



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

«Moralsk stress- konsekvenser for omsorg og  
kvalitet?»

«Moral distress- consequences for care and quality?»

**Kandidatnummer 387**

Bachelor i sjukepleie  
Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Campus Haugesund  
Innleveringsdato 06.05.20 kl. 14.00

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

*«I often find that I see the patient`s needs.*

*Needs that I cannot attend to.*

*I should, and I would like to,*

*and I know that I ought to,*

*but it is impossible to cover everything (Nurse 9)»*

(Storaker, Nåden & Sæteren, 2019)

## **Abstrakt**

**Tittel:** «Moralsk stress- konsekvenser for omsorg og kvalitet?»

**Bakgrunn:** Sykepleiere opplever et enorm press til å yte omsorg til pasienter i tråd med profesjonsverdier og etterkomme krav i et stadig mer komplekst helsevesen. Økt ansvar og for mange arbeidsoppgaver kan gå på bekostning av det omsorgsnære arbeidet. Dette kan og føre til belastninger og moralsk stress. Jeg ønsker derfor se nærmere på forskningslitteratur som kan belyse problematikken, for å deretter se på hvilken innvirkning dette kan ha for omsorg og kvalitet.

**Problemstilling:** *Hvilken opplevelse har sykepleiere av moralsk stress, og hvilke konsekvenser kan det ha for omsorgen til pasienter i sykehus?*

**Hensikt:** Oppgavens hensikt er å undersøke sykepleieres opplevelse av moralsk stress og hvorfor fenomenet oppstår, for å se dette i sammenheng med klinisk konsekvens for omsorg og kvalitet i utøvelsen.

**Metode:** Dette er en litteraturstudie som er bygget på empirisk evidens og teori fra pensumlitteratur og annen relevant litteratur.

**Resultat:** Funnene avdekker at sykepleierne opplevde moralsk stress som kan knyttes til tidspress, mangel på kontroll, og mangel på støtte og forståelse. Tidspress som følge av for mange oppgaver og ansvar for mange pasienter. Handlingsorienterte oppgaver ble prioritert på bekostning av den omsorgsnære og personsentrerte omsorgen. Sykepleierne opplevde mangel på kontroll som følge av tidspresset, men også i forhold til rollekonflikter og liten mulighet til innflytelse ved beslutninger. Dette førte til fysiske, psykiske- og emosjonelle reaksjoner hos sykepleierne, som kunne resultere i at en ble mindre kritisk i sykepleieutøvelsen. Ansvar for pasienter utover kompetansenivå, pasientenes respekt og verdighet ble utfordret, og sykepleiers holdningsverdier settes under press. Sykepleierne opplevde mangel på støtte og forståelse fra ledelse, og ble ikke tatt på alvor dersom det meldes fra om forhold som påvirker omsorgskvaliteten. Belastningen kan føre til mistriivsel, utbrenthet og ønske om å slutte, som indirekte kan påvirke omsorgen og kvaliteten i pleien.

**Konklusjon:** Denne litteraturstudien avdekker at opplevd moralsk stress hos sykepleier kan knyttes til flere faktorer som kan gi utslag i ulike reaksjoner. Dette er noe som kan få både direkte og indirekte negative konsekvenser for omsorgen til pasienter i sykehus. I tillegg kan opplevelsen av å ikke kunne handle i tråd med profesjonsverdiene få negative konsekvenser på individnivå, institusjon- og samfunnsnivå.

## **Abstract**

**Title:** «Moral distress- consequences for care and quality?»

**Background:** Nurses` experience a tremendous pressure to provide care to patients in accordance with professional values and to meet the demands of an increasingly complex healthcare system. Increased responsibility and too many tasks can come at the expense of the patientcare. I would therefor like to take a closer look at research literature that can illuminate the dilemma, and to see what impact this can have on patient care and quality.

**Thesis:** *What experience do nurses` have of moral distress, and what consequences can this have for the care of inpatients in hospital settings?*

**Aim:** The purpose of this assignment is to investigate nurses` experience of moral distress and why the phenomenon occurs, to see this in the context of clinical consequences for care and quality of practice.

**Method:** This is a literature study based on empirical evidence and theory from curriculum and other relevant literature.

**Result:** The findings reveal that the nurses experienced moral stress can be linked to time pressure, lack of control, and lack of support and understanding. Time pressure due to too many tasks and responsibilities for many patients. Tasks were prioritized at the expense of the time with the patients and person-centered care. The nurses experienced a lack of control due to the time pressure, but also in relation to role conflicts and little opportunity to influence in decisions. This led to the physical, mental- and emotional reactions of the nurses, which could result in one becoming less critical in the practice of nursing. Responsibility for patients beyond their level of competence, patient respect and dignity was challenged, and nurse attitudes values were put under pressure. The nurses experienced a lack of support and understanding from management, and were not taken seriously if reported conditions that affected the quality of care. This strain can lead to dissatisfaction, burnout and a desire to quit, which in turn can indirectly affect the quality of care.

**Conclusion:** This literature study reveals that perceived moral stress at nurses can be linked to several factors and give rise to different reactions. Which in turn can have both direct and indirect negative consequences for the care of patients in hospitals. In addition, the experience of not being able to act accordingly with professional values can also have negative consequences at different levels both individual, institution and society.

## Innhold

1 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	6
1.2 Hensikt med oppgaven .....	7
1.3 Problemstilling .....	7
1.4 Avgrensing og presisering.....	7
2 Teori .....	8
2.1 Sykepleie og profesjonsverdier .....	8
2.1.1 Kari Martinsen.....	9
2.2 Moralsk stress.....	11
2.3 Kvalitet .....	12
3 Metode.....	14
3.1 Oppgavens metode .....	14
3.2 Fremgangsmåte .....	14
3.3 Kildekritikk .....	16
3.4 Metodekritikk .....	17
3.5 Forskningsetiske vurderinger .....	17
4 Resultat.....	18
4.1 Sammendrag av inkluderte artikler .....	18
4.2 Oppsummering av hovedfunn .....	24
5 Drøfting .....	25
5.1 Tidspress.....	25
5.2 Mangel på kontroll .....	28
5.3 Mangel på støtte og forståelse .....	32
6 Avslutning .....	35
Referanseliste .....	36
Vedlegg 1- Søkeord satt inn i PICO-skjema. ....	40
Vedlegg 2- Sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie.....	41

# 1 Innledning

I takt med den moderne utviklingen har levealder i befolkningen økt betraktelig. Tendensen vil trolig fortsette, og antall mennesker som vil ha behov for helse- og omsorgstjenester vil også stige. Helsesektoren har gått gjennom endringsprosesser for å møte samfunnets forventninger om sikre helsetjenester. En av utfordringene for helse- og omsorgstjenestene er å møte etterspørselen av tjenester og frem mot år 2035 er det estimert at antall årsverk må økes med 35 prosent (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019a, s.14). Her innehar sykepleier en sentral rolle og en viktig funksjon for å sikre trygge helsetjenester av god kvalitet. Størst etterspørsel vil det være etter sykepleiere (Statistisk Sentralbyrå [SSB], 2019). Samtidig kan arbeidet i helsevesenet være krevende fysisk og psykisk, og det stilles krav til tempo og effektivitet. Det er også en arena hvor sykepleier kan oppleve rollekonflikter og krysspress (Ingstad, 2019, s. 195). Etisk vanskelige situasjoner og moralsk stress skjer på tvers av fagområder og omsorgsnivåer i helse- og omsorgssektoren. Det oppstår bekymringer for kvaliteten i pleien som ytes, også i forhold til evnen til å handle i tråd med etiske og moralske overbevisninger (Haahr, Norlyk, Martinsen & Dreyer, 2020). Dilemmaet mellom tidspress og moralske krav om godhet i utøvelsen representerer en grobunn for moralsk stress hos sykepleieren (Martinsen, 2012, s. 58). Forskning antyder at forekomsten av moralsk stress blant sykepleiere ved norske sykehus er høy, og at å redusere fenomenet kan ha betydning for å ivareta helsepersonell og deres arbeidsmiljø (Oksavik & Kirchhoff, 2019).

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Sykepleiere opplever et enormt press til å yte omsorg til pasienter i tråd med profesjonsverdier og etterkomme krav i et stadig mer komplekst helsevesen. Økt ansvar og for mange arbeidsoppgaver kan gå på bekostning av det omsorgsnære arbeidet. Dette kan og føre til belastninger og moralsk stress. I praksis har jeg observert utfordringer som kan knyttes opp mot denne tematikken, der sykepleiere opplever et krysspress mellom hva som oppleves som etisk riktig i situasjoner uten å kunne handle deretter. Jeg ønsker derfor se nærmere på forskningslitteratur som kan belyse problematikken, for å deretter se på hvilken innvirkning dette kan ha for omsorg og kvalitet.

## 1.2 Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å belyse sykepleieres opplevelse av moralsk stress og hvorfor fenomenet oppstår, for å så se dette i sammenheng med klinisk konsekvens for omsorg og kvaliteten i utøvelsen.

## 1.3 Problemstilling

*Hvilken opplevelse har sykepleiere av moralsk stress, og hvilke konsekvenser kan det ha for omsorgen til pasienter i sykehus?*

## 1.4 Avgrensning og presisering

Problemstillingen kan ikke isoleres innenfor et klinisk fagområde for sykepleie. Grunnet tiden jeg har til disposisjon har jeg valgt å avgrense problemstillingen til sykepleiere som arbeider i sykehus, og som utøver sykepleie til voksne pasienter.

