema: Som snart nyutdanna sjukepleiar har eg høyrte og kjent på den hektiske arbeidskvardagen som snart skal møtast. Kjensla om at eit stadig effektiviserande helsevesen komprimerer grunnlaget til sjukepleia litt etter litt. Ressurssparing, tidspress og økonomi tek stort fokus i helsevesenet, noko som kan føre omsorg og barmhjertigheit bort frå sjukepleiarens arbeidskvardag. Økonomi og effektivitet utfordrar profesjonsetikken.

Problemstilling: Kva konsekvens har effektivisering av helsevesenet for sjukepleias verdigrunnlag på sjukehus?

Hensikt: Eg ynskjer eg få meir kunnskap om dei ulike rammevilkåra og ytre barrierar sett i lys frå sjukepleiaren si side. Hensikta med oppgåva er å finne ut kva konsekvensar dei ytre barrierane kan ha for sjukepleiegrunnlaget og faget.

Metode: Metoden i denne oppgåva er litteraturstudie. Det er brukt faglitteratur og forskingsartiklar om sjukepleiegrunnlaget i forhold til effektivisering av helsevesenet for å belyse problemstillinga.

Funn: Sjukepleiarane i dag ser framleis på omsorg, barmhjertigheit og etikk som viktige verdiar i sjukepleiegrunnlaget. Helsevesenet er i stadig aukande effektivisering som førar med seg økonomiske mål og resultat i eit yrke som ikkje kan målast økonomisk. Ressursfordeling basert på økonomiske mål førar til eit tids- og arbeidspress for sjukepleiarane. Tidspress førar til lite rom for yrkesutøving der omsorg og barmhjertigheit vert bortprioritert for andre målbare oppgåver. Mangel på sengeplassar aukar tidspresset og førar til fleire pasientar per sjukepleiar. Sjukepleiarane fryktar den store påkjenninga vil gjere dei likegyldige og emosjonelt immune, noko som vil svekke grunnlaget ytterligare.

Oppsummering: Sjukepleieverdiar som omsorg og barmhjertigheit eksisterer framleis blant sjukepleiarane, men vert trua av effektivisering. Dersom ein ikkje rettar synet mot dette problemet, kan ein risikere at omsorg og barmhjertigheit ikkje lenger består som ein del av sjukepleia.

Abstract

The background for my choice of this theme: As a soon to be qualified nurse I have heard and also experienced the extremely busy everyday life of a nurse which I will soon encounter. The feeling of an ever-effective health service compacts the core values of nursing. Resource conservation, time pressure and a large focus on economy takes a great part in the health care. This could lead to the care and compassion been taken away from the daily duties of the nurse. Economy and effectiveness challenges professional ethics.

Research question: How does streamlining the health system affect the core values of nursing when working at a hospital.

Purpose: I would like to have more knowledge about the different framework and outer barriers seen from the nurse's point of view. The purpose of this thesis is to find out what consequences the outer barriers has for the foundation and for the subject of nursing.

Method: The method in this thesis is the study of literature. Literature studies and research articles about the core values of nursing and the effectiveness of the health care has been used to illuminate the issue.

Findings: Nurses today see care, compassion and ethics as important core values of nursing. Efficiency is constantly increasing in The Norwegian Health system which leads to economic goals and results. The nursing profession cannot be measured by economics. Conflicts arise because of resource allocations based on the economical goals. This consequently leads to time pressure for the nurses. Time pressure leads to little time for professional practice where care and compassion is set aside because of measurable tasks. The lack of beds increases the time pressure and more patients are allocated to one nurse. Nurses are worried that the strain will cause the nurse to be indifferent and emotionally immune. This again will further impair the core values of nursing.

Summary: The core values of nursing still exists amongst nurses, but present efficiency may harm the core values. If we don't address this issue we may risk that care and compassion can be lost in nursing.

Innholdsfortegnelse

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INNLEIING | 1 |
| 1.1. | PRESENTASJON AV TEMA | 1 |
| 1.2. | BAKGRUNN FOR VAL AV TEMA | 1 |
| 1.3. | HENSIKT | 2 |
| 1.4. | PROBLEMSTILLING | 2 |
| 1.5. | AVGRENSING | 2 |
| 2 | TEORI | 3 |
| 2.1. | KARI MARTINSEN | 3 |
| 2.1.1. | OMSORG SOM SJUKEPLEIAS VERDIGRUNNLAG | 3 |
| 2.1.2. | DER KLOKKA DOMINERER | 4 |
| 2.2. | VIRGINIA HENDERSON | 4 |
| 2.2.1. | GRUNNLEGGANDE SJUKEPLEIE – EIN KOMPLEKS AKTIVITET | 5 |
| 2.3. | SJUKEPLEIAS ETISKE OG LOVGITTE RAMMER..... | 6 |
| 2.4. | EFFEKTIVISERING | 7 |
| 2.4.1. | NEW PUBLIC MANAGEMENT | 7 |
| 2.4.2. | ØKONOMISKE MÅL OG RESULTAT..... | 7 |
| 2.4.3. | EFFEKTIVITET | 8 |
| 3 | METODE | 9 |
| 3.1. | KVA ER METODE? | 9 |
| 3.2. | LITTERATURSTUDIE SOM METODE..... | 9 |
| 3.3. | KVANTITATIVE OG KVALITATIVE METODAR..... | 9 |
| 3.4. | PRAKTISK FRAMGANGSMÅTE FOR LITTERATURSTUDIEN | 10 |
| 3.5. | KJELDEKRITIKK..... | 11 |
| 3.6. | METODEKRITIKK | 12 |
| 3.7. | ETISKE OVERVEIELSAR | 12 |
| 4 | PRESENTASJON AV INKLUDERTE ARTIKLAR | 14 |
| 4.1. | ARTIKKEL 1..... | 14 |
| 4.2. | ARTIKKEL 2..... | 14 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 4.3. | ARTIKKEL 3..... | 15 |
| 4.4. | ARTIKKEL 4..... | 16 |
| 4.5. | OPPSUMMERING AV ARTIKKELFUNN | 16 |
| 5 | DRØFTING | 18 |
| 5.1. | SJUKEPLEIA I MÅL OG RESULTAT | 18 |
| 5.2. | INSENTIVER ERSTATTAR FAGLEG SKJØNN | 19 |
| 5.3. | TIDSPRESS | 21 |
| 5.4. | EMOSJONELL IMMUNISERING | 23 |
| 6 | KONKLUSJON..... | 26 |
| 7 | REFERANSER..... | 27 |
| 8 | VEDLEGG | 31 |
| 8.1. | VEDLEGG 1: SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN KVALITATIV STUDIE | 31 |

Oversikt over tabellar

| | |
|--|----|
| <u>TABELL 1: SYSTEMATISK LITTERATURSØK</u> | 10 |
|--|----|

Oversikt over figurar

Figur 1. Holding arthritic hands

| | |
|--|----|
| <u>FIGUR 2. TOLKING AV EMOSJONELL IMMUNITET.....</u> | 25 |
|--|----|

1 Innleiing

1.1.Presentasjon av tema

Når ein utdannar seg til sjukepleiar får ein eit samfunnsansvar og forplikting til viktige moralske verdiar og ideal som blant anna nestekjærleik og barmhjertighet (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s.16). Som sjukepleiar i dagens helsevesen er ein prega av press frå mange kantar. På den eine sida har ein befolkninga si forventing om god, riktig og omsorgsfull pleie og behandling. På den andre sida er det myndigheita si forventing om kostnadseffektiv behandling innanfor gitte strame økonomiske rammer (Alvsvåg, 2010, s. 12). Til slutt har ein også sjukepleia sitt verdigrunnlag som består av blant anna omsorg og barmhjertighet. Effektivitet og produktivitet har vorte eit velkjent omgrep i Norsk helsevesen, med reformer som har mål om aukande produksjon og reduserte kostnader (Stamsø, 2014, s. 70). Sjukehusa har blitt meir komplekse, med store utgifter. Dette har medført eit intenst styringsbehov (Jakobsen, 2014, s.19-20). Dersom ein over tid arbeidar i eit miljø der det målbare er i fokus, kan det stilles spørsmål ved om verdigrunnlaget og utviklinga i sjukepleiaridentiteten kan bli påverka (Adams, Robert & Maben, 2013).

1.2.Bakgrunn for val av tema

Sjukepleia står i eit stadig aukande dilemma. Sjukepleieverdiar står i strid med politikkenes ynskjer om eit effektivt helsevesen. I mitt kommande yrke som sjukepleiar veit eg at dilemma mellom effektiv teneste og viktige verdiar i sjukepleiefaget er noko eg kjem til å få kjenne på. Eg ynskjer å tileigne meg kunnskap om kva som ligg bak dei pressa verdiane og konsekvensen av det.

Hausten 2019 var eg utplassert i Spansk helsevesen i tre månadar. Spansk helsevesen bar tydeleg preg av effektivisering der sjukepleiaren sine oppgåver vart gjennomført etter ein fast tidsplan. Sjukepleiaren sine oppgåver var medisindosering, dokumentering i elektronisk journal og sår-prosedyrar. Pasientkontakt var det lite av, noko som førte til at eg opplevde den spanske sjukepleia relativt omsorgsfattig. Kroppsstell og liknande prosedyrar vart gjennomført i ein fei, for å kome seg vidare til neste pasient. Dette fekk meg til å byrja reflekter over positive og negative ulikeheitane frå helsevesenet i Noreg.

På dei åra eg sjølv har arbeida innan Norsk helsevesen har eg erfart effektivisering i form av ressursinnstrammingar, korridorpatientar, tidsmangel og arbeidspress. Eg har sitt og kjent på konsekvensen av oppgåvefordeling der sjukepleiaren ikkje har tid til pasientane, tidspress og underbemanning der pasientar set å roper etter hjelp og kjensla av å ikkje gi tilstrekkelig god nok pleie grunna ressursmangel. Etter å ha arbeida med det eg vil kalle omsorgsmanglande tidsplanar i Spania og under ressursfattige kår i Noreg starta refleksjonen rundt sjukepleia i det norske helsevesenet og kvar den er på veg.

1.3.Hensikt

Hensikta med denne oppgåva er å få ei betre forståing for dei ulike rammevilkåra og ytre barrierar som sjukepleiarane arbeidar under på sjukehus, samt om dei førar med seg konsekvensar for sjukepleiegrunnlaget. Eg ynskjer å undersøke ei potensielt truande utvikling for sjukepleiefaget og kva system eg skal ut til som nyutdanna.