## 2 Teori

### 2.1 Sykepleie og profesjonsverdier

Sykepleiens identitet og kjennetegn bygger på kjerneverdier som faglig kompetanse, engasjement og ansvarlighet i utøvelsen. Dette sentreres igjen rundt verdier knyttet til omsorg og menneskeverd (Kristoffersen, 2016a, s. 227). Omsorg innebærer at sykepleier skal ha et genuint ønske om og evne til å hjelpe pasienten, samt vise medmenneskelighet og en faglig, etisk og emosjonell innlevelse. Det humanistiske delen av sykepleien bygger på at mennesket er i sentrum. Hvert enkelt individ er unikt og derav behov for individuelle tilpasninger (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 97-100). Viktige verdier i sykepleien er derfor omsorg som er personsentrert og helhetlig. Utgangspunkt for sykepleien skal være pasientens opplevelse og forståelse av situasjonen, samt personlige ønsker. På denne måten kan sykepleien tilpasses og gjennomføres på en omsorgsfull og respektfull måte, der fysiske, psykiske, sosiale og åndelig behov ivaretas (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 102-103). En helhetlig tilnærming bidrar til å styrke tillit, trygghet og kvalitet i utøvelsen. Sykepleiens omsorgsgrunnlag vil beskrives ytterligere i kapittelet som tar utgangspunkt i Kari Martinsen omsorgstenkning.

Innleggelser som krever behandling i sykehus omhandler pasienter som ofte er akutt og kritisk syke. Sykepleier har særskilt ansvar for å ivareta pasientens grunnleggende og spesielle behov. Dette innebærer evne til å vurdere tilstand, iverksette og følge opp tiltak, samt evaluere, hvor målet med sykepleien er å opprettholde pasientens funksjoner, fremme helse og velvære. I tillegg har sykepleier et ansvar for ivareta mennesker som er i livets slutfase, og skal bidra til en verdig og fredfull død (Kristoffersen, 2016a, s. 217). Den faglige delen av sykepleien består av praktisk og teoretisk kunnskap om sykepleien som fag og pasientens grunnleggende behov, men har i tillegg kunnskap som omhandler medisinsk- og naturvitenskap, og samfunnsvitenskap. Dette bidrar til at sykepleien har et bredt kunnskapsgrunnlag som bidrar til å kunne forstå mennesket som en helhet (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 19-20). Dermed økt forståelse hvordan sykdom og lidelse oppleves, som gir et bedre grunnlag for å tilpasse omsorgen ut i fra behovet.

Innenfor verdigrunnlaget ligger også etikk og moral. Etikken omhandler kunnskaper rundt fagets verdier, prinsipper og retningslinjer. Moralsk kompetanse innebærer å kunne registrere, vurdere, samt handle korrekt i situasjonen (Kristoffersen, 2016b, s. 160). De yrkesetiske



retningslinjene for sykepleiere gir føringer for yrkesetiske holdninger og handling i utøvelsen. Som kan fungere som en rettesnor for hvordan et utfordrende og sammensatt arbeid kan utføres i tråd med det sykepleiefaglige ansvaret og profesjonsverdiene. De gjør seg gjeldende i forhold til profesjonen, pasienten, pårørende, medarbeidere, arbeidsplassen og samfunnet generelt. Det overordnede verdigrunnlaget for sykepleieprofesjonen er at: «Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene» (Norsk Sykepleieforbund [NSF], 2019). Grunnleggende etisk tenkning har en sentral plass i sykepleieprofesjonen, men også blant andre helseprofesjoner. Behandling og omsorg skal utøves etter gjeldende prinsipper som autonomi, velgjørenhet, ikke skade, og rettferdighet. I tillegg omfavnes barmhjertighet som en del av det moralske aspektet (Molven, 2016, s. 68-69; Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 18).

Nortvedt & Grønseth (2016, s. 18) beskriver verdier som er viktig for god klinisk sykepleieutøvelse som: «...integrerer moralske aspekter og fagkunnskaper, har oppmerksomheten rettet mot pasienten (og hans familie), ivaretar sitt faglig ansvar og funksjoner i møtet med pasienten, kvalitetssikrer sykepleien ved å bruke relevante og pålitelige data i vurderinger og beslutninger». Det finnes ingen fasitsvar på hvordan en kan utøve best mulig sykepleie, og ved praktisk gjennomføring må en ta utgangspunkt i kunnskapsbasert praksis. Der en benytter kunnskap fra forskning og erfaring sammen med pasientens egne meninger og verdier, i den konteksten en er i (Kristoffersen, 2016b, s. 144-145). Dette skal bidra til at sykepleier innehar den kunnskapen, ferdighetene og holdningene som trengs for å praktisere god omsorg i tråd med profesjonens verdigrunnlag.

### 2.1.1 Kari Martinsen

I Martinsens omsorgsteori blir omsorgen definert som kjernen innenfor sykepleie og mye av verdigrunnlaget i sykepleien bygges på hennes omsorgstenkning. I følge Martinsen må omsorgsverdier veie tungt i utøvelsen av sykepleie. For å kunne ivareta den enkelte pasient på en god og helhetlig måte er det viktig at en har praktiske erfaringer i tillegg til det teoretiske. Martinsen beskriver tre viktige aspekter ved omsorgsbegrepet: relasjonelt, praktisk og moralsk, der det moralske er det overordnede i omsorgen. Moralen gjenspeiles i den praktiske utøvelsen av arbeidet (Martinsen 2005, s.135). Martinsen legger vekt på at det å være en god sykepleier ikke bare er å ha teoretisk kunnskap. For å kunne utøve sykepleie på en

omsorgsfull måte, må en tilegne seg kunnskap gjennom praksis, der en tilpasser sykepleien til den enkelte pasient. Faglig skjønn og moral er situasjonsbetinget, det må tilpasses i møte med pasienten (Martinsen 2005, 135-140).

Tillit, håp, barmhjertighet og pasient-sykepleier forholdet har stor betydning i omsorgsutøvelsen. Martinsen poengterer at omsorg ikke bare gjør seg gjeldende i sykepleie, men er en naturlig del av all menneskelig liv. Mennesker er sårbare og avhengige av hverandre, og ved sykdom har vi et særlig behov for å bli ivaretatt og oppleve trygghet. I profesjonell sammenheng innebærer det at sykepleieren svarer til pasientens behov gjennom å gi omsorg, uten at det forventes noe tilbake (Martinsen, 2012, s. 12-13; Martinsen, 2015, s. 137). Tillit er grunnleggende for alle relasjoner, og den relasjonelle delen er viktig for å utøve god omsorg. For å oppnå tillit forutsetter det at pasienten åpner seg og ønsker dele sine erfaringer. For at pasienten skal oppnå tillit kreves noe av sykepleieren i situasjonen, der en viser at en ønsker den andre godt (Martinsen, 2005, s. 142-143).

Martinsen mener at personorientert profesjonalitet og faglig skjønn er viktig i utøvelsen av omsorg. Dette krever en innlevelse for pasientens historie og opplevelse av situasjonen, samtidig som den er faglig. For å være profesjonell innebærer det at sykepleier våger å vise sin menneskelighet. Den mellommenneskelige relasjonen kan bidra til at sykepleier kan se pasienten som en helhet, gjennom aktiv deltakelse og sansing. Dersom tilnærmingen kun baseres på faglighet vil det kunne føre til at pasienten blir redusert til et objekt, som igjen kan utfordre dannelsen av relasjon. En faglig og objektiv tilnærming alene vil også kunne oppfattes som krenkende for pasientens integritet som er i en sårbar posisjon. Personorientert profesjonalitet krever derfor at sykepleier integrerer registrering og sansing i situasjonen (Martinsen, 2000, s. 12). For å se personen som et menneske og ikke bare som en diagnose, må sykepleier bruke sin faglige forforståelse og være sanselig tilstede for å fange opp det subjektive som kommer til uttrykk hos pasienten. Sykepleier bør være åpen og nysgjerrig gjennom å lytte og se. Ved å bruke den faglige kunnskapen og erfaringer sammen med sansingen kan man observere det som skiller den enkelte person fra en annen. Faglig skjønn vil gi økt forståelse og mulighet til å gjøre gode vurderinger for å handle til det beste for pasienten, og sykepleien kan tilpasses individuelle behov (Martinsen, 2000, s. 39-41).

Maktforholdet mellom pasient og sykepleier er i utgangspunktet ikke i balanse. Sykepleier har mye makt grunnet sin faglige bakgrunn, og bruk av faglig skjønn er en forutsetning for å

forvalte makten i utøvelsen på en god måte. Martinsen mener at selv om sykepleier fra et faglig perspektiv kan tenke hva som er best, er det viktig at man ikke overstyrer pasienten dersom det er hensiktsmessig at pasienten er delaktig i beslutninger som angår sin behandling. Å forvalte moralsk ansvarlig makt innebærer det som hun omtaler som svak paternalisme. Der sykepleier både anvender sin faglige kompetanse og samtidig har respekt for pasientens autonomi gjennom å sette seg inn i pasientens ståsted (Martinsen, 2005, s. 146).

Videre er Martinsen kritisk i forhold til sykehusenes utforming og mener verdien av omsorg blir nedprioritert. Hun problematiserer hastverket og effektivitetens negative betydning for kvaliteten og innvirkningen det har på menneskelige verdier og tillit (Martinsen, 2012, s. 139-140). Sykepleierens hverdag representerer det som hun beskriver som et krysspress mellom positiv travelhet som ansvar og ivaretagelse for den enkelte pasient, og negativ travelhet som har sammenheng med prioritering, bestemmelser og for mange arbeidsoppgaver (Martinsen, 2014, s. 231). Tidspresset vil kunne resultere i skyld og ansvarsfraskrivelse, men også hindre sykepleieren å se klart. Når travelheten går på bekostning av hva som anses som riktig for den enkelte, kan sykepleier oppleve skam, utilstrekkelighet og moralsk stress (Martinsen, 2014, s. 232). Hun mener at hastverket i sykehuset må sees i sammenheng med et samfunn som er preget av konkurranse og prestasjon. Der effektivisering og bruk av moderne teknologi kan gå på bekostning av tiden sammen med pasientene. Bestemmelser og forventninger som går etter tidsplaner, frister og hastighet, gir mindre plass til det etiske i det praktiske arbeidet. Presset kan medføre at sykepleier ikke mestrer å leve opp til forventningene. Dersom sykepleien styres av krav og rutiner begrenses muligheten til å bruke faglig skjønn i situasjonen, og det kan hindre utøvelse av omsorg (Martinsen, 2018, s. 31-33).