1.4.Problemstilling

Kva konsekvens har effektivisering av helsevesenet for sjukepleias verdigrunnlag på sjukehus?

1.5.Avgrensing

I denne oppgåva har eg tatt føre meg sjukepleia i spesialhelsetenesta. Dette grunna eigen interesse for arbeid på sjukehus, og nysgjerrigheit rundt kva som driv sjukepleia der. Helsevesenet i Noreg består av ein kompleks styreform med mange reglar, rammer og lovar som regulerer sjukepleia frå ulike kantar. I denne oppgåva tek eg i hovudsak føre meg New Public Management og kva dette har ført med seg, samt sjukepleias yrkesetiske retningslinjer og Helsepersonellova. Innanfor New Public Management oppstår det fleire problemstillingar som prioriteringar ut frå kva diagnose ein tenar best på, sentralisering av helsehjelp m.m. For å ikkje ende opp med for bredt fokus valte eg å halde meg til sjukepleia sine verdigrunnlag opp mot økonomi og effektiv produksjon, nedskjering av sengeplassar og reduserte liggedøgn.

2 Teori

Schmidt (2011, s. 28) beskriv ein sjukepleiars kvardagsdilemma som følelsen av å ikkje strekke til, redselen for å ha gløymt noko eller nokon, tankar om at ein kunne gjort meir og gjort ting annleis. Vidare åtvarar ho om å ikkje miste trua på god og heilskapleg sjukepleie i eit effektivisert og marknadsorientert samfunn som det vi lev i. Effektivisering, kortare liggetid på sjukehus og økonomiske forhold kan føre til personalmangel, tidspress, manglande relasjonsbygging og tap av grunnleggande verdiar innan sjukepleia (Schmidt, 2011, s. 53).

2.1.Kari Martinsen

Kari Martinsen (1943 -) er den sjukepleieteoretikaren i Noreg som har skriva mest om sjukepleiaren natur. Martinsens teori tar ikkje utgangspunkt i individet men i relasjonen som eksisterer mellom menneska (Kirkevold, 2001, s. 178). Ho skriv blant anna om korleis samfunnsmessige forhold ofte gjer livssituasjonen til dei aller sjukaste vanskelig (Mathisen, 2006, s. 149-150). Martinsen har vort ein forkjempar for omsorg og relasjon i sjukepleia. Ho har lenge ytra sin skepsis mot målrasjonalitet i norsk helsevesen, då ho meiner dette går ut øve det ho kallar omsorgsrasjonalitet (Brodtkorb, 2011, s. 325). Med dette kan ein relatere til hennar teori i problemstillinga som omhandlar effektivisering si effekt på sjukepleias grunnlag.

2.1.1. Omsorg som sjukepleias verdigrunnlag

Martinsen meiner at omsorg har med korleis vi held oss til kvarandre i kvardagen. Omsorg er å knytte band, å inngå i relasjonar og er ein grunnleggande føresetnad for alt menneskeleg liv. Menneska er avhengig av kvarande og vi kan ikkje leve i isolasjon. Der sjukdom, liding og funksjonshemming er tilstade kjem avhengigheita spesielt godt fram. Vidare gjer ho uttrykk for at omsorg er nøydt til å vere sjukepleias verdigrunnlag, dette med utgangspunkt i menneska og spesielt pasientens avhengighet. Ut frå ein fagleg vurdering av pasientens beste må sjukepleiaren verkeleggjere omsorga gjennom konkrete handlingar. Omsorg framstillast som måten sjukepleiar møter pasienten på, samt korleis ein sjukepleiar handlar på. Omsorg er ikkje sjukepleie, men sjukepleie skal heller ikkje vere utan omsorg. Omsorg kan ikkje styrast ut frå spesifikke resultatmål, men er eit mål i seg sjølv (Martinsen, 2003, s. 67-79).

2.1.2. Der klokka dominerer

I helsevesenet er klokka dominerande. Ein ser på tid som ein ressurs, ei tid som skal utnyttast. Tida vert eit verkemiddel der effektivitet og hurtigheit er målestokk. Kvalitet i arbeidet vert i dag bunden til hastigheit, effektivitet og minst mogleg bruk av tid i forhold til enkelt gjeremål (Martinsen, 2014, s. 229). Der klokka dominerer kan det oppstå travhelt, som gjer at omsorg i sjukepleia forsvinn. Travelheten vert beskrive som ein stillstand. Stillstand kan beskrivast som fastlåsing og hurtigheit og er uttrykk for å være lukka og gått i stå (Martinsen, 2012, s. 57-60).

I følge Martinsen lev mennesket i veksling mellom sansing og forståing (Martinsen, 2014, s. 229). Martinsen hevder at sjukepleie som omsorg kun kan verkeleggjerast der det er sanselig openheit og nærvær og all pleie må derfor baserast på eit personlig forhold mellom pasient og sjukepleiar. Sjukepleiar må kjenne og forstå pasientens liv- og lidingshistorie (Kirkevold, 2001, s. 176). Travelheita kan gje mangel på bevegelse og der skjer ei slags sansetørke. For å dekke over mangel på indre bevegelse skapar ein seg ytre vanedanningar. Ytre vanedanningar er uttrykk for oppgåver som går på automatikk som ei rutine, og sjukepleiaren bruker ikkje sansing og forståing. Denne travelheita gjer ein ulykkelig. Sjukepleiaren prøver minske skyldfølelse frå etiske dilemma ved å «springe frå» seg sjølv, altså auka travelheita, då travelheita hindrar dei i å sjå klart. Ei motsett form for travelhet, er der den travle sjukepleiaren har fokus på å løyse situasjonar til hjelp for pasienten. Denne traveheita inneber sansing og forståing, og førar til glede (Martinsen, 2012, s. 57-60).

2.2. Virginia Henderson

Virgina Henderson (1897-1996) er ein sentral teoretikar i sjukepleias grunnleggande funksjon. I motsetnad til Kari Martinsen som fokuserer på kva sjukepleia bør innehalde, har Henderson fokus på kva sjukepleia er og kva oppgåver ein har. Saman visar begge ei god forståing av sjukepleia og grunnlaget. Med sin definisjon på sjukepleia og fjorten komponentar innan grunnleggande sjukepleie beskriv ho korleis sjukepleia skal utøvas (Schmidt, 2011, s. 59). Samtidig visar ho til ulike forhold som kan virke inn på sjukepleia.

Som sjukepleiar må ein alltid ta utgangspunkt i kvar pasient sitt utgangspunkt. Sjølv om ein sjukdom er lik patologisk sett, kan sjukepleia vere ulik dersom pasientane har ulik alder, kognitiv funksjon og liknande (Henderson, 1997, s. 16). Vidare er ho opptatt av god kommunikasjon. Dette er heilt naudsynt for å utøve god sjukepleie, då det skapar tillit mellom

pasient og pleiar. Tillit er naudsynt for at pasienten skal ta råd og følge opp sjukepleiaren sine tiltak (Henderson, 1997, s. 69).

Sykepleierens enestående funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførselen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han ville ha gjort uten hjelp hvis han hadde hatt tilstrekkelig krefter, kunnskap og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig (Henderson, 1997, s. 68)

Mange ser på Hendersons definisjon av sjukepleia som like gjeldande den dag i dag som då. Hennes definisjon gjer likevell ikkje klart uttrykk for menneskja sine universale behov som i følge Henderson alle grunnleggande behov har rot i (Kirkevold, 2001, s. 100).

2.2.1. Grunnleggande sjukepleie – ein kompleks aktivitet

Under står seks av Hendersons fjorten komponentar innan grunnleggande sjukepleie. Vidare er det skrive Henderson sin grunngeving av punkta som visar noko av djupna i tiltaka. Dette visar til at sjukepleie er ein kompleks aktivitet:

1. Å hjelpe pasienten å puste normalt. Som sjukepleiar skal ein observere respirasjon, men ein skal også undervise i å puste rett. Pasientar som er stressa kan ha behov for hjelp og tryggande pleie for å klare puste rett.
2. Å hjelpe pasienten ete og drikke tilstrekkelig. Ein må finne ut kva pasienten likar å ete best og på denne måten få i pasienten næring. Ein skal også gi pasienten behagelige omgjevnader for måltid. Vidare skal ein forklare viktigheita med god og variert kost, samt gi erstattande næring dersom naudsynt.
3. Å hjelpe pasienten å få fjernet kroppens avfallsstoffer. Pasienten må ha det behagelig under defekasjon. Stress og uro kan føre til forstopping, diare og hyppig vannlatning.
5. Å hjelpe pasienten til kvile og søvn. Å vite at andre er tilstade kan trygge sjølv vaksne menneskjer og fører til mindre stress. Dette vil lette innsovning og gi betre søvn.
7. Å hjelpe pasienten å oppretthalde normal kroppstemperatur. Sjukepleiaren skal balansere pasientens temperatur til normalen, dette gjeld både kroppsvarme og i omgjevnader.
8. Å hjelpe pasienten å holde kroppen rein og velstelt og å beskytte hud- og slimhinner. Pasienten må oppmuntrast til å gjere ting sjølv for å heilbredast raskare. Ein travel

sjukepleiar må ikkje gjere alt arbeidet for pasienten der det ikkje er naudsynt, då det skapar ein avhengigheit (Henderson, 1997, s. 28-44).

I ein tale til Virginia Henderson beskriv Clark (1998, s. 13) Henderson sin teori ved å seie «.. at sykepleie rett og slett er det som sykepleier gjør, er å si at å elske rett og slett er det som kjærester gjør. Akkurat som å elske er sykepleie en svært sammensatt aktivitet». Sjukepleie er ein samansett aktivitet med hovudet, hjertet og kroppen. Ein aktivitet der generelt heile mennesket som medfører engasjement og personlig investering og forhold til den andre part med mål at den andre part opplev velvære. Samtidig treng sjukepleie kunnskap, ferdighet og vitskap. Kjærleik treng ikkje forklara eller rettferdiggjera seg. Medan i eit helsevesen der fokuset er økonomi og kostand, må sjukepleia derimot forklara og rettferdiggjera faget sitt. Dei må rettferdiggjera kjærleika til pasientane sine, då kjærleik og omtanke ikkje ligg i staten sitt fokusområde (Clark, 1998, s. 13).

2.3.Sjukepleias etiske og lovgitte rammer

Profesjonsetikken består av normer som skal hjelpe å regulere yrkesutøvarens holdningar og handlingar ovanfor pasienten og sikre pasienten den hjelpen og pleia han har rett til. Normene skal også forhindre at yrkesutøvarer styrast av egne interesser eller politiske styringar. Profesjonane lagar egne yrkesetiske retningslinjer ut frå motiv om å sikre pasienten interesser (Halvorsen, Stjernø & Øverbye, 2019, s. 114). Sjukepleia ein utøver er avhengig av rammevilkåra som til kvar tid eksisterer. Ytre rammefaktorar som står i strid mot ideal om ei god og heilskapleg omsorg vil danne etiske dilemma (Schmidt, 2014, s. 28). Sjukepleias yrkesetiske retningslinjer er eit svært viktig verktøy i møte med etiske spørsmål og dilemma i sjukepleieprofesjonen (Norsk sjukepleiarforbund, 2019)

I Norsk Sykepleierforbund (2019) sine yrkesetiske retningslinjer kjem sjukepleias grunnlag til uttrykk ved respekt for enkeltmenneskes liv og verdigheit. Sjukepleia skal byggje på barmhjertigheit, omsorg og respekt for menneskerettigheita og vere kunnskapsbasert. Vidare står det at sjukepleiaren skal vere bevisst på si rolle og ivareta pasients behov for heilskapleg omsorg. Helsetenesta er i hovudsak regulert gjennom lovgiving. Dette skal verne om trygghet, fremme pasientrettigheter, gi rettferdig og gode organisatoriske løysningar (Halvorsen et al., 2019, s. 198). Ifølge Helsepersonelloven §4 (1999) skal helsepersonell utføre arbeidet sitt i samsvar med krav om fagleg forsvarleg og omsorgsfull hjelp ut frå helsepersonellens kvalifikasjonar.

2.4.Effektivisering

2.4.1. New public management

Kritikk mot for høge utgifter og ineffektivitet i tidligare offentlig sektor førte til at Noreg og andre vestlege land gikk over til å bli drive av ulike reformer. New public management er eit samleomgrep for reformer som vart gjennomført i ulike vestlige land sidan byrjinga av 1980-tallet (Stamsø, 2014, s. 67-68). Ideen var å gå frå ein offentlig sektor med ineffektivitet, byråkrati, høge kostnadar og dårleg kvalitet på tenesta til ein effektiv sektor med god service (Stamsø, 2014, s. 68). Fleire sjukehus vart slått saman for å spare ressursar i administrasjonen og liknande. Vidare fekk helseføretaka utvida rett til å styre sjølv ut frå staten sine mål og belønningssystem (Halvorsen et al., 2019, s. 206).

Fleire vestlege land snudde i 2000 innføringa av reformene og byrja stille spørsmål til konsekvensen av effektivisering. Noreg fortsette derimot med reforminnføringa og auka vektlegging av typisk New public management-reformer (Stamsø, 2014, s. 74-77).

Konsekvensen av effektivisering har kome meir og meir fram i lyset dei siste åra. I følge Stamsø (2014, s. 253) skapar reformene konfliktsituasjonar mellom god sjukepleiefagleg kvalitet og kravet til effektiv produksjon.

2.4.2. Økonomiske mål og resultat

Tradisjonelt har offentlig sektor vært regelstyrt. Ein har då ikkje vert opptatt av å måle resultata men heller følge reglar på korleis ein skal utøve arbeidsoppgåver (Stamsø, 2014, s. 67). New public management venda regelstyring til mål- og resultatstyring der ein har fleire og klarare mål ein jobbar mot. Leiarskap fekk ansvar for å velje arbeidsformar som fremma dei fastslåtte måla (Halvorsen et al., 2019, s. 205). Det vart strengare krav om å oppnå måla og færre reglar for korleis ein gjer det. Innanfor mål og resultat gis deg økonomisk belønning til sjukehusa når ein gjer det «rette». Det «rette» vil i dette tilfelle vere det mest effektive (Stamsø, 2014, s. 68). Dersom sjukehusa ikkje held budsjetta vil dette vidareførast til neste års budsjett, altså ein straff for ineffektivitet (Haug & Paulsen, 2007, s. 50).

Sjukehusa får også økonomiske midlar etter kor mange pasientar dei behandlar innafor ulike behandlingsgrupper, dette er kalla innsatsstyr finansiering (Stamsø, 2014, s. 67-70). I følge Aiken referert i Holter (2017, s. 137) har det skjedd ei omvending i land der innsatsstyrt finansiering er gjennomført. Sjukepleias arbeid bli beskrive som ein kostnad, i staden for eit

verdskapande arbeid som gir god og effektiv kvalitet til pasientane. I følge Olsvold (2010) kan ein sjå på det slik at legane utgjør sjukehusets produktive sider, medan sjukepleiaren vert ei utgift som medfører strengare økonomisk styring, spesielt bemannings messig.

2.4.3. Effektivitet

Eit av måla til New Public Management er effektiv produksjon av tenester til ein lågare kostnad. For å nå måla om eit meir effektivt helsevesen har ein auka fokus mot ressursbruk. Ressursar som f.eks. sjukepleiar skal prioriterast til oppgåver som oppfyller måla til reformene (Stamsø, 2014, s. 70). Effektivitet og produktivitet er omgrep som brukast om ein anna i daglig tale. For å skilje dei kan ein tenke at produktivitet visar kor mykje ein får ut av ressursar ein nyttar. Effektivitet tek for seg noko større og målar produktiviteten opp mot eit ønska mål. Når ein målar effektivitet er det ikkje nok med høg produktivitet i forhold til ressursbruk, produktiviteten må oppnå målsettingar. Dersom helsetenesta sine målsettingar er å skape den beste kvaliteten på tenesta, kan effektivisering definerast som kor god kvalitet ein får ut av ressursbruken (Nyland & Pettersen, 2018, s. 128-129).

Kvalitet på pleie er vanskelig å måle og ein vel difor å bruke andre lettare metodar, gjerne kvantitative metodar som grunnlag for evaluering av ressursbruken (Stamsø, 2014, s. 78). Grunngevinga for å måle ressursbruken er den aukande pågangen hos helsevesenet. I Helse- og omsorgsdepartementet (2015, s. 25) sin Nasjonal helse- og sykehusplan kjem det fram at folk lev betre og lengre enn før. Dermed vil ein etter kvart få fleire eldre. Dette vil gi oss større utfordringar enn dei vi står ovanfor i dag (Halvorsen et al., 2019, s. 197). Media og politiske diskusjonar varslar om manglande ressursar og store køar i helsevesenet som følge av dei endringane.

Til tross for den varslande mangelen på ressursar og aukande køar i helsevesenet har antall senger på somatiske avdelingar i Noreg blitt halvert. I 1980 var det ca. 22 000 senger som har blitt halvert til omlag 10 000 senger (Statistisk Sentralbyrå, 2016). Dette var for å auke effektiviteten i helsevesenet. Samtidig som sengeplassar har blitt redusert, ser ein at fleire pasientar blir behandla i dag. Dette kan ha samband med at den store nedgangen av sengeplassar vart kompensert med ny teknologi, endra arbeidsform som dag-behandlingar samt reduksjon i liggetid. Frå 1989 til 2014 har liggetida blitt redusert frå 7,5 døgn til 6 døgn (Halvorsen et al., 2019, s. 197). Ein så stor reduksjonen i sengeplassar og liggedøgn ser ut til å ha fått konsekvensar for sjukepleia i form av tids- og arbeidspress (Grimsgaard, 2017, s. 35).

3 Metode

3.1. Kva er metode?

Metode er ein systematisk framgangsmåte ein nyttar for å samle informasjon og kunnskap for å belyse ein problemstilling (Thideman, 2015, s. 76). Metode fortel oss korleis ein skal gå til verks for å skaffe kunnskapen (Dalland, 2017, s. 51).

3.2.Litteraturstudie som metode

Denne oppgåva er ein litteraturstudie. I eit litteraturstudie systematiserer ein kunnskap henta frå sekundærdata, altså data andre har skrivne. Ein systematiserer ved å kritisk analysere og tolke innsamla data, deretter samanfattar ein resultata frå all data. Hensikta med litteraturstudie er å gi lesaren ei oppdatert og god forståing av kunnskapen knytt til ei avgrensa og presist formulert problemstilling, samt vise korleis ein har kome fram til funna (Thideman, 2015, s. 76-80).

3.3.Kvantitative og kvalitative metodar

Ved val av metode er det viktig å velje den metoden ein antar gir best data for å belyse problemstillinga (Dalland, 2017, s. 195). Ein skil mellom kvantitative og kvalitative metodar. Kvantitative metodar gir deg målbar og presis data som går i breidda på problemstillinga ved bruk av strukturerte observasjonar og spørjeskjema. Kvalitativ metode vert nytta når det er lite kunnskap om eit tema. Ved å fange opp meningar og opplevingar gir ein stemme til menneska sine personlege erfaringar som ein kan bruke til å evaluere ulike situasjonar (Ellingsen & Drageset, 2009, s. 24). Ut frå dette kan ein også undersøka dynamiske prosessar som samhandling, forandring, utvikling eller bevegelse (Thideman, 2015, s. 78). Forskaren går i djupna på temaet og får mange opplysningar av få undersøkingseiningar. Forskarar som brukar kvalitative metode har eit eg-du-forhold, i motsetnad til kvantitative metodar som har eit eg-det-forhold (Dalland, 2017, s. 52-53).

Problemstillinga i denne oppgåva set lys på eit tema som er lite forska på. Sjukepleieverdiar kan ikkje målast, men er ei haldning sjukepleiaren tek med seg i arbeidet. Eg har difor valt å bruke 4 artiklar av kvalitativt design. Artiklane belyser sjukepleiarane si oppleving av dagens sjukepleie, samt dagens sjukepleiars haldning i eit effektivitet- og kostnadsfokusert samfunn. Alle artiklane byggjer på gruppeintervju, der forskaren intervjuar sjukepleiarar frå ulike stadar og avdelingar, i hovudsak på sjukehus.