## 2.2 Moralsk stress

Moralsk stress kan utvikles på bakgrunn av etiske spørsmål som forblir uløste. Konseptet moralsk stress oppsto innenfor sykepleieprofesjonen, og ble først omtalt på begynnelsen av åttitallet. Begrepet ble av Andrew Jameton definert som: «when one knows the right thing to do, but institutional constraints make it nearly impossible to pursue the right course of action» (Jameton referert i Musto & Rodney, 2019, s. 11). I ettertid har begrepsforståelsen utviklet seg, og moralsk stress er et fenomen som oppstår blant profesjoner som arbeider i helsevesenet. Begrepet kan forstås som at en enten ikke kan eller unnlater å handle ut i fra sin

moralske dømmekraft, grunnet individuelle eller strukturelle begrensninger (Ulrich & Grady, 2018, s. 1-2). Omsorgsutøvelse i en kompleks helsearena representerer et press på helseprofesjonene for å kunne imøtekomme kravene og samtidig arbeide i tråd med verdier og prinsipper. Arbeidshverdagen innebærer sammensatte situasjoner, hvor en skal manøvrere mellom blant annet pasientrettigheter, urealistiske forventninger, teknologiske innovasjoner og systemets prioriteringer. Dette kan være opphav til etiske konflikter (Ulrich & Grady, 2018, s. 2).

Moralsk stress kan ofte tolkes som at de etiske situasjonene kun har sammenheng med dramatiske situasjoner. Moralsk stress kan også oppstå som følge av mindre og mer hverdagsetiske dilemmaer, der sykepleier hindres i å handle i tråd med sine verdier for det som oppleves som riktig i situasjonen. Selv om følelsesreaksjonen ikke oppleves like intenst, kan det allikevel ha en skadelig virkning og er viktig å anerkjenne (Campbell, Ulrich & Grady, 2018, s. 62-63). Når sykepleiefaglige verdier undertrykkes kan det gi utslag for den moralske samvittigheten. Opplevelsen av moralsk stress kan her og nå dempes gjennom å tilpasse seg kravene fra eksempelvis ledelse og arbeidskultur. På lengre sikt kan imidlertid opplevelsen lede til svekket moralsk sensitivitet føre til en negativ innvirkning på den faglige kvaliteten (Aakre, 2016, s. 123-124). Moralsk stress er forbundet med negative konsekvenser for helseprofesjonelle og helsesystemet, og et dårligere utfall for pasientene (Watson, 2018, s. 79).

### 2.3 Kvalitet

Kvalitet i helsetjenesten kan forstås som: «...hvorvidt tjenestene innfrir kravene som stilles» (Ingstad, 2019, s. 135). Sykepleiefaget har en lang tradisjon innenfor kvalitet og kvalitetsutvikling. Nasjonalt har helsetjenestene i senere år hatt stort fokus på å verne pasienter mot uheldige hendelser og skader gjennom å implementere kvalitetsforbedrende tiltak. En viktig forutsetning for kvalitet er at tjenestetilbudet justeres ut i fra hvilke behov som foreligger og utfordringer som møtes, dette må inngå i en kontinuerlig prosess (Kirkevold, 2016, s. 268). Helsetjenesten er i stadig endring derfor vil forståelsen av kvalitet også endre seg. I tråd med internasjonale føringer, er det utviklet nasjonale indikatorer for god kvalitet i helsetjenestene. Disse kjennetegnes som: «...virkningsfulle, er trygge og sikre, involverer brukere, som er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god

måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 5). Dette er forøvrig også kjennetegn på kvalitet i sykepleie (Kirkevold, 2016, s. 272).

Kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeid omfatter alt helsepersonell innenfor helsesektoren (Ingstad, 2019, s. 134). For å sikre kvalitet i helsetjenestene er det utarbeidet en rekke lov- og forskrifter. Sentrale føringer for spesialisthelsetjenesten er eksempelvis Helsepersonelloven (1999), Spesialisthelsetjenesteloven (1999), Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (2016) og Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Helsetjenesten skal også være i tråd med faglig forsvarlighets kravet. Hvor det stiller krav til adekvat kvalitet, som skal være tilstrekkelig og utøves i tide. Det skal være innfridd en minimumsstandard med normative føringer for hvordan tjenesten bør gjennomføres (Ingstad, 2019, s. 137). Kvalitetsarbeid som skal sikre etiske, trygge og sikre tjenester gjennom forskrifter og lover, gjør seg også gjeldende på holdningsnivå. På dette nivået vil det etiske i sykepleien vises gjennom holdninger, verdier og føringer for faget (Aakre, 2016, s. 162-163).

## 3 Metode

### 3.1 Oppgavens metode

Forskning etter vitenskapelig standard krever en metodisk tilnærming. Metoden vil definere hvordan en kan fremskaffe ny kunnskap, og i tillegg kunne etterprøve kunnskap. Det finnes ulike metoder som kan benyttes, der utgangspunktet for valg av metode er hvilken fremgangsmåte som er mest hensiktsmessig i forhold til problemstillingens formulering (Dalland (2017, s. 51). Metode kan derfor forstås som et redskap for å kunne samle inn relevante informasjonsdata som kan belyse aktuell problemstilling (Dalland, 2017, s. 52).

Denne oppgavens metode er litteraturstudie. En litteraturstudie baseres på eksisterende vitenskapelige forskningsartikler fra primærkilder. Trinnene i en litteraturstudie skal ha tydelig avgrenset problemstilling, forberede søkeprosessen, gjennomføring av litteratursøk, kvalitetsvurdering og analysering av resultater. Resultatene blir deretter sammenfattet (Thidemann, 2015, s. 80). Strukturen i en litteraturstudie skal inneholde en klar problemstilling, beskrive hensikten, begrunne valg av metode, beskrive søkeprosessen, og analysere og diskutere datamaterialet (Thidemann, 2015, s. 80).

### 3.2 Fremgangsmåte

Helsebiblioteket anbefaler å anvende et PICO-skjema for å lage en systematisk søkestrategi, som et verktøy for å kategorisere søketermene (Helsebiblioteket, 2016a). For å komme frem til hensiktsmessige søkeord har jeg blant annet brukt termbasen MeSH på helsebiblioteket, og laget et PICO-skjema med utgangspunkt i oversikten på Helsebiblioteket (2016b), se vedlegg 1. Søkeprosessen ble gjennomført i flere anbefalte databaser. Det ble benyttet flere kombinasjoner av søkeord og bruk av “AND”/“OR”, for å finne aktuelle artikler som kan belyse problemstillingen. “NOT” ble ikke anvendt. Kun deler av modellen var relevant for min problemstilling. Noen databaser gav mange treff, og ved forsøk på å avgrense ytterligere kom det frem kun et begrenset antall. Det ble i tillegg forsøkt å kombinere ulike søkeord innenfor et PICO-området med “AND”, som også gav treff. Lesestrategien ble derfor å orientere seg i titteloverskrifter, lese abstrakt, og flere artikler ble lest i fulltekst. Det ble søkt i nordiske databaser, også med norske søkeord, uten relevante treff. For å sikre at artiklene svarer på problemstillingen og ikke ble valgt tilfeldig, ble det utarbeidet inklusjon- og eksklusjonskriterier.

Tabell 1 - oversikt over kriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forskningsartikkel</li> <li>• Fagfellevurdert</li> <li>• Tidsrom innenfor 2015-2020</li> <li>• Abstrakt tilgjengelig</li> <li>• Fulltekst tilgjengelig</li> <li>• Sykepleiefaglig relevans</li> <li>• Sykepleieperspektivet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andre språk enn norsk, dansk, svensk eller engelsk</li> <li>• Fagartikler</li> <li>• Eldre enn 5 år</li> <li>• Ikke overførbar til norske forhold</li> <li>• Uten IMRAD struktur</li> <li>• Ikke gjennomført i sykehus</li> <li>• Omhandler sykepleiestudenter</li> </ul>

Funn av hovedartikler som passet kriteriene og som var relevant i forhold til problemstillingen ble gjort i databasene “Cinahl”, “Pubmed” og “Embase”. Enkelte av søkene resulterte i mange treff, hvor jeg systematisk leste gjennom abstrakt på artikler som kunne være interessante for å besvare problemstillingen. Flere måtte leses i fulltekst.

Tabell 2 - Forenklet fremstilling av søkelogg i databasene som er bakgrunn for hovedfunn

Søkedato	Database	Søkeord	Treff	Funn
19.10.19	Cinahl	Nursing AND Ethics AND Moral distress	37	-Artikkel 1
08.03.20	Cinahl	Nursing AND Moral distress AND Nursing care	35	-Artikkel 2
27.02.20	Pubmed	Nurse AND Hospital AND Moral distress AND Ethics AND Care	85	-Artikkel 3
06.03.20	Pubmed	(Nurse OR Nurses OR nursing) AND Moral distress AND (quality OR quality of care OR quality of healthcare)	114	-Artikkel 4  -Artikkel 5

06.03.20	Embase	(Nurse OR nurses OR nursing) AND Moral distress AND (quality OR quality of care OR quality of healthcare)	84	-Artikkel 6
----------	--------	--	----	-------------

### 3.3 Kildekritikk

Å være kildekritisk til litteraturen som anvendes betyr at det er foretatt vurderinger av informasjonens relevans og gyldighet (Dalland, 2017, s. 158). Hovedfunn av artikler er bygget på empiriske studier innenfor tidsrammen på 5 år. Dette er relatert til at sykehusenes utforming og utfordringer er under rask utvikling og gjennomgår endringer, derav ønske med forskning av nyere dato. Jeg har valgt å inkludere både kvalitative og kvantitative studier som kan belyse problemstillingen ved hjelp av ulike tilnærminger for innsamling av data.