3.4. Praktisk framgangsmåte for litteraturstudien

I mitt arbeid med litteratursøk har eg nytta fleire ulike databaser for å kome fram til gode og relevante artiklar. Problemstillinga eg har valt er lite forska på, noko som gjorde litteratursøket meir utfordrande. For å kome fram til gode og relevante forskingsartiklar måtte eg finne dei rette emne- og søkeorda. Eg søkte i Google Scholar, Oria og Sykepleien etter artiklar med same utgangspunkt som problemstillinga. Slik fant eg fleire ord som var relevante for temaet. Dei relevante orda tok eg med meg til SveMed+, PubMed og på helsebiblioteket sin terminologibase (Helsebiblioteket, 2020) der eg fant gode emne- og søkeord til sjølve hovudsøket. Hovudsøket vart gjennomført i databasane CINAHL og MEDLINE. Eg fekk flest gode treff ved å bruke vanlege søkeord, i staden for emneord. Nokre av søkeorda eg brukte var nursing values, nurses experience, empathy og New Public Management.

Ved bruk av bindeorda OR og AND systematiserte eg søket mitt saman med andre liknande relevante søkeord og fekk fram eit godt resultat med fleire gode artiklar. For å finne artiklar relevant for dagens helsevesen avgrensa eg artiklane til ikkje eldre enn 2013. Vidare avgrensa eg med fagfellevurdering (peer review) som sørger for at artiklane er vurdert og av betre kvalitet. Vidare leste eg gjennom overskriftene for å sjå om artiklane inneheldt temaer som passar problemstillinga i denne oppgåva. Eg leste også samandrag der eg såg på om problemstillinga i artikkelen kunne underbygge mi eiga problemstilling. Til slutt såg eg på konklusjonen om den svara på problemstillinga mi, eventuelt om den gir god informasjon med ein anna vinkling. Oppgåva baserar seg på grunnlaget til sjukepleia og eg valde difor vekk artiklar som omhandla pasientars oppleving av effektivisering, samt anna helsepersonell. Eine artikkelen innebere både sjukepleiarar og legar si oppfatning, men grunna lite forskning rundt temaet og artikkelens gode relevans for problemstillinga valte eg å ta den med. (For ei grundig oversikt av søkeord, kombinasjonar av søkeord, databaser og antall treff, sjå tabell 1).

Tabell 1: Systematisk litteratursøk

| Søk i CINAHL + MEDLINE 19.03.2020 | | | | |
|-----------------------------------|------------------|---|----------|------|
| Søke-nummer | Søkeord/term | Avgrensingar | Resultat | Valt |
| S1 | Ethical values | Ikkje eldre enn 2013 Peer Reviewed Journals | 1100 | |
| S2 | Nurse experience | Ikkje eldre enn 2013, Peer Reviewed Journals | 11104 | |

| | | | | |
|-----|---|---|---------|---|
| S3 | Ethical values AND Nurse experience | Ikkje eldre enn 2013, Peer Reviewed Journals | 17 | 2 |
| S4 | Nursing values | Ikkje eldre enn 2013, Peer Reviewed Journals | 1935 | |
| S5 | Nursing identity | Ikkje eldre enn 2013, Peer Reviewed Journals | 508 | |
| S6 | Nursing values OR Nursing identity | Ikkje eldre enn 2013, Peer Reviewed Journals | 2413 | |
| S7 | New public management | Ikkje eldre enn 2013, Peer Reviewed Journals | 1024 | |
| S8 | Nursing values OR Nursing identity AND New Public Management | Ikkje eldre enn 2013, Peer Reviewed Journals | 4 | 1 |
| S9 | Efficiency | Ikkje eldre enn 2013, Peer Reviewed Journals | 248,242 | |
| S11 | Empathy | Ikkje eldre enn 2013, Peer Reviewed Journals | 19,123 | |
| S10 | Efficiency OR New Public Management | Ikkje eldre enn 2013, Peer Reviewed Journals | 245,123 | |
| S12 | Efficiency OR New Public Management AND Empathy | Ikkje eldre enn 2013, Peer Reviewed Journals | 100 | 1 |

3.5.Kjeldekritikk

I denne oppgåva er det valt ein problemstilling som er lite forska på noko som gjer det utfordrande å finne nye og relevante forskingsartiklar. Med den nyaste forskinga er ein sikker på at ting ikkje har forandra seg for mykje sidan artikkelen blei skriva (Dalland, 2017, s. 157). Informasjonsmengda på internett har auka og internett har blitt ei enorm kjelde som inkluderer alle formar for elektronisk publisering. Det er difor viktig å vurdere og karakterisere litteraturen ein anvende i oppgåva ved bruk av kjeldekritikk. Kjeldekritikk består av to delar. Den eine består av å finne litteratur som belyser problemstillinga på best måte. Den andre dreiar seg om å grunngjere litteraturen ein har anvendt ut frå truverdighet og fagligheit (Dalland & Trygstad, 2017, s. 151-159). Ved å gjere dette sikrar du deg gyldig og truverdig data.

I denne oppgåva er det anvendt fire artiklar med kvalitativt design. Dette vil seie at intervju har danna grunnlaget for data anvendt i oppgåva. I intervju kan det oppstå feilkjelder i sjølve kommunikasjons-prosessen. Spørsmåla kan vere feiloppfatta, intervjuaren kan feiloppfatta

svaret og svara kan bli upresist skrive ned eller kanskje dårlige lyd-opptak (Dalland, 2017, s. 60). For å forsikra meg om gyldigheit og haldbarheit på anvendt artiklar har eg nytta sjekklister frå Helsebiblioteket (2016). (For detaljert gjennomgang av kjeldekritikk sjå vedlegg 1).

3.6. Metodekritikk

I den litterære oppgåva hentar ein data frå fagkunnskap, forskning og teori som andre har skrive (Dalland, 2017, s. 207). Det finnes både sterke og svake sider ved dette. For å gjennomføre ei god systematisk oppgåve er det essensielt at det finnes nok forskning. Dersom forfattere har eit avgrensa utval av forskning vil det vere vanskeleg å sette gode vurderingar og konklusjonar (Forsberg & Wengström, 2015, s. 26).

Som tidligare nemnt er problemstillinga mi lite forska på og det vart noko utfordrande å finne artiklar. Eg fant eit mindre utval forskning som gjer grunnlaget for oppgåva noko svakare enn oppgåver med breiare forskingsbakgrunn. Det kan også finnes fleire motsetnader til anvendt artiklar som enda ikkje er kome forsking på. Grunna denne svakheita har eg i tillegg til å søke systematisk brukt enklare søkemotorar for å oppdage eventuelt motstridande artiklar som ikkje har blitt fanga opp systematisk. Samtidig har eg lest fagartiklar og avisinnslag angående temaet eg skriv om.

Ved hjelp av bibliotek og lærarar har eg funne fire artiklar som eg ser på som relevante og truverdige. Samtidig ser eg samanheng i resultatata frå alle artiklane. Eg brukte mykje tid på å lese meg opp på teori i førevegen, for å så finne artiklar som eg opplevde hadde samanheng med dette. Før oppgåva var skriven hadde eg førestillingar rundt konklusjonen. I startfasen av oppgåva hadde eg førestillingar rundt konklusjonen. Etter å ha skrive oppgåva ser eg at førestillingane ikkje samstemde med noverande konklusjon. Dette er viktig å huske på når ein søkar etter artiklar. Med dette kan ein unngå å søke etter artiklar som byggjer under ditt synspunkt på saka i staden for å oppdage nye vinklingar og sider av saka (Forsberg & Wengström, 2015, s. 26).

3.7. Ethiske overveielser

Forskingsetikk er eit område innan etikk som har med vurderinga av samfunnets normer og verdiar i forskning (Dalland, 2017, s. 236). Forskingsartiklane anvendt i oppgåva er alle av kvalitativt design der menneska er hovudkjelda. Ethiske aspekt er dermed svært viktig å tenke

på her. Forskingsetikk handlar om å ivareta menneskas personvern. På denne måten forsikrar ein seg om at menneska ikkje kjem til skade eller blir påført unødig belastning ved å være med i forkinga. Personvern som til dømes teieplikt må overhaldas slik at gjenkjenning av deltakarane ikkje er mogleg. I nokre tilfelle vil forkingsetikken stå i vegen for ny kunnskap. I slike tilfelle skal ein ikkje anvende kunnskapen då det vil trossa personens integritet og velferd (Dalland, 2017, s. 236). Etiske vurderingar må utførast i byrjinga av ei systematisk litteraturstudie. Å forsikre seg om at anvendt artiklar er godkjent av etisk komité eller visar til andre etiske overveielsar er viktig her (Forsberg & Wengström, 2015, s. 59). Alle artiklar anvendt i denne oppgåva er etisk godkjent. (Meir utfyllande informasjon om dette finn ein i sjekklista, sjå vedlegg 1).

4 Presentasjon av inkluderte artiklar

4.1. Artikkel 1

Kleiven, O. T., Kyte, L., & Kvigne, K. (2016). Sykepleieverdier under press? *Nordic Nursing Research / Nordisk Sygeplejeforskning*, 6 (4), 311–326.

<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.18261/ISSN.1892-2686-2016-04-03>

HENSIKT: Hensikta med studien var å undersøkje korleis etiske verdier kjem til uttrykk i dagleg sjukepleiepraksis på eit norsk sjukehus styrt av helsereformer og marknadstenking.

METODE: Studien byggjar på ein kvalitativ metode ved gjennomføring av eit fokusgruppeintervju. Deltakarane var 20 sjukepleiarar frå somatisk og psykiatrisk avdeling på sjukehus. Det vart utført 3 intervju av sjukepleiarar på somatisk avdeling og 2 intervju av sjukepleiarar på psykiatrisk avdeling. Intervjua vart analysert ut frå ein tematisk tekstanalyse ved systematisk tekstkondensering, deretter kategorisert i 2 fasar der det i siste fase kom fram 2 hovudkategoriar.

RESULTAT: Det vart identifisert to hovuddeler i analysen. I del 1 *Kjerneverdiene lever fortsatt som ideal og mål* rapporterte sjukepleiarane at god omsorg til pasienten framleis var hovudverdien deira. Samtidig opplevde dei at verdiane forsvann i ressursmangel og tidspress. Kvaliteten varierte ut frå omgivingar som korridorpatientar og tilgjengelig tid. Ved mangel på ressursar hadde sjukepleiarane manglande kontroll på arbeidsoppgåver og er avhengig av rein flaks. I del 2 *Verdiene utfordres – det du blir målt på kommer først* kom det fram at sjukepleiarane frykta å bli likegyldige og overfladiske sjukepleiarar grunna dei harde prioriteringane som vert gitt. Sjukepleiarane oppfatta at så mykje som mogleg bør gjerast på kortast mulig tid.