Kvantitativ metode vil gi data som er målbare, mens en kvalitativ tilnærming tar sikte på å få frem opplevelser og erfaringer (Dalland, 2017, s. 52). Det er mulig at det forekommer feiltolkninger da hovedartikler og deler av teorien er engelskspråklig, hvor jeg har stått for oversettelsen.

Av de inkluderte studiene er det kun to som er gjennomført i Norge, og hver av studiene baserer resultatene på erfaringer fra et utvalg bestående av 9 deltakere. En kan ikke generalisere forholdene og trekke slutninger for at dette gjør seg gjeldende for større grupper. Dette på bakgrunn av subjektive oppfatninger kan variere, og organiseringsstrukturer kan variere mellom avdelinger og sykehus. De resterende artiklene er gjennomført i andre land hvor en må ta høyde for blant annet forskjeller i henhold til kultur, utdanningsrammer, helseøkonomiske forutsetninger og at organisasjonsstruktur avviker fra norske forhold. En skal derfor være varsom med å trekke sammenligninger, da dette gjerne ikke er representativt i henhold til norske forhold. Jeg anser likevel at studiene har overføringsverdi da de belyser opplevelser og utfordringer som oppfattes som praksisnære, og situasjoner som gjerne flere vil kunne kjenne seg igjen i. I tillegg til hovedartikler har jeg forsøkt å velge teoretisk forankring med utgangspunkt i litteratur av nyere dato. Jeg har allikevel valgt å inkludere litteratur som er 7 år og sykepleieteoretisk perspektiv av eldre utgivelse. Både hovedartikler og teori fremstår som valid og relevant. Samtlige hovedartikler er publisert i fagfelleverderte tidsskrift og faglitteratur er utgitt av forlag som ifølge Norsk senter for forskningsdata er



registrert som vitenskapelige publiseringskanaler på nivå 1 og nivå 2. Studiene er kritisk vurdert etter sjekklister fra Helsebiblioteket, se eksempel i vedlegg 2.

### 3.4 Metodekritikk

Det var utfordrende å finne artikler som kun ser på sammenhengen mellom opplevd moralsk stress og kvaliteten på omsorgen. Noe som antyder at det finnes lite forskning på temaet. Jeg har derfor inkludert studier som har fokus på hvordan sykepleierne opplever moralsk stress, hvor det også fremkommer funn som kan ha betydning for omsorg og kvalitet. I studiene til Storaker, Nåden & Sæteren (2017), Sharp, Mcallister & Broadbent (2017) og Storaker, Nåden, & Sæteren (2019) var ikke hensikten å belyse moralsk stress, men det fremkommer ulike utfordringer og beskrivelser som skapte moralsk stress hos informantene. De ble derfor inkludert da det fremkommer informasjon som er relevant for litteraturstudiets valgte fokus. Det er mulig at studien inneholder metodefeil, og at andre relevante artikler ikke funnet grunnet valg av databaser og/eller søkestrategi, og min tolkning av allerede fortolket materiale. Jeg har vært bevisst på å være objektiv i søkeprosessen, men en må ta høyde for at min forforståelse av temaet kan ha påvirket valg av hovedartikler. Oppgaven omhandler kun forskningsresultater fra seks empiriske studier, noe som ikke gir et omfattende perspektiv på temaet. I tillegg er det en mulighet at det kan finnes forskning som viser til motstridende resultater, som ikke blir presentert i denne litteraturstudien.

### 3.5 Forskningsetiske vurderinger

Forskning innebærer en gjennomføring som er etisk og juridisk forsvarlig gjennomtenkt (Thidemann, 2015, s. 12). Etske normer skal bidra til god forskningsetikk som skal ivareta personvernet og sikre konfidensiell behandling for at deltakerne ikke skal bli skadelidende eller utsatt for belastninger. Råd og godkjenning kan innhentes gjennom nasjonal forskningsetisk komité og Norsk senter for forskningsdata (Dalland, 2017, s. 236-238). Denne oppgaven har ikke behov for forskningsetisk godkjenning, men alle inkluderte hovedartikler har tatt etiske overveielser. Ellers er oppgaven gjennomført i tråd med høyskolens retningslinjer.

## 4 Resultat

I dette kapitlet vil jeg presentere sammendrag av hovedartiklene i tabell 3-8, for å deretter oppsummere hovedfunnene.

### 4.1 Sammendrag av inkluderte artikler

Tabell 3- Artikkel 1

<b>Tittel</b>	From painful busyness to emotional immunization: Nurses' experiences of ethical challenges.
<b>Forfattere/ utgivelsesår</b>	Storaker, A., Nåden, D. & Sæteren, B. (2017).
<b>Land</b>	Norge
<b>Hensikt</b>	Målet med studien var å avdekke en dypere forståelse om hvordan etiske utfordringer ble håndtert av sykepleiere i sitt daglige arbeid.
<b>Metode/utvalg</b>	Kvalitativ. Dybdeintervju med et utvalg av ni sykepleiere med varierende erfaring, fra tre ulike avdelinger ved et universitetssykehus.
<b>Etiske overveielser</b>	Godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata, samt direktør ved sykehuset og innhentet samtykke fra deltakerne.
<b>Resultat/funn</b>	Funn i studien avdekket at arbeidshverdagen gav liten mulighet til å etterleve etiske verdier, ble oppfattet som kaotisk, og pasientomsorg ble ikke gitt tidsnok. Som et resultat av konstant press som følge av høyt belegg av pasienter og for liten bemanning. Informantene gav uttrykk for manglende kontroll og innflytelse til å forbedre sine arbeidsforhold, også i forhold til rollekonflikter. Situasjonen førte til maktesløshet, skyldfølelse og moralsk stress. I tillegg kommer det frem at deltakerne tilpasset seg kravet fra system og kultur, og i denne prosessen ble mindre kritisk, bevisst og følsomme for moralske problemer, og det oppsto en emosjonell immunisering. Tidspresset førte også til verdikonflikter i forhold til hensynet til pasienten versus systemet. Situasjonen resulterte i svekket omsorg og en kultur som i praksis ikke ivaretar fundamentale behov, etiske og juridiske aspekter. Eksempelvis informasjon/veiledning uteble, grunnleggende behov ble neglisjert, pasientene ble fremmedgjort, verdigheten og respekten for den enkelte ble ikke ivaretatt, brudd på

	taushetsplikten, og sykepleierne viste irritasjon og redusert medfølelse ved manglende forståelse fra pasientene
--	--

Tabell 4- Artikkel 2

<b>Tittel</b>	The tension between person centred and task focused care in an acute surgical setting: A critical ethnography.
<b>Forfattere/ utgivelsesår</b>	Sharp, S., Mcallister, M. & Broadbent, M. (2017).
<b>Land</b>	Australia
<b>Hensikt</b>	Målet med studien var å få en forståelse for hvilke antagelser og maktinstitusjoner som hindrer autonomi og fremmer oppgavefokuset arbeid.
<b>Metode/utvalg</b>	Kvalitativ. Datamateriale innhentet gjennom observasjon og supplert med fokusintervjuer. Utvalget besto av 17 sykepleiere som arbeidet i akuttkirurgisk avdeling.
<b>Etiske overveielser</b>	Godkjent av sykehuset og etisk komité, samt innhentet samtykke fra deltakerne og krav til personvern ble ivaretatt.
<b>Resultat/funn</b>	Studien avdekket at sykepleierne hadde fokus på handlingsorienterte oppgaver som ble prioritert fremfor å utøve personsentrert omsorg. Det kom frem at det verken var tid eller ressurser til å utøve helhetlig omsorg, som følge av lav bemanning, tidspress, og organisatoriske krav. Situasjonen fremmet følelse av maktesløshet, misnøye og moralsk stress, på grunnlag av manglende evne til å utøve omsorg av ønsket kvalitet. I tillegg kommer frem at den mest fremtredende stressoren var assosiert med å ikke komme i mål med arbeidsoppgavene. Arbeidskulturen var preget av teamlojalitet som bidro til tilhørighet og evne til å fungere. Behov som ikke ble dekket profesjonelt, ble da møtt gjennom sosial annerkjennelse og verdsettelse. Innrettelse etter arbeidskulturens forventninger ble viktigere enn å innfri personlige verdier. Konsekvenser for kvaliteten er at pasientene ikke var delaktig i utforming av behandlingsplan, pasientbehov ble ignorert, administrative oppgaver ble

	fullført fremfor å bruke tiden på/sammen med pasientene, og helhetlig pasientsentrert omsorg ble ikke ivaretatt.
--	--

Tabell 5- Artikkel 3

<b>Tittel</b>	Nurses` perspectives on moral distress: A Q methodology approach.
<b>Forfattere/ utgivelsesår</b>	Chen, P-P., Lee, H-L., Huang, S-H., Wang, C-L. & Huang, C-M. (2018).
<b>Land</b>	Taiwan
<b>Hensikt</b>	Identifisere og beskrive sykepleiernes oppfatning om moralsk stress.
<b>Metode/utvalg</b>	Kvalitativ og kvantitativ. Fokusintervju gjennomført med 15 sykepleiere for å kunne sortere ut relevante uttalelser til den kvantitative delen av studien. Utvalget besto av 60 sykepleiere som besvarte skjemaet. Deltakerne var over 20 år, over 1 års erfaring, samt kjennskap og forståelse for etiske utfordringer.
<b>Etiske overveielser</b>	Godkjent av Institutional Review Board of National Yang-Ming University, samt innhentet skriftlig samtykke fra deltakerne.
<b>Resultat/funn</b>	Studien avdekker at bakgrunn for moralsk stress var ulike situasjoner. Verdikonflikter oppsto som følge av krav fra lege eller pårørende, ignorering av pasientens egne ønsker, administrering av aggressiv behandling. Videre oppgis administrative oppgaver, økt arbeidsbelastning som følge av underbemanning, og sykepleiers manglende frihet til å ta faglige beslutninger. Arbeidsbelastningen påvirket konsentrasjonen og evne til grundig læring. Ansvar for et høyt antall pasienter med ulike utfordringer, samt intern overflytting mellom sengeposter der sykepleiere måtte ivareta pasienter med sammensatte sykdomsbilder utover kompetansenivå. Gjennomføring av prosedyrer utenfor autorisasjon, liten tid til interaksjon med pasientene, og liten opplevd støtte fra ledelse og liten mulighet til å oppdatere seg faglig. Noe som virket negativt inn på kvaliteten i utøvelsen.

Tabell 6- Artikkel 4

<b>Tittel</b>	“It’s a Burden You Carry”: Describing Moral Distress in Emergency Nursing.
<b>Forfattere/ utgivelsesår</b>	Wolf, L., Perhats, C., Delao, A., Moon, M., Clark, P. & Zavotsky, K. (2016).
<b>Land</b>	USA
<b>Hensikt</b>	Hensikten var å undersøke hvordan fenomenet moralsk stress oppleves og beskrives av akuttsykepleiere som arbeidet i akuttavdelinger.
<b>Metode/utvalg</b>	Kvalitativ. Semi-strukturert fokusintervju av 17 sykepleiere.
<b>Etiske overveielser</b>	Vurdert av Chesapeake Institutional Review Board, men ikke behov for godkjenning. Samtykke innhentet av deltakerne.
<b>Resultat/funn</b>	Det fremkommer ulike utfordringer som var opphavet til moralsk stress. Administrative bestemmelser og organisering førte til arbeidsbelastninger som påvirket muligheten til å yte sikker pasientbehandling av høy kvalitet. Lav bemanning i kombinasjon med høyt pasientbelegg, krav til administrative oppgaver og ineffektive teknologiske løsninger, gikk på bekostning av pasientomsorgen. I tillegg nevnes rollekonflikter, ledelsens forventninger og manglende grep ved avvikende forhold, og styring som baseres på målinger. I en arbeidssituasjon som opplevdes som overveldende. Dette førte til maktesløshet, frustrasjon, fysiske symptomer, utbrenthet, depresjon, angst og ønske om å slutte. Sykepleierne oppga at det var ingen mulighet for emosjonell relasjon til pasientene, god dokumentasjon ble prioritert fremfor god pasientomsorg, manglende kontroll og oversikt, samt tvangsmedisinering. I tillegg fremkommer det at prosedyrer ikke ble gjennomført etter gjeldende prinsipper, berusede pasienter ble lagt på rom uten kontinuerlig tilsyn, og utfordringer i forhold til å opptre profesjonelt i møte med pasienter med avhengighetslidelser. Deltakerne opplevde også fysiske symptomer, og utviklet både negative og positive håndteringsstrategier, som igjen kan ha negativ innvirkning på kvaliteten.

Tabell 7- Artikkel 5

<b>Tittel</b>	Hindrances to achieve professional confidence: The nurse`s participation in ethical deception-making.
<b>Forfattere/ utgivelsesår</b>	Storaker, A., Nåden, D. & Sæteren, B. (2019).
<b>Land</b>	Norge
<b>Hensikt</b>	Målet med studien var å avdekke en dypere forståelse for hvordan sykepleiere håndterer etisk beslutninger i sin arbeidshverdag.
<b>Metode/utvalg</b>	Kvalitativ. Dybdeintervju av ni sykepleiere ved et universitetssykehus.
<b>Etiske overveielser</b>	Godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata, og innhentet samtykke fra samtlige deltakere.
<b>Resultat/funn</b>	<p>Det ble avdekket forvirring knyttet til rolleforventninger og det oppsto derfor verdikonflikter. Sykepleierne hadde fokus på avdelingens rutiner, det stiltes ingen etiske krav til sykepleierollen, ubalanse i maktforholdet mellom lege og sykepleiere og manglende støtte på ledelsesnivå. Det fremkommer også manglende samsvar for etisk tenkning og motsigelser. Somnolens for ideelle verdier ble fremtonet som at pleierne hadde mange idealistiske tanker og verdier, men ble hindret for å utøve dette i praksis. Manglende rom for systematisk refleksjon og evaluering, og avstand mellom lege og sykepleier vanskeliggjorde diskusjoner rundt etiske situasjoner/dilemmaer. De opplevde også å være i skvis mellom å være lojal til avdelingskulturen og pasienten, men tilpasset seg normer og andres beslutninger. Dette resulterte i maktesløshet, uten mulighet til å endre sin situasjon. I forhold til kvalitet var det ikke mulighet til å gi adekvat og tilpasset informasjon til pasientene, yngre sykepleiere prioriterer administrative oppgaver på bekostning av pasient-sykepleier relasjonen, dødende pasienter ble overflyttet, tvang, og brudd på informasjonsplikt er noen av situasjonene som fremkommer. Videre beskrives det at bemanningen besto av mange yngre med liten klinisk erfaring, og bruk av bemanningsentraler for å dekke opp fravær førte til pleie med mangelfull kontinuitet og redusert kvalitet.</p>

Tabell 8- Artikkel 6

<b>Tittel</b>	Consequences of Moral Distress in the Intensive Care Unit: A Qualitative Study.
<b>Forfattere/ utgivelsesår</b>	Henrich, N., Dodek, P., Gladstone, E., Alden, L., Keenan, S., Reynolds, S. & Rodney, P. (2017).
<b>Land</b>	Canada
<b>Hensikt</b>	Hensikten var å undersøke konsekvensene av moralsk stress blant helsepersonell som arbeider i intensivavdelinger.
<b>Metode/utvalg</b>	Kvalitativ. Fokusintervju med 4 sykepleieledere, 19 sykepleiere, 13 leger og 20 fra andre helseprofesjoner.
<b>Etiske overveielser</b>	Godkjent av Providence Health care/University of British Columbia Research Ethics Board, samt innhentet frivillig samtykke og ivaretatt krav til anonymisering.
<b>Resultat/funn</b>	I forhold til moralsk stressende situasjoner ble frustrasjon den emosjonelle responsen som flest gav uttrykk for. Blant sykepleierne ble også nedtrykthet, utmattelse og motløshet angitt som følelsesmessige reaksjoner på fenomenet. Ventilere med kollega, kompartmentalisering, og mindre investert i arbeidet var handlingsstrategier som ble benyttet for å håndtere situasjonene. Det vises til at halvparten av sykepleierne mente at moralsk stress hadde en negativ innvirkning på omsorgskvaliteten, og bidrar til at en er distraheret og ufokusert. Noen uttrykket en positiv innvirkning som årvåkenhet for å unngå feil og økt medfølelse. Moralske problemer kunne bidra til følelse av utbrenthet og demoralisering, tvil over egne evner til å gjøre en god jobb, og ønske om å slutte. Enkelte hadde gått over til arbeid i andre avdelinger, men returnert da arbeidet ble oppfattet som mindre interessant og samtidig like moralsk stressende som i intensivavdelingen. Det fremkommer at mye tid ble brukt på å argumentere for pasienten som igjen gikk på bekostning av ivaretakelsen av grunnleggende behov. Dette kunne føre til at en forsøkte å unngå slike tidkrevende situasjoner.

## 4.2 Oppsummering av hovedfunn

Hovedartiklene belyser ulike perspektiver på hvorfor moralsk stress oppstår og hvordan fenomenet oppleves. Det fremkommer også ulike konsekvenser for kvaliteten i omsorgen. Tidspresset som følge av mange arbeidsoppgaver og høyt belegg, i tillegg til underbemanning. Det stilles krav til utøvelse av prosedyrer, administrasjon og dokumentasjon, der helhetlig pasientsentrert sykepleie og sykepleiens verdier blir nedprioritert fremfor å utføre administrative og handlingsorienterte arbeidsoppgaver. Sykepleierne opplever mangel på kontroll, som kobles til både tidspresset, men også rollekonflikter i forhold til lege-sykepleier forholdet, krav fra ledelse og liten mulighet til faglig innflytelse ved beslutninger. De opplever flere fysiske, psykiske og emosjonelle reaksjoner, der mangel på tid til refleksjon førte til at en ble mindre kritisk i sykepleieutøvelsen. Konsekvenser for kvaliteten i omsorgen viser blant annet at sykepleier har ansvar for pasienter utover kompetansenivå, respekt og verdighet ble utfordret, og holdningsverdier ble satt under press. Sykepleierne gir uttrykk for manglende støtte og forståelse fra ledelsen og at en ikke blir tatt på alvor når de meldte fra om sine bekymringer i forholdt til svikt i kvaliteten. Arbeidsbelastningen førte til mistriivsel, utbrenthet og ønske om å slutte, som igjen kan ha en indirekte påvirkning på omsorgen og kvaliteten.



## 5 Drøfting

I dette kapittelet vil jeg drøfte funnene i lys av oppgavens valgte fokus opp mot teoretisk perspektiv og annen litteratur.