4.2. Artikkel 2

Bentzen, G., Harsvik, A., & Brinchmann, B. S. (2013). “Values that vanish into thin air”: nurses’ experience of ethical values in their daily work. *Nursing Research And Practice*, 2013, 939153.

<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1155/2013/939153>

HENSIKT: Målet med denne studien var å undersøke korleis sjukepleiarane opplev etiske verdiar slik dei kjem til uttrykk i dagleg praksis på eit norsk sjukehus

METODE: Studien byggjar på kvalitativ metode der dei intervjuar 12 sjukepleiarar delt inn i to fokusgrupper, som representerte tala frå 8-34 år sidan ferdig utdanna. Deltakarane var frå både spesialhelsetenesta og kommunehelsetenesta frå to ulike geografiske områder i Noreg for å skapa breiare resultat. Data vart analysert ut frå ein kvalitativ innhaldsanalyse.

RESULTAT: I studien kom det blant anna fram at deltakarane såg på verdiar i sjukepleie som god omsorg og relasjon, empati og etikk. Vidare var også god organisering og prioritering viktig. Sjukepleiarane i både kommune og spesialhelsetenesta rapporterte om travle arbeidsdagar, der oppgåvene var større og fleire enn tida og ressursane dei hadde til rådighet. Det vart gitt eksemplar der prioriteringar vart styrt av ytre rammer og ut frå dei har ein lite makt til å fremje den sjukepleia ein ynskjer. Ein kan ikkje setje mål eller tall på god sjukepleie, likevell uttalar eine sjukepleiaren at ein gjerne prioritetar oppgåver ein kan bli målt på. Faktorar som underbemanning og tidsmangel kunne også føre til mindre ideell sjukepleie.

4.3. Artikkel 3

Storaker, A., Nåden, D. & Sæteren, B. (2017). From painful busyness to emotional immunization: Nurses' experiences of ethical challenges. *Nursing Ethics*, 24(5), 556–568. <https://doi.org/10.1177/0969733015620938>

HENSIKT: Hensikta med denne studien er å undersøke og få ei djupare forståing for kva etiske utfordringar sjukepleiarar møter på jobb, samt korleis dei handtera dei.

METODE: Studien består av kvalitativ metode der 9 sjukepleiarar frå 3 ulike kliniske avdelingar vert intervjuar. Deltakarane måtte ha minst 2 års erfaring. Hermeneutisk tilnærming vart brukt for å analysere sjukepleiarane sine erfaringar.

RESULTAT: Studien viste at sjukepleiarane hadde lite tidsrom til å utøve sine etiske verdiar i arbeidet. Kvar dag kjentes som ein utfordring grunna tidspress og nedbemanning. Dei kjente på makteslausheit og skyldfølelse for å senda pasientar for tidlig heim frå sjukehuset der dei har mottatt uforsvarleg sjukepleie. Eldre sjukepleiarar frykta også at yngre sjukepleiarar tok for lett på dei grunnleggande behova til pasientane og heller prioriterte dokumentasjon og

andre arbeidsoppgåver. Vidare kjem det fram konflikt mellom systemets forventingar og sjukepleiarens verdiar som skal dekke pasientens behov. Sjukepleiarane har ikkje tid til å ivareta grunnleggande behov og verdiar dei sjølv meiner er essensen i sjukepleia. Til slutt opplev dei å bli emosjonelt immune. Dei klarar ikkje ta inn over seg situasjonar der pasientars verdigheit blir krenka. Dette førte til at dei såg forbi situasjonar som var urovekkande.

4.4. Artikkel 4

Kerasidou, A. (2019). Empathy and Efficiency in Healthcare at Times of Austerity. *Health Care Analysis*, 27(3), 171-184. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1007/s10728-019-00373-x>

HENSIKT: I denne studien ønsker dei å undersøka effekten av innstrammingspolitikk på legar og sjukepleiarar på sjukehus. Den undersøker korleis systemets struktur og reguleringar påverkar helsepersonell sin profesjonelle praksis.

METODE: Det vart utført 16 semi-strukturerte intervju av 9 legar og 7 sjukepleiarar frå ulike avdelingar. Dataen vart analysert ut frå tematisk tekstanalyse.

RESULTAT: Studien visar at innstrammingspolitikk og fokus på effektivitet påverkar korleis helsepersonell utøver praksisen sin på. Effektivisering pressar kjerneverdiar som empati heilt til randen. Legar og sjukepleiarar opplever at dei ikkje får utøve den gode pleia då staten kun fokuserer på effektiviteten. Å behandle pasientar med omsorg tek lengre tid og tid kostar. Legar og sjukepleiarar i studien meiner staten ikkje er villige til å betale for denne tida.

4.5. Oppsummering av artikkelfunn

Samla visar fleirtalet av artiklane at sjukepleiarane i dag framleis ser på omsorg, empati og relasjon som viktige verdiar i sjukepleia (Kleiven, Kyte & Kvigne, 2016; Bentzen, Harsvik & Brinchmann, 2013; Storaker, Nåden & Sæteren, 2017; Kerasidou, 2019). Samtidig er god organisering og prioritering viktige punkter i arbeidet (Bentzen et al., 2013). Studia visar oppfatninga av at eit helsevesen med fokus på effektivisering førar med seg ressursmangel, tidspress og for brei arbeidsfordeling. Dette resulterer i at dei viktige verdiane til sjukepleia blir satt under press og i fleire tilfelle fell dei vekk. Bortprioritering av ressursar bunden til omsorgsfull og empatisk utøving av pleie forsterkar det allereie presset mot verdiane (Kleiven et al., 2016; Bentzen et al., 2013; Storaker et al., 2017; Kerasidou, 2019). Samtidig visar studien at sjukepleiarane gjerne prioriterer det dei vert målt etter. Sjukepleiarane opplev å ha

lite kontroll gjennom arbeidsdagane og god organisering og prioritering er ikkje mogleg. Dei kallar det rein flaks at arbeidsdagane ender bra og opplev at dei ikkje yter ansvarlig eller ideell sjukepleie då pasientars verdigheit blir krenka (Kleiven et al., 2016; Bentzen et al., 2013; Storaker et al., 2017). Skyldfølelse og makteslausheit grunna dette førar til at dei stenger kjensler ute. Dei arbeidar i ei vond travelheit og vert emosjonelt immune (Kleiven et al., 2016; Bentzen et al., 2013; Storaker et al., 2017; Kerasidou, 2019).

5 Drøfting

Oppsummeringa av artiklane visar fleire konsekvensar av effektivisering. Funna er komplekse og går inn i ein anna, samt danna ein slags kaskadeeffekt. Eg vil prøve å kategorisere hovudfunna og saman med ulik teori svare på problemstillinga frå ulike vinklar.

5.1. Sjukepleia i mål og resultat

I følge Kleiven et al. (2016), Bentzen et al. (2013), Storaker et al. (2017) og Kerasidou (2019) opplev sjukepleiarar ressursmangel. Dette førar til travlare vakter som gjer det vanskelig å utøve sjukepleia i samsvar med sjukepleias verdigrunnlag. Sjukepleiarane kjenner på dårlig samvit for å ikkje kunne ivareta pasienten med god omsorg og kjenner seg ikkje sikre på at vaktene vil ende godt. Ut frå studiane kan ein anta at effektivisering førar med seg eit feil fokus i forhold til sjukepleia. Det kan tenkast at økonomien går framfor ideell sjukepleie.

Ved å ta i bruk helsereformene ynskja ein å oppnå eit effektivt helsevesen med effektiv produksjon av tenester til ein lågare kostnad. Ressursbruken skal dermed avgrensast til oppgåver som oppnår reformens mål, altså størst kostnadseffektivitet (Halvorsen et al., 2019, s. 205). Ved å binde ressursar direkte opp mot resultat ser ein i kor stor grad anvendt ressurs oppfyller måla (Stamsø, 2014, s. 70). Fordelinga av ressursar vert altså gjort på bakgrunn av kva staten tenar økonomisk på (Nyland & Pettersen, 2018, s.129). Eksempel på dette kan vere kostnadseffektiviteten av å ha ein sjukepleiar på vakt, kontra to sjukepleiarar. Martinsen (2003, s. 67-79) meiner i kontrast til dette at omsorg som kjerneverdien til sjukepleie ikkje kan målast økonomisk. Sett på det slik vert ressursar anvendt ut frå økonomisk måling, men omsorg som er stor del av sjukepleia kan på den andre sida ikkje målast økonomisk. Det kan dermed stillast spørsmål til om ein anvende nok sjukepleiarar for å ivareta pasienten på ein omsorgsfull måte. Omsorg i sjukepleia bør vere eit mål i seg sjølv (Martinsen, 2003, s. 67-79) og ein kan dermed stille seg kritisk til om økonomiske mål- og resultat høyrer til innanfor eit yrke som sjukepleia.

Nyland & Pettersen (2018, s. 130) bekreftar at produktivitetsmål ikkje målar kvaliteten på pleia pasienten mottar. Med slike mål veit ein dermed ikkje om ein har prioritert rett ressursinnsats i forhold til kvaliteten og omsorga i pleia. Då slike mål framleis vert brukt kan ein tenke seg at staten er fornøyd så lenge ressursane oppfyller økonomiske mål. Slike mål kan føre til at sjukepleiaren på den eine sida kan på tilgjengelig tid utføre arbeid som

tilfredstillar dei økonomiske krava. På den andre sida vil dette arbeidet verken oppfylle eller ivareta sjukepleiefaget eller pasientens grunnleggande behov. Sett på det slik kan det dermed vere naudsynt å ha to sjukepleiarar på arbeid, kontra ein, for å klare å tilfredstille både sjukepleiefaget, pasientens grunnleggande behov og verksamheitas effektivitet.