### 5.1 Tidspress

Moralsk stress hos sykepleier kan skyldes at arbeidshverdagen er for travel. For lav bemanning gir høyere arbeidsbelastning, og ofte tidspress. Det er for mange oppgaver innenfor gitte tidsrammer, noe som setter sykepleieren i en umulig situasjon. Dette kan igjen føre til at sykepleiefaglige verdier blir tilsidesatt. Tiden ble brukt til oppgaver som måtte gjøres, og sykepleierne følte seg overveldet og presset til å utøve pleie og omsorg raskest mulig (Chen et al., 2018; Storaker et al., 2017; Wolf et al., 2016). Storaker et al. (2019) fremhever at sykepleierne innrettet seg til avdelingens rutiner til tross for at dette gikk på bekostning av ivaretagelse av pasientenes grunnleggende behov. Sharp et al. (2017) viser til en mekanisk tilnærming i arbeidet der sykepleierne prioriterte oppgaver fremfor den pasientsentrerte omsorgen. Selv om sykepleierne ønsket å ha fokus på helhetlig omsorg, ble ikke dette gjennomførbart i forhold til ressursene. Over tid utviklet dette seg til å bli en kultur på avdelingen. Sykepleierens fokus ble derfor rettet mot teamlojalitet og å innfri arbeidskulturens forventninger, da en kunne møte sosial annerkjennelse og verdi i arbeidsmiljøet (Sharp et al., 2017).

En hovedårsak til at moralsk stress oppstår er konflikter mellom ulike pålagte oppgaver som plikter, føringer og prioriteringer. Slike pålagte oppgaver kan komme i konflikt med pasientenes omsorgsbehov (Watson, 2018, s. 80). Den arbeidshverdagen som sykepleierne beskriver sammenfaller med det som Martinsen (2014, s. 231) løfter frem i forhold til positiv og negativ travelhet i helsevesenets rom. I krysspreset velger sykepleierne å følge organisasjonens og kulturens "krav". De opplever derfor det som omtales som negativ travelhet. Dilemmaet sykepleieren står i handler om valget mellom å være en god sykepleier for pasienten eller være en god sykepleier for arbeidsgiver og innrette seg etter gjeldende krav og normer. Sykepleierne sier de velger sistnevnte for å makte hverdagen (Martinsen, 2012, s. 56-57). Men slik jeg ser det har de ikke noe reelt valg, og det er derfor denne situasjonen skaper moralsk stress. Hadde sykepleieren hatt en reell valgsituasjon, ville dette dempet stresset. Ikke alle ser på sykepleierens situasjon på denne måten. Aakre (2016, s. 123) hevder

imidlertid at bakgrunnen for det moralske stresset blir av sykepleierne oppfattet som utenfor deres kontroll. Der det eneste handlingsalternativet er å tilpasse seg rammene og senke verdigrunnlaget for å rekke over alle arbeidsoppgavene. Tidspress, dilemmaer og mangel på refleksjon utgjør også en risiko for at det skal oppstå hensynsløshet og objektivisering av pasientene.

Travelhet på en sykehusavdeling handler ikke bare om å holde høyt tempo. Det fører også til at sykepleieren er mer fraværende ved sykehussengen. Mangel på nærvær gjør at fornemmelsen av pasientens situasjon blir fraværende (Martinsen, 2014, s. 236). I en travel arbeidshverdag der sykepleier er opptatt av å følge rutiner, skjema og prosedyrer, kan det som omtales som sansetørke oppstå. Det betyr at sykepleier kan handle uten faglig skjønn i situasjonen (Martinsen, 2012, s. 23). God klinisk utøvelse forutsetter at sykepleier får bruke sin moralske og faglige kompetanse, og har tilstrekkelig tid til å gi oppmerksomt nærvær til pasienten (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 21). Det relasjonelle aspektet og håndlaget i utførelsen er verdsatt som en viktig indikator på kvalitet. Og relasjonsbygging tar tid. Fokus på produktivitet og ressursknapphet fører til tidspress og begrenser tiden med pasienten. Dette virker inn på muligheten til å gi individualisert omsorg (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 127). Gode vurderinger skal gjøres med utgangspunkt i kunnskapsbasert praksis der en integrerer fagkunnskap, erfaring og pasientmedvirkning (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 24). Ved at sykepleiers oppmerksomhet ikke er tilstrekkelig tilstede kan det føre til at verdifull informasjon ikke blir fanget opp og tatt med i den kliniske vurderingen, og beslutninger fattes uten tilstrekkelig datagrunnlag.

God kvalitet har sammenheng med å redusere antall feil og uheldige hendelser til lavest mulig nivå. I denne sammenheng er det enkelt å tenke på eksempelvis feilhåndtering av prosedyrer og legemidler i forhold til avvik. Uheldige hendelser gjør seg forøvrig også gjeldende dersom helsepersonell unnlater å arbeide etter gjeldende føringer (Kirkevold, 2018, s. 273). Funnene tyder på at travelheten også kan få andre konsekvenser for kvaliteten og omsorgen i tjenestetilbudet, deriblant ivaretagelse av pasientens rettigheter og etterlevelse av sine plikter som sykepleier. Sharp et al. (2017) viser til pasientens manglende mulighet til å medvirke i utformingen av sin egen behandlingsplan, og Storaker et al. (2017) hevder at pasientene ble fremmedgjort av sykepleierne, og hadde utfordringer med at for å innfri pasientenes behov for informasjon. Det ble ofte ikke tatt høyde for tilpasset informasjonen for å sikre forståelse, eller at pasienten hadde behov for at informasjonen ble formidlet flere ganger (Storaker et al.,

2019). Sykepleierne angir også at mangel på tid førte til at prosedyrer kunne gjennomføres med tvang (Storaker et al., 2019; Wolf et al., 2016). Dette er i strid med både juridiske og etiske føringer for sykepleieprofesjonen.

Travelhet er en del av yrket, men det er graden av travelhet og hva den fører til som kan bli problematisk i den kliniske arbeidshverdagen. Tidspresset kan føre til at maktforholdet mellom sykepleier og pasient kommer i ubalanse ettersom man blir mindre varsom i utøvelsen. Dersom sykepleier har en objektiv tilnærming til pasienten vil det være utfordrende å oppnå tillit og danne relasjoner. Om dette uteblir vil det også være en risiko for at pasienten holder tilbake, noe som svekker sykepleiers evne til å gjøre skjønnsmessige vurderinger. Det som anses som viktig for sykepleier er nødvendigvis ikke i samsvar med pasientens opplevelse. Dersom sykepleier går i gang med noe som ikke er avklart eller forstått av pasienten kan oppleves som krenkende, og makten utøves på en uansvarlig måte (Martinsen, 2014, s. 236-237). Å få frem pasientens subjektive behov fordrer dannelse av relasjon, og skal være utgangspunktet for sykepleiers handlingsgrunnlag (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 132-131). En situasjon som jeg opplevde i praksis var en pasient innlagt for mistanke om subaraknoidalblødning, som lå til observasjon og påvente av spinalpunksjon. Pasienten uttrykket bekymring rundt prosedyren og usikkerhet om ønske om gjennomføring. Det var travelt i avdelingen og sykepleiers respons var ”det må du”. Viktig undersøkelse, men pasienten hadde et tydelig behov for å trygges. Samtale og informasjon kunne bidratt til økt forståelse og redusert bekymringene, og en bedre opplevelse for pasienten. Sykepleier trenger å ta del i pasientens individuelle behov og pasienten har behov for å ta del i sykepleiers kunnskap, og på denne måten kan pasienten bevare kontrollen i en sårbar situasjonen og føle seg trygg, forstått og ivaretatt.

Flere registrerte avvik er forbundet med dårlig kommunikasjon. Halvparten av innrapporterte saker til pasient- og brukerombudene i 2018 omhandler eksempelvis mangelfull omsorg, pasientskader og kommunikasjonsutfordringer. 26 prosent var relatert til mistanke om brudd på pasientrettigheter (Ingstad, 2018, s. 139; Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b, s. 15). Pasienten har en juridisk rett til å medvirke i utforming av behandling og krav på å motta informasjon som omhandler egen helse. Pasienten skal samtykke til helsehjelpen som gis, og helsehjelpen skal så langt det lar seg gjøre utføres med respekt for pasientens integritet og autonomi (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Videre er sykepleiere forpliktet til å følge Helsepersonelloven (1999, § 4), hvor det står at: «...Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i

samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut i fra helsepersonellens kvalifikasjoner». For sykepleier stilles det altså store krav. Samtidig skal sykepleier arbeide i tråd med profesjonsetiske prinsipper. Eksempelvis verne pasienten mot krenkelser, fremme medbestemmelse og sikre forståelse, samt et ansvar for at helhetlig omsorg ivaretas (Molven, 2016, s. 68-69; NSF, 2019). Helse- og omsorgsdirektoratet (2019a, s. 18) påpeker viktigheten av at pasienten er aktivt deltakende i egen helse og behandling, og at informasjonen er tilpasset vedkommende helsekompetanse for å fremme kvalitet i spesialisthelsetjenesten. Det vil derfor være mulig å tenke at sammenhengen mellom opplevd moralsk stress og suboptimal pleie- og omsorg kan være reelt og ikke bare noe sykepleier føler.

I tråd med den moderne utviklingen følger innovasjon som eksempelvis omfattende behandlingsprosedyrer og teknologiske løsninger for å sikre trygg informasjonsflyt. Forskningen understreker at mye av tidspresset skyltes økte krav til gjennomføring av arbeidsoppgaver som prosedyrer, administrasjon og dokumentasjon. Dette førte til tap av tid til pasientene og omsorgsutøvelsen, og påfølgende opplevelse av moralsk stress (Chen et al., 2018; Wolf et al., 2016). Dette sammenfaller med Riksrevisjonen (2019, s. 38) sin gjennomgang av hvordan sykepleiere opplever å få gjort sine arbeidsoppgaver i helseforetakene, hvorav halvparten oppgav at den arbeidsoppgaven som tidspresset gikk på bekostning av var nok tid til pasientene. Administrative oppgaver og dokumentasjon er viktig grunnlag for å sikre kvalitet, kontinuitet og optimal pleie. Det er en nødvendighet for god organisatorisk fungering, og sykepleier har forøvrig også dokumentasjonsplikt (Kristoffersen, 2016a, s. 222; Helsepersonelloven, 1999, § 39). Det kan se ut som at kvalitet og pasientsentrert omsorg har en viktig verdi for spesialisthelsetjenesten, men at det stilles for lite nødvendige ressurser til disposisjon for at sykepleier skal ha forutsetninger for å innfri kravene. På den andre siden kan en stille spørsmål til hvorfor sykepleiere prioriterer det ene handlingsalternativet fremfor det andre.

## 5.2 Mangel på kontroll

Foruten om tidspresset kan rollekonflikter være en medvirkende årsak for opplevelsen av moralsk stress. Krav fra ledelsen, dårlig samarbeid med leger og press fra pasient og pårørende fører til at arbeidshverdagen i sykehuset kan oppleves som kaotisk av sykepleier. Dette fører

til mangel på kontroll og oversikt (Storaker et al., 2017; Chen et al., 2018; Wolf et al., 2016; Storaker et al., 2019). Det kan se ut som at sykepleierne opplever å ha lav selvbestemmelse og mulighet til å styre egen arbeidshverdag, samt liten faglig innflytelse i henhold til beslutninger rundt pasientbehandlingen. Sykepleierne utførte bestemmelser gjort av ledelse og lege til tross for at sykepleierne i utgangspunktet er uenige i beslutningene (Chen et al., 2018; Storaker et al., 2017; Wolf et al., 2016; Storaker et al., 2019; Sharp et al., 2017).

Selv om vi er kommet langt, kan det se ut som at sykepleierens kunnskap og kompetanse ikke er likestilt i forhold til legen. Sykepleier har derimot en faglig kompetanse som kan bidra til å belyse andre perspektiver og verdier som bør tas med i vurderingen. Aakre (2016, s. 125) hevder at det finnes en korrelasjon mellom opplevd moralsk stress hos sykepleier som kan kobles til samarbeidsutfordringer mellom sykepleier og lege. Hvorav sykepleier etterfølger legens krav selv om dette ikke er i samsvar med sykepleieres faglige ståsted. Dette fremkommer også i en undersøkelse i norske sykehus, som viser at arbeidshverdagen til sykepleier kan påvirkes av redusert kvalitet i det tverrprofesjonelle samarbeidet. Dette gjør seg særlig gjeldende med tanke på samarbeidet med legene. Deres beslutninger tar kun i varierende grad med sykepleiers kunnskap i det medisinske vurderingsgrunnlaget (Håpnes, Ose & Øyum, 2018, s. 10). Tradisjonelt har omsorgssektoren vært basert på et hierarki der legen har vært overordnet andre profesjoner, men i takt med moderniseringen av helsevesenet har tverrprofesjonelt samarbeid blitt et konsept som skal ivareta pasienten på et helhetlig grunnlag. En forutsetning for en slik gjennomføring handler om å etablere felles verdier og målsetninger, der en har respekt for og inkluderer den faglige kompetansen som de ulike profesjonene innehar (Kristoffersen, 2016a, s. 236-237).

Sykepleieren er den som har nærmest kontakt med pasientene, og de gjør fortløpende vurderinger av tilstand og behov. Det kan derfor tenkes at sykepleier får en følelse av manglende kontroll når en forsøker å formidle noe til lege eller ledelse som ikke blir tatt på alvor, eller ansett som ”viktig/god nok” informasjon. Sykepleier kan dermed sitte igjen med følelse av avmakt og moralsk stress relatert til bekymring for behandlingens kvaliteten pasienten mottar. Som eksempler på konsekvenser for omsorg og kvalitet fremkommer det uenigheter knyttet til behandling av pasienter som sett fra et sykepleieperspektiv gjerne hadde hatt behov for lindrende behandling fremfor aktiv behandling (Chen et al., 2018; Storaker et al., 2017). En annen utfordring handler om at pasienter som var overstadig beruset ble isolert uten kontinuerlig tilsyn. Videre hadde sykepleierne ansvar for mange dårlige pasienter som burde

vært under kontinuerlig overvåking. Dette førte til engstelse over at tilstanden skulle forverres uten at dette ble registrert av sykepleierne (Wolf et al., 2016). Respekt og verdighet er viktige sykepleiefaglige verdier og gjør seg også gjeldende i de yrkesetiske retningslinjene.

Sykepleier skal fremme pasientens perspektiv og aktivt medvirke i beslutningsprosesser som omhandler livsforlengende behandling (NSF, 2019). Sykepleiers faglige kompetanse bør i større grad medvirke i utformingen av pasientens behandlingsforløp. Dette kan også bidra til å bevare sykepleiernes yrkesstolthet (Håpenes et al., 2018, s. 16). Dette er situasjoner som også er opplevd i praksis, som eksempelvis en pasient med høy alder innlagt fra sykehjem med mistanke om infeksjon med ukjent fokus. I følge pårørende ønsket pasienten selv ikke livsforlengende behandling, kun mulighet til å dø uten smerter og engstelse. Legene iverksatte derimot ulik behandling i form av væskebehandling, antibiotika, oksygen og supplerende undersøkelser. Pasienten responderte ikke og ble tiltagende dårligere, og behandlingen ble seponert. Påfølgende dag ble ny behandling iverksatt av annen lege, til både sykepleierens og pårørendes fortvilelse. Pasienten døde etter halvannen uke. Usikkert om behandling forlenget pasientens lidelse, men pasientens verdighet og ønske ble ikke ivaretatt. Den siste tiden ble opplevd som vanskelig for pårørende, samtidig var situasjonen belastende for sykepleierne som gjennomførte legens forordninger.

Moralsk stress kan føre til at sykepleier blir distraheret, ufokusert, og mindre engasjert i arbeidet (Henrich et al., 2017). Dette understøttes av Chen et al. (2018) som viser til at sykepleierne opplevde at arbeidssituasjonen kan føre til nedsatt konsentrasjon og redusert evne til å lære. Sykepleierne måtte også ta imot pasienter på tvers av avdelinger utover eget kompetanseområde, for å sikre meste mulig effektiv drift av sykehusene (Chen et al., 2018), og Storaker et al. (2019) løfter frem utfordringer knyttet til at bruk av innleide vikarer og mange nyutdannede sykepleiere gav mangelfull kontinuitet i pleien (Storaker et al., 2019). Pasienter som har behov for innleggelse i sykehus er ofte svært dårlige. Funksjonen og ansvaret som sykepleier har krever ferdigheter og kunnskap til å observere, vurdere og ta riktige beslutninger. Dette krever full oppmerksomhet, nøyaktighet og kontinuitet for å ivareta pasientens behov, forebygge komplikasjoner og uheldige hendelser. At sykepleier innehar kontroll og oversikt er derfor viktig. Dette forutsetter også at ledelsen sørger for at sykepleieren kan utføre sitt arbeid på en virkningsfull måte, samt sikrer kvalitet gjennom å ha riktig kompetanse i pasientbehandlingen. Kontroll handler dessuten ikke bare om ferdigheter til å utføre arbeidet, men også mulighet til innflytelse i utforming av arbeidet og opplevd støtte (Renolen, 2015, s. 161).

Den etiske dissonansen er et resultat av moralsk stress, og det fremheves at fenomenet fører til ulike følelsesmessige reaksjoner hos sykepleier som eksempelvis frustrasjon, maktesløshet, og demoralisering (Storaker et al., 2017; Chen et al., 2017; Wolf et al., 2016; Henrich et al., 2017). For å dempe følelsen av å ikke strekke til kan dette føre til at sykepleierne senker sine krav i utøvelsen, men kan allikevel føle at en gjør en god jobb ut i fra de rammene de arbeider innenfor. Over tid kan prosessen føre til at sykepleierne blir mindre kritiske og bevisste rundt etiske utfordringer (Storaker et al., 2017; Sharp et al., 2017). Dette sammenfaller med det Martinsen (2014, s. 232) nevner i forhold til moralsk stress og skam. Et miljø som oppfordrer til et høyt tempo vil kunne føre til opplevd skyld hos sykepleieren når en ikke mestrer å leve opp til forventningene. På den andre siden kan det også oppstå fraskrivelse av ansvar når sykepleierne mener situasjonen er utenfor deres mulighet for handling og kontroll (Martinsen, 2014, s. 232). Selv om skylden skyves over på systemet har sykepleier et individuelt ansvar for at arbeidet er faglig forsvarlig og utøves på en omsorgsfull måte. Hvor Kristoffersen (2016a) poengterer:

Det spesifikke med det profesjonelle ansvaret er nettopp at en aldri kan unndra seg et individuelt ansvar ved å for eksempel å henvise til politikeres mål eller arbeidsgiveres prioriteringer, praksis på arbeidsplassen eller til hva ens leder har pålagt en å gjøre (s. 257).

Arbeidet som gjennomføres skal være forsvarlig og i tråd med faglige, etiske og juridiske aspekter. Foruten om dette har sykepleier et individuelt ansvar for å stå opp for sykepleierens verdier og melde fra om kritikkverdige forhold (NSF, 2019).

Arbeidshverdagen som sykepleierne beskriver kan også medføre at holdningsverdier settes under press, og reduserer evnen til å opptre profesjonelt og medfølende ved å vise irritasjon ovenfor pasientenes ønsker (Storaker et al., 2017; Wolf et al., 2016; Sharp et al., 2017). Sykepleierne er gjerne i utgangspunktet ikke hensynsløse, men presset kan føre til at en har redusert kapasitet til å være imøtekommende for pasientens behov. Noe som også vil kunne bidra til svekket omsorg og kvalitet. Håpnes et al. (2018, s. 9) løfter frem at en gjengående beskrivelse fra flere sykepleiere i sykehus er opplevelsen av å ikke strekke til som følge av høy belastning, høyt tempo og en stresset arbeidssituasjon. Sykepleier kan imidlertid stekke seg langt for å innfri forventningene for å gjøre en god jobb, men når dette strekkes over tid kan sykepleier oppleve frustrasjon og belastninger (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 129). Aakre (2016, s. 125) mener at moralsk stress vil kunne påvirke sykepleiers arbeidstilfredshet. Liten mulighet til å styre oppgavene ut i fra et faglig ståsted kan virke demotiverende, påvirke

helsen og kan føre til at en slutter i jobben. Dette understøttes av Renolen (2015, s. 160-161) som understreker at dersom det stilles for store krav til den enkelte sykepleier uten at en opplever mestring i rollen kan føre til mistriivsel. Sammenhengen mellom for mange oppgaver og liten kontroll kan øke sykepleiers opplevelse av å ikke strekke til. På lengre sikt kan det få negative utfall for sykepleierens helse.

Mangel på kontroll kan føre til moralsk stress, som igjen kan ha negative konsekvenser ikke bare for pasienten, men også sykepleieren. I rammegrunnlaget for sykepleieutdanningen stilles det krav til handlingsberedskap og handlingskompetanse. Sykepleier skal etter endt utdanning kunne gi helhetlig individuell omsorg som er basert på høy faglig selvbestemmelse og ansvar, samt at utførelsen skal preges av selvstendighet og kontroll (Kristoffersen, 2016a, s. 242). En vanlig tanke er at nyutdannede sykepleiere opplever moralsk stress grunnet spriket mellom det som vektlegges som viktig for yrkesutøvelsen i utdanningen og den realiteten som møter dem i praksis. Dette kan gjør seg gjeldende også for mer erfarne sykepleiere. En kan stille seg spørsmål om hvor grensen går for hvor mye man kan forvente av prestasjon og ansvar når de gitte rammer som sykepleiere arbeider innenfor er som de er.

### 5.3 Mangel på støtte og forståelse

Moralsk stress hos sykepleier kan også skyldes manglende støtte og forståelse fra ledelsen i forhold til hvordan de opplever sin arbeidshverdag, samt å ikke bli tatt på alvor for hvordan tidspresset og mangelen på kontroll påvirker omsorgen og kvaliteten (Wolf et al., 2016; Storaker et al., 2019). Sykepleierne opplevde at de hadde liten påvirkningsmulighet, og melde fra om problemene til ledelsen ble ansett som lite hensiktsmessig (Storaker et al., 2017). Wolf et al. (2016) beskriver at sykepleierne forsøkte å argumentere for pasienten beste, men opplevde at ledelsen ikke tok grep dersom de meldte fra om kritikkverdige forhold. Dersom sykepleierne uttrykker bekymring er dette noe ledelsen bør ta til etterretning. Kvalitetssvikt eller situasjoner som kan utgjør en risiko for kvaliteten bør inkluderes i det kvalitetsforbedrende arbeidet (Ingstad, 2019, s. 144). Samtidig er spesialisthelsetjenesten pliktet til å legge til rette for at sykepleierne skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig og overholde sine juridiske og forskriftsmessige plikter (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 2-2). Sykepleier har mange viktige oppgaver, men det er nødvendig at det legges til rette for en kultur som støtter opp for at ivaretagelse av pasientens omsorgsbehov er viktigst og gir



sykepleier handlingsrom til å være tilstede (Martinsen, 2012, s. 139). En ledelse som er synlig, håndterer konflikter og er rettferdig, og at sykepleier føler seg sett og hørt er viktige elementer for arbeidssituasjonen (Ingstad, 2019, s. 189).

Belastningen som sykepleierne opplever i sitt daglige arbeid førte til flere negative reaksjoner, som også kunne føre til utmattelse, utbrenthet, depresjon, angst og ønske om slutte i jobben (Wolf et al., 2016; Henrich et al., 2017). Dette kan også indirekte påvirke omsorgen og kvaliteten i tjenestetilbudet. De faktorene som skaper arbeidsstress hos sykepleier sammenfaller med de fysiske, psykiske og emosjonelle reaksjonene som oppstår som følge av opplevd moralsk stress. Todaro-Franceschi (2013, s. 92) nevner maktesløshet, frustrasjon, lav selvfølelse, fordøyelsesproblemer og dårlig søvn som symptomer på moralsk stress, samt at det er sammenheng mellom moralsk stress og utbrenthet. I forhold til utbrenthet viser annen forskningen til motstridende resultater, men antyder at moralsk stress kan ha en negativ påvirkning for sykepleiers jobbtidfredshet og organisasjonens evne til å beholde sine ansatte (Lamiani, Borghi & Argentero, 2017). En gjennomgang viser at spesialisthelsetjenesten allerede har mangel på sykepleiere. Det er vanskelig å rekruttere, samtidig som det er utfordringer med å beholde dem. Arbeidsmiljøet og kvaliteten i tjenesten påvirkes av både høyt sykefravær og intern og ekstern turnover. Her fremkommer det også at sykepleierne opplevde at ressursene ikke var i samsvar med å kunne praktisere god kvalitet (Riksrevisjonen, 2019).

Aakre, 2016 (s. 124) fremstiller at: «Det moralsk stresset kommer ofte til uttrykk som personalkonflikter, sykefravær, avviksmeldinger og varslingssaker». Hvorav arbeidskultur, etiske dilemmaer og sykefravær sjeldent blir nevnt som en del av årsaken til omfattende personaløkonomiske kostnader. Moralsk stress bør tas på alvor både på politisk- og toppledelsesnivå, der sykepleierne bør få gi uttrykk for sin opplevelse, og at ledelsen er tilstedeværende og viser forståelse (Aakre, 2016, s. 127). I henhold til sykepleieres sykefravær i norske sykehus er det anslått at 27% er arbeidsrelatert. Her blir høy fysisk arbeidsbelastning og høyt arbeidstempo over tid angitt å være to medvirkende årsaker for sykefravær. Høyt belegg av pasienter uten tilstrekkelig bemanning nevnes som eksempel på HMS-avvik som skyldes uenigheter i arbeidssituasjonen, men også ledelse som i liten grad involverer personalet, ikke tar tak i konflikter og anvender makt (Håpnes et al., 2018, s. 6-9). Selv om helse, miljø og sikkerhetsarbeid ikke er en del av kvalitetsarbeidet innenfor pasientsikkerhet, kan det allikevel innvirke på tjenestekvaliteten. Det antydes at det finnes en

korrelasjon mellom arbeidsmiljøet som sykepleier arbeider innenfor og pasientsikkerheten. Dersom arbeidsforholdene er gode kan dette fremme bedre kvalitet i tjenesten. Dette løftes også frem nasjonalt, hvor det anbefales at disse aspektene ses i en sammenheng og ikke som to separate deler (Ingstad, 2018, s. 141; Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 6).

Det er vanskelig å måle grad av omsorg og kvalitet. Det er heller ikke lett å måle moralsk stress og hvilken grad av mangel på kontroll og tidspress som påvirker opplevelsen. Dersom det kan føre til sykefravær, utbrenthet eller at en velger å bytte jobb eller i verste fall yrke vil det være uheldig. Bakenforliggende årsaker er nok sammensatte, men dersom moralsk stress kan være en medvirkende faktor kan det være negativt for en yrkesprofesjon som allerede har mangel på sykepleiere. På en annen side ser Chen et al. (2018) på moralsk stress som en uunngåelig prosess for å oppnå moralsk modenhet. Mens Aakre (2016, s. 123) påpeker at moralsk stress kan gi handlingsmot til å stå opp for en etisk og faglig forsvarlig praksis. Samtidig er det viktig at sykepleier handler og gir uttrykk for sin opplevelse av moralsk stress, og at en ikke blir likegyldig eller gir opp (Aakre, 2016, s. 126).

De siste årene har spesialisthelsetjenesten gjennomgått store endringer, og sykepleiere har fått flere oppgaver uten at ressursene har økt i takt med ansvaret. Det er også sannsynlig at tidspress og mangel på kontroll kan øke risikoen for feil eller uheldige hendelser. Som en erfaring fra praksis, på en travel kveldsvakt der sykepleier hadde ansvar for mange oppgaver og avdelingen hadde mange innlagte pasienter. Mye skulle skje samtidig og sykepleieren administrerte 10 ganger ordinert dose av legemidlet Digoxin til pasienten, til tross for dobbeltkontroll. Pasienten ble kritisk dårlig, med behov for økt overvåking, og påført ytterligere lidelse. I dette tilfelle gikk det heldigvis bra, men utfallet kunne blitt mye verre. Derfor viktig at sykepleier blir møtt med støtte og forståelse, og tas på alvor.

Spesialisthelsetjenesten er dessuten pliktig til å: «vurdere om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet» (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, 2016, § 8b). Dersom moralsk stress kan få konsekvenser for faglig forsvarlig utøvelse av pleie og omsorg, samt sykepleiers arbeidstilfredshet, kan det tenkes at det kan være av interesse å iverksette tiltak som kan fremme arbeidsvilkårene og samtidig heve kvaliteten i omsorgen.

## 6 Avslutning

Denne litteraturstudiens fokus var å undersøke sykepleieres opplevelse av moralsk stress i arbeidshverdagen, og hvilke konsekvenser det kan ha for omsorgen til pasienter innlagt i sykehus. Det fremkommer ulike utfordringer som skaper moralsk stress hos sykepleier. Tidspres, mangel på kontroll, og mangel på støtte og forståelse er ulike faktorer som kan hindre sykepleierne å utøve sykepleie av ønsket kvalitet i tråd med profesjonsverdiene. Det kan se ut som at prosessen kan lede til at sykepleierne innretter seg til forventningene, noe som kan få negative konsekvenser for omsorgsutøvelsen og kvaliteten på lov- og forskriftsnivå, samt holdningsnivå. Videre tyder det på at belastningen og manglende mulighet til å handle ut i fra profesjonelle overbevisninger kan gi utslag i ulike reaksjoner hos den enkelte sykepleier. Dette kan få negative konsekvenser på individnivå, institusjon- og samfunnsnivå i et allerede presset helsesystem. Denne litteraturstudien er for liten til å kunne konkludere