I følge Bentzen et al. (2013) sin forskning opplev fleire sjukepleiarar å ha lite makt til å utøve verdiar dei ser på som essensen i sjukepleia. Dei opplev å ikkje ha tid til å utøve omsorg og relasjon, samt empati og etikk. Dette grunna politiske rammer styrar over med kostnads-effektive og målbare oppgåver. I kontrast til dette står det i NSF (2019) sine etiske retningslinjer og Helsepersonelloven (1999, §4) at sjukepleia skal byggje på barmhjertighet, omsorg og respekt. Ein skal utføre arbeid i samsvar med krav om omsorgsfull pleie. Ein kan med dette tenke seg at statens framgangsmåte mot eit meir effektivt helsevesen hindrar omsorgsfull pleie og dermed står stikk i strid med både profesjonens lovverk og yrkesetiske retningslinjer. Arbeidsgivar er dermed også ansvarleg for å ha nok sjukepleiarar på arbeid for å ivareta omsorgsfull pleie til pasienten og dermed sjukepleiarens grunnverdiar.

Sjølv om den inkluderte forskinga viser at sjukepleia sine grunnleggande verdiar er tydelig undertrykt av effektivisering, kan ein derimot ikkje enkelt argumentera mot den. Dette grunna store nødvendigeita rundt innstrammingar i helsevesenet. I dag lev ein betre og blir eldre enn før. Dette vil gi oss større utfordringar enn dei vi står ovanfor i dag (Halvorsen et al., 2019, s. 197). Med ein aukande pågangen hos helsevesenet vil det vere naudsynt å måle ressursbruken framover i tida. På den andre sida er det ifølge Kerasidou (2019) stor einighet ved at mykje av innstramminga går på rein politisk ideologi snarare enn økonomisk naudsynheit. Effektivitet er viktig innanfor finansiering av sjukehusa, men bør ikkje brukast slik at det ukritisk pressar ut andre viktige verdiar.

5.2. Insentiver erstattar fagleg skjønn

I følge Kleiven et al. (2016) og Bentzen et al. (2013) opplevde sjukepleiarane at god prioritering var ein viktig del av sjukepleia. Til tross for dette vel fleire av dei å prioritere oppgåver ein kan bli målt etter framfor å sjølv bedømme ut frå fagleg skjønn (t.d. vart medisinar, dokumentasjon og ernæring prioritert over psykososiale behov og aktivisering). Dei opplevde samstundes eit press rundt å behandle pasientar raskt i staden for å empatisk engasjere seg i pasientens behov. Halvorsen et al. (2019, s. 116) skriv at det finnes lite aksept for kommersielle verdiar og økonomiske omsyn i sjukepleia og at omsorg- og humanitære

verdiar skal spele størst rolle. Tvert imot har staten innført innsatsstyrt finansiering med intensjon om at sjukehusa skulle bli meir effektive. Jo fleire pasientar som får effektiv behandling, jo meir tenar sjukehuset på det. For å oppnå målet om effektiv verksamheit må ein få pasienten frisk nok, skrive han ut og dermed få inn ny pasient raskast mogleg (Stamsø, 2014, s. 67-70). Ein kan dermed tenke seg at ein slik finansiering kan vere drivkrafta bak kjensla om å måtte gi raskt og effektiv behandling. Målbare oppgåver kjem før det ein fagleg ville ha gjort og ein kan anta at innsatsstyrt finansiering vil erstatte sjukepleias faglege skjønn og dermed sjukepleia sine verdiar.

Aiken referert i Holter (2017, s. 137) stiller seg også kritisk til innsatsstyrt finansiering. Han påstår at slik finansiering førar til at sjukepleias arbeid blir beskrive som ein kostnad i staden for eit verdiskapande arbeid som gir god og effektiv kvalitet til pasientane. Han påstår også at regjeringa har innført ein styringsideologi der profesjonar si faglege rolle vert betrakta som eit hinder for effektiv leiing. Sjukepleiaren vert sitt på som ei utgift, medan legane blir sett på som sjukehusa si produktive side (Osvold, 2010). Årsaka til dette kan trulig vere at sjukepleias verdigrunnlag ikkje av natur ligg i innsatsstyrt finansiering, då målet er å behandle pasientar raskast mogleg (Stamsø, 2014, s. 67-70).

For det første ytrar Martinsen (2003, s. 69) at omsorg må vere tilstade for at sjukepleie skal eksistere. Det finnes ingen sjukepleie utan omsorg. Vidare må det finnes sanselig openheit og nærvær dersom omsorg skal eksistere (Martinsen, 2005, s. 137). For det andre skriv Henderson (1997, s. 16) at sjukepleiaren må ta utgangspunkt i kvar pasient som enkeltindivid då sjukepleie-behovet kan vere ulikt til tross for same sjukdom. Både omsorg og tilrettelagt sjukepleie krevjar god kommunikasjon og tillit mellom pleier og pasient (Henderson, 1997, s. 69). Ved innsatsstyrt finansiering kan ein anta at rom og fokus på slike oppgåver ikkje eksisterer. Dette er noko som igjen kan skape prioriteringar og press slik ein ser i Kleiven et al. (2016) og Bentzen et al. (2013) sine artiklar.

Omsorg og barmhjertighet oppfyller ikkje økonomiske mål, og ein kan dermed tenke at sjukepleia ikkje passar inn i eit slikt finansieringssystem. Det er dermed viktig at sjukepleiarane i eit system med så stort fokus på økonomi og kostnad, forsvarar og rettferdiggjjer faget sitt (Clark, 1998, s. 13). Dersom det ikkje vert oppretta tid og fokus for sjukepleiefaget kan ein anta at sjukepleiaren sannsynligvis må sette økonomi framfor faglege verdiar. Dette for å bli like produktive som t.d. legar og dermed bli ein del av den produktive

sida. Grimsgaard (2017, s. 135-136) undrebygger kritikken mot innsatsstyrt finansiering der ho skriv at vektlegging av indikatorar som målar antall, effektivitet og økonomi svekker føresetnadar for å ivareta profesjonalitet. I slike tilfelle vil økonomien bli utgangspunkt for all behandling og kjerne i pleia.

5.3. Tidspress

Etter tre månadar på sjukehus i Spania opplevde eg mykje ulik sjukepleie frå det eg er vant med. Sjukepleiarane forsvann som ein vind inn og ut frå pasientromma. Det er klart at kulturforskjellane utgjør ein del av dette, men sjølv tenkar eg at eit menneske er eit menneske. Som Martinsen (2003, s. 67-79) skriv er alle menneske avhengig av kvarandre. Spesielt der sjukdom, lidning og funksjonshemming er tilstade er omsorg essensielt. Eg kjenner meg takksam for eit utdanningssystem og kultur med så stort fokus på etikk. Det var nok dette fokuset som fekk meg til å reagere på fleire uetiske situasjonar i Spania. Samtidig tenkar eg; kvifor har me så stort fokus på etikken dersom det ikkje er tilrettelagt med tid eller rom for å utøve den?

I alle fire forskingsartiklane (Kleiven et al., 2016; Bentzen et al., 2013; Storaker et al., 2017; Kerasidou, 2019) visar det seg at sjukepleiarar på sjukehus har for lita tid. Dei opplev at mest mulig skal vere gjort på kortast mogleg tid. Vaktene opplevast som ein evig kamp mot klokka. Vidare opplev dei å ikkje har kontroll over arbeidsoppgåvene, då tida er for knapp. At arbeidsdagen går bra med så lite tid og ressurs, er rein flaks.

I følge Clark (1998, s. 13) er sjukepleia er ein kompleks aktivitet samansett av hovudet, hjarta og kroppen. Ved å ta for seg Virginia Henderson sine fjorten komponentar ser ein at det ligg mykje bak kvart punkt av yrkesutøvinga. Kvart punkt krevjar tid og merksamheit retta mot pasienten. Tvert i mot kan ein anta at effektivisering har ført med seg for stort fokus på økonomi. Dersom sjukepleiaren skal utøve den komplekse yrkesutøvinga på omsorgsfullt vis og samtidig møte krava til effektiv verksamd vil det oppstå ei travelheit. Då travelheit hindrar ein i å sjå klart kan det tenkast at sjukepleiarane prøve å minske skyldfølelse ved å «springe frå» seg sjølv, altså auka travelheita endå meir.

I følge Martinsen (2012, s. 57-60) vil slik travelheit føre til vanedanningar og sansetørke. For å kome seg gjennom dagen vil sjukepleiaren gå i det same mønsteret kvar dag. Sansetørket førar til at faget ikkje vert brukt og omsorg, barmhjertigheit og klinisk blikk vert bytta ut med

rutinerte kostnadseffektive oppgaver. Nærvær og sansar må vere tilstade for at omsorg skal oppstå. Dersom travelheita ikkje gir tid til dette kan altså omsorga bli hindra. Sjukepleiarar på sjukehus med stort fokus på effektivisering vil med dette trulig slutte å bruke faget sitt. Dei vil gi etter for tidspresset og dermed byrje å følge statens klokke og rutinar.

Eit slikt tidspress blir ikkje betre av at effektivisering også førte til ein halvering av sengeplassar på somatisk avdeling (Statistisk Sentralbyrå, 2016). Reduksjonen vart kompensert med eit *enda* større fokus på effektiv arbeidsmetode, dagbehandlingar og kortare liggetid. Vidare førte nedskjeringa av sengeplassar til eit enormt overbelegg langt over grensa frå det ein ser på som ansvarleg (Statisk Sentralbyrå, 2016). Overbelegga føra til at mykje av arbeidsdagen går til å plassere pasientane rundt på avdelingar. I tillegg førar overbelegga til fleire pasientar per sjukepleiar (Grimsgaard, 2017, s. 136) som igjen aukar både arbeidsoppgåvene og tidspresset.

Tilstrekkelig tid er avgjerande for god pleie til pasientane, men verken finansieringssystemet eller sengetilbodet er tilpassa (Grimsgaard, 2017, s. 35). Travelheit gir dermed ikkje rom til omsorgsfull pleie. Ei uheldig vinning for sjukehusa er at korridorpatientar er lønnsame. På bakgrunn av dette kan ein stille spørsmål til om sjukehusa ynskjer å halde på overbelegga. På denne måten kan dei kompensera for eit eventuelt underskot på budsjettet (Norstein, 2008) sjølv om det går på sjukepleiegrunnlaget laust.

Eit betydelig hovudfunn i studia til Storaker et al. (2017) visar at eldre sjukepleiarar opplevde yngre sjukepleiarar som meir opptekne av datamaskin og dokumentasjon enn fysisk omsorg for pasienten. Samtidig som effektivisering og reduksjon av sengeplassar tilsynelatande pressar sjukepleieverdiar til randen vil det også bli behov for ny teknologi (f.eks. nye avanserte apparat, meir elektronikk og digitalisering). Dette vil vere ein del av utviklinga mot eit meir effektivt helsevesen, samt for å kompensera dei manglane plassane (Halvorsen et al., 2019, s. 125). Her kan ein stille spørsmål til om ein slik innovasjon vil skape eit endra fokus hos nyare sjukepleiarar, der den fysiske omsorga ikkje spelar like stor rolle som tidligare. Vidare vil ny teknologi krevje fleire arbeidsoppgåver, meir opplæring og meir kunnskap (Halvorsen et al., 2019, s. 125). Sett det slik kan auka teknologi føre til eit aukande tidspress, samt føre sjukepleiaren lengre vekk frå pasienten, «golvet» og sjølve sjukepleiefaget.

På bakgrunn av det store tidspresset kan ein tenke seg at det må meir arbeidskraft til. Samt må ein endre fokus på arbeidsoppgåvene og få fram sjukepleiefaget og ikkje minst etikken mellom slaga. Løysninga på tidspress og aukande arbeidsoppgåver vil derimot ikkje vere å simpelt auka mengda ressurs. Dette er i følge Nyland & Pettersen (2018, s.131) grunna at sjukehusa vil legge beslag på for mykje av den allereie manglande arbeidskrafta. Dermed vil helsevesenet fortsette å ha ressursmangel i mange år framover. Det er difor heilt naudsynt å finne løysningar for eit mindre ressurskrevjande helsevesen i forhold til det ein har i dag

5.4.Emosjonell immunisering

I Bentzen et al. (2013) sin studie fortel sjukepleiarane at dei opplev ein moralsk uro dersom dei ikkje får ivareta pasienten med pleie som samsvarer med profesjonelle verdiar. Effektivisering av helsevesenet har dermed ført til eit stort tidspress for sjukepleiarane. Mangel på ressursar, innsatsstyrt finansiering som krevjar effektiv pleie og reduksjon av sengeplassar og liggedøgn. Slike faktorar kan sjå ut til å vere grobotn for ubehaget sjukepleiarane kjenner på då effektivisering har vist seg å medføre noko ugunstig rom for pleie.

I følge Kleiven et al. (2016), Bentzen et al. (2013), Storaker et al. (2017) og Kerasidou (2019) opplev sjukepleiarane å måtte redusere faglige forpliktingar. Dette var for å kunne tilpasse seg verkelegheita der stadig aukande tidspress førte til harde prioriteringar. I Kleiven et al. (2016) og Storaker et al. (2017) sine studiar uttalar dei at etikken er blant verdiar som må reduserast. På den andre sida opplyser sjukepleiarane at etikken likevell ligg latent i bakhovudet og kjem fram i upassande situasjonar. Til tross for dette fryktar dei at for store og harde påkjenningar vil føre til emosjonell immunitet. Dette vil seie at sjukepleiaren blir vane med verdigheitsbrot, brot på etikk osv. Dei kan då etterkvart bli likegyldige og overflatiske for situasjonar som dei tidligare ville ha reagert på (Kleiven et al., 2016 & Storaker et al., 2017).

Stadig aukande overbelegg førar til at pasientar ender opp på korridor, bad, skyllerom og liknande. Eine sjukepleiaren i Bentzen et al. (2013) sin studie fortel blant anna om ein ny-diagnostisert kreftpasient som enda opp som korridorpatient. Konsekvensen av å legge pasientar på korridor er at teieplikt, personlig integritet og andre viktige etiske aspekt vert trossa (Helsedirektoratet, 2018). I tillegg til overbelegga kjem den korte liggetida. Dette førar til at terskelen for å skrive ut pasientar vert svært låg (Grimsgaard, 2017, s. 35-37). I løpet av oppgåveskrivinga har eg bite meg merke i ei melding mellom sjukehus og sjukeheim. Dette

var i samanheng med overføring av ein gamal og sjuk pasient. «Hvis hun ikke lever når hun kommer frem kan dere bare be ambulansen om å snu, så kan vi ordne liket og dødsattest.» (Grimsgaard, 2017, s. 35). Sett ut frå ein slik melding kan ein forstå den låge terskelen på å skrive ut pasientar, til tross for at dei er døande.

Konsekvensen av overbelegga og den korte liggetida stittar mot mykje av det eg har lært som sjukepleiarstudent. Beskrive forhold gjer oss eit innblikk i situasjonar der sjukepleieverdiar som omsorg og etikk i svært liten grad eksisterer. Slike situasjonar byggjar under på forståelsen rundt frykta for emosjonelt immunitet. Å stå å sjå på at slikt skjer ville for meg ha sete mange kjensler i rørsle. Korleis kan ein som sjukepleiar skulle takle å sjå på dette kvar dag utan å bli påverka? I studiane til Storaker et al. (2017) og Bentzen et al. (2013) uttrykker sjukepleiarane å stadig ha dårlig samvit etter ein arbeidsdag. Dei kjenner seg makteslause når dei ser korleis pasientane vert slept gjennom helsesystemet. Dei opplev å ikkje strekke til og får ikkje utøvd sjukepleia slikt dei ideelt sett ville gjort. Sjukepleiarane i Bentzen et al. (2013) sin studie fortel at med etikken i bakhovudet er dei klar over når den blir broten og at det dermed er deira sak å ta opp, som pasientens advokat.

På den andre sida kjem det fram skremmande resultat der sjukepleiaren uttrykker at slike situasjonar skjer til så stor grad at ein til slutt byrjar å tåle noko ein egentlig ikkje tåler (Storaker et al., 2017). Ein kan anta at den aukande travelheita og konsekvensen av den førar til harde prioriteringar og påkjenningar at sjukepleiaren må redusere faglige forpliktingar ytterligare. For å dempe den aukande moralske uroa lærar dei seg å ikkje bli involvert (Storaker et al., 2017). I tillegg skriv Martinsen (2003, s. 67-79) at omsorg er å knytte band og å inngå relasjonar. Ein kan tenke at omsorg ikkje får nok rom og det vil dermed ikkje oppstå relasjon mellom pleiar og pasient. Der relasjon ikkje oppstår er det trulig lettare å ikkje involvere seg.

På bakgrunn av den store påkjenninga som effektivisering har medført kan det tenkast at det sjukepleiaren i Kleiven et al. (2016) og Storaker et al. (2017) sine studiar frykta har blitt, eller trulig vil bli eit reelt faktum. Sjukepleiaren går frå å være idealistiske og sjølvkritisk til å bli likegyldige og emosjonelt immun. Dei er ikkje lenger pasientens advokat. Som det står skrive innleiingsvis i oppgåva påstår Adams et al. (2013) at dersom ein over tid arbeidar i eit miljø der det målbare er i fokus, kan det stilles spørsmål ved om verdigrunnlaget og utviklinga i sjukepleiaridentiteten kan bli påverka. Med bakgrunn i aukande effektivisering kan det sjå ut

til at sjukepleiarane endrar mentalitet som ein slags overlevingsmekanisme. Sjukepleieverdiar stå dermed i fare for større endringar eller i verste fall å forsvinne ut frå sjukehusavdelinga. Illustrasjon av Storaker et al. (2017) visar ein tydelig tolking av korleis emosjonell immunitet oppstår.



Figur 2. Tolking av emosjonell immunitet

6 Konklusjon

Befolkninga lev stadig lenger, menneska vert eldre. Helsevesenet har aldri hatt så stor pågang som i dag. Dette førar helseverksemda til eit botnlaust pengeforbruk, der strikte økonomiske styringar, samt effektivt arbeid er heilt naudsynt. Ein må likevett finne ei løysning for eit mindre ressurskrevjande helsevesen utan at det skal gå på kostnaden av sjukepleia og andre yrker sitt grunnleggande fag. Effektivisering av helsevesenet skapar ytre rammevilkår som mål- og resultatstyring og innsatsyrt finansiering. Dette skapar eit arbeids- og tidspress med lite rom for utøving av ideell sjukepleie. Reduksjon av sengeplassar og liggetid aukar tidspresset ytterligare. Sjukepleiarane blir tvungen til å gå i mot egne viktige verdiar for å tilfredstille kravet effektivisering stiller. Dette skapar for mange negative kjensler forbunden med profesjonsutøvinga. Idealet om god og heilhetlig omsorg kan sjå ut til å bli meir og meir berre det, eit ideal og ikkje realitet. Dersom sjukepleiegrunnlaget ikkje skal forsvinne må omsorgsperspektiva komme sterkare inn i styringsmodellane!

7 Referanser

- Adams, M., Robert, G., Maben, J. (2013) Catching up: The significance of occupational communities for the delivery of high quality home care by community nurses. *Health, Health*, 17(4), 422–438. <https://doi.org/10.1177/1363459312460703>
- Alvsvåg, H. (2010). *På sporet av et dannet helsevesen – om nære pårørende og pasienters møte med helsevesenet*. Oslo: Akribe AS.
- Bentzen, G., Harsvik, A., & Brinchmann, B. S. (2013). “Values that vanish into thin air”: nurses’ experience of ethical values in their daily work. *Nursing Research And Practice*, 2013, 939153. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1155/2013/939153>
- Brodtkorb, K. (2011). Yrkesetikk. I. I. M. Holter & T. E. Mekki (red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. (4. utg., s.306-327) Oslo: Akribe AS
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland (Red.), *Metode og Oppgaveskriving* (6. utg., s. 149-165). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ellingsen, S. & Drageset, S. (2009). Kvalitativ tilnærming i sykepleieforskning : en introduksjon og oversikt. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 2008 (10), 23-38
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). Att göra systematiska litteraturstudier. Stockholm: Natur & Kultur.
- Grimsgaard, C. (2017). Det sengeløse sykehus? I H. Haukelien & T. B. Wyller (Red.), *Ny helsepolitikk – det finnes løsninger*. (s. 31-46). Oslo: Dreyers forlag
- Halvorsen, K., Stjernø, S. & Øverbye, E. (2019). *Innføring i helse- og sosialpolitikk* (7. utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Haug, E. & P, K. M. (2007). *Mellom fag, forvaltning og politikk i helse- og sosialtjenesten*.

Oslo: Universitetsforlaget

Helsebiblioteket. (2020, 3. januar). Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk.

Henta frå <https://www.helsebiblioteket.no/221562.cms>

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). Sjekklistor. Henta frå

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsedirektoratet. (2018, 29. november). Korridorpatienter på sykehus. Henta frå

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/sykehusopphold/korridorpatienter>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan* (Meld. St. 11

(2015-2016). Henta frå <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/?ch=2>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Henta frå

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Henderson, V. (1998). *Sykepleiens natur : En definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning : Refleksjoner etter 25 år*. Oslo: Universitetsforlaget

Henderson, V. (1997) *ICN : Sykepleiens grunnprinsipper*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Holter, I. M. (2017). Sykepleie er ikke industri. I H. Haukelien & T. B. Wyller (Red.), *Ny helsepolitikk – det finnes løsninger*. (s. 133-140). Oslo: Dreyers forlag

Kerasidou, A. (2019). Empathy and Efficiency in Healthcare at Times of Austerity. *Health Care Analysis*, 27(3), 171-184. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1007/s10728-019-00373-x>

Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

- Kleiven, O. T., Kyte, L., & Kvigne, K. (2016). Sykepleieverdier under press? *Nordic Nursing Research / Nordisk Sygeplejeforskning*, 6 (4), 311–326.
<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.18261/ISSN.1892-2686-2016-04-03>
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016) Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: grunnleggende behov* (3. utg., bind 1, s. 15-27). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Jakobsen, R. (2014). *Klar for fremtiden? : om kvalitet, endring og teamarbeid i sykepleieledelse*. (2.utg.) Oslo: Gyldendal akademisk
- Martinsen, K. (2014). Vil du meg noe?: Om sårbarhet og travelhet i helsevesenets rom. I H. Alvsvåg, O. Førland & F. F. Jacobsen (Red.), *Rom for omsorg?* (s. 226-245). Bergen: Fagbokforlaget
- Martinsen, K. & Kjær, T. A. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe AS
- Martinsen, K (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Mathisen, J. (2006). *Sykepleiehistorie. Ideer – mennesker – muligheter*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Norstein, J. (2008). Korridorpatientenes funksjon i norsk sykehusvesen. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, 2008(128), 24–7
- Nyland, K. & Pettersen, I. J. (2018). *Penger og helse – fra enkel til kompleks styring i helsesektoren*. Bergen: Fagbokforlaget
- Norsk sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Henta frå <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Schmidt, H. (2014). *Har du tid til det, da?* Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Schistad, E. (2019, 23. januar). Eit sviktande hjarte. *Sunnmørsposten*. Henta frå

https://www.smp.no/nyheter/2019/01/23/Eit-sviktande-hjarte-18303730.ece?sfns=st&fbclid=IwAR0h94Y5mYHENSPLYO3RVwwQkuUePz2FVDKwD821iyswC_4sUHsIdtgbPSU

Stamsø, M. A. (2014). New public management – reformer i offentlig sektor. I M. A. Stamsø (Red.), *Velferdsstaten i endring – norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre*. (2. utg. s. 67- 85). Oslo: Gyldendal akademisk

Stamsø, M. A. (2014). Helsetjenester. I M. A. Stamsø (Red.), *Velferdsstaten i endring – norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre*. (2. utg. s. 233 – 254). Oslo: Gyldendal akademisk

Storaker, A., Nåden, D. & Sæteren, B. (2017). From painful busyness to emotional immunization: Nurses' experiences of ethical challenges. *Nursing Ethics*, 24(5), 556–568. <https://doi.org/10.1177/0969733015620938>

Statistisk Sentralbyrå. (2016, 27. januar). Få ledige senger på sykehus?. Henta frå

<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/fa-ledige-senger-pa-norske-sykehus>

Osvold, N. (2010). *Ansvar og yrkesrolle. Om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus*. (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo

Thidemann, I. J. (2015) *Bachelor oppgaven for sykepleierstudenter- den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget AS

8 Vedlegg

8.1. Vedlegg 1: Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler:

- Innledende vurdering
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i praksis?

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

Om sjekklisten

Sjekklisten 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 sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Denne sjekklisten er inspirert av «10 questions to help you make sense of qualitative research» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP UK [oppdatert 2017; lest 23.11.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklists>

(A) Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

JA UKLART NEI

Tips:

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

Artikkel 1: Dei ønsker å finne svar på om ytre rammefaktorer kan innvirke på sykepleiernes prioriteringer i praksis, og hvilke konsekvenser denne innvirkningen kan ha for sykepleieridentiteten. Dette på grunn av aukande økonomiske styringssystemer i helsevesenet som mulig utfordrar sjukepleiar sine verdier.

Artikkel 2: I denne artikkelen studerar dei sjukepleiarar sin oppfatting av etiske verdiar i arbeid, grunna aukande krav om effektiv, produktiv og sparsomlig arbeid.

Artikkel 3: I denne artikkelen undersøker dei kva etiske utfordringar sjukepleiaren møtar i dagleg arbeid. Dette grunna tidligare forskning har vist at sjukepleiarar opplev moralsk stress då forventningar ikkje blir oppfylt.

Artikkel 4: Denne artikkelen undersøker korleis effektivisering påverkar legar og sjukepleiarar. Grunna auka behov for nettopp effektivisering og billigare arbeidskraft.

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

JA UKLART NEI

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

I alle artikkelne undersøker dei erfaringer, opplevelser og forståelse av etiske utfordringar knytta til effektivisering.

Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

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

Tips:

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

JA UKLART NEI

Artikkel 1: Her intervjuer dei i fokusgrupper, 12 sjukepleiarar delt på to grupper. Det blei foretatt ein tematisk tekstanalyse. Forskerane gikk først gjennom transkribert tekst, og deretter diskuterte saman kva temaer intervjuja handla om.

Artikkel 2: Også her brukte dei fokusgrupper. 20 sjukepleiarar frå ulike sjukehusavdelingar. Først analyserte dei kvart intervju, deretter samla dei det til ein heilthet.

Artikkel 3: 9 kvalifiserte sjukepleiarar frå 3 ulike avdelingar vart intervjuja. Gjennom ulike spørsmål analyserte dei oppgåva og til slutt stilla dei seg eit hovudspørsmål som gav ein heilhetlege konklusjon av intervjuja.

Artikkel 4: Her utførte dei 16 semi-intervju av 9 legar og 7 sjukepleiarar frå ulike avdelingar. intervjuja vart tatt lydopptak av og transbert og analysert ut frå tematisk tekstanalyse.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Tips: Når man bruker f.eks. *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, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)

JA UKLART NEI

Artikkel 1: 12 sjukepleiarar frå både kommune og spesialhelsetjenesten, dette for å få variasjon og bredde i utvalget. Deltakarane vart rekrutert gjennom telefonisk og skriftlig henvendelse til administrasjonen i helseforetaka.

Artikkel 2: 20 sjukepleiarar, 13 spesial- og 7 sjukepleiarar. Forespurnad etter deltakarar vart sendt til administrasjonen på kvart helseforetak, der alle sjukepleiarar fekk spørsmål om dei ville delta utan avgrensing for kjønn, alder eller arbeidserfaring.

Artikkel 3: 9 kvalifiserte sjukepleiarar, med minimum 2 års erfaring og interesse i temaet til oppgåva. 4 sjukepleiarar hadde spesialtrening i bla. klinisk-, palliativ-, kunnskapsbasert- og kardiologisk sjukepleie.

Artikkel 4: 9 legar og 7 sjukepleiarar. Deltakarane vart valt ved å sende ut mail til administrasjonen der leiarane gav meir informasjon om studien.

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

 JA

 UKLART

 NEI

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? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. 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 (f.eks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Artikkel 1: Her brukte dei fokusgrupper, gruppeintervjuer der dei drog nytte av diskusjonar innad i gruppa. Dette grunna ønske om å samle inn informasjon med utgangspunkt i deltakarane sin bakgrunn og erfaring frå ein samla einhet. Det var nytta ein veiledande tematisk intervjuguide. Dataene har form i lyd som seinare blei transkribert. Forskarane las gjennom dataen kvar for seg og deretter diskuterte dei saman.

Artikkel 2: Det var nytta fokusgrupper der dei utnytta interaksjonar mellom gruppedeltakarane som data. Dei nytta ein semistrukturert temaguide for å halde omtrent same tema under alle intervjua. Dataen vart samla på lydopptak og seinare transkribert. Dataen vart lest kvar for seg og deretter samanlikna saman.

Artikkel 3: Her vart det nytta intervju basert på tematisk guide på lydopptak. Det kjem fram at intervjua vart utført på mindre sjukehus noko som kan svekka resultatene, men frå ulike avdelingar noko som styrkar forskinga.

Artikkel 4: 16 semistrukturert intervju vart utført. Dei vart tatt på lydopptak og seinare analysert. To forskerar las transkriptet og koda dei separat. Etterpå gjekk dei saman og diskuterte ulikeheitane og likheitane med kodingane.

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

 JA

 UKLART

 NEI

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?

Artikkel 1: Dei følgte ikkje intervjuguiden nøyaktig, men stilte utdypande og supplerande spørsmål der det var behov for dette.

Artikkel 2:

Artikkel 3:

Artikkel 4:

7. Er etiske forhold vurdert?

JA UKLART NEI

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 f.eks. 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?

I alle artikkelene kjem det fram at alle deltakarane fikk utlevert informasjonskriv der dei skreiv under på samtykkeerklæring. Dei kunne trekke seg dersom dei ønska det.

Artikkel 1: Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste godkjente forskinga. Regional etisk komité vart kontakta men det var ikkje behov for godkjenning her ifrå.

Artikkel 2 Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste godkjente forskinga.

Artikkel 3: Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste godkjente forskinga.

Artikkel 4: Studien vart godkjent av Health Research Authority og the Research and Development kontor på kvart sjukehus som var involvert.

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

JA UKLART NEI

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 (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. 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?

Alle artikkelene visar tydelig kva type analyse som vart brukt, deretter dei ulike stega i analysen. Eg ser klar samanheng mellom innsamla data og kategoriar eller kodegrupper som kom fram. Det er presentert tilstrekkelig data i alle studiene. Motsridande data er også tatt med der relevant.

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

JA UKLART NEI

(B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

 JA UKLART NEI

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 (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Alle studiene har hatt to eller fleire forskarar som har lest funnene kvar for seg, og deretter diskutert ulikheiter og likheiter.

(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 f.eks. 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?

Alle studiene knytter funna opp mot dagens helsevesen og korleis ein utøver praksis der. Studiene avdekkar behov for ytterleggare behov for meir forskning på dette området, samt auka fokus på dette oppråde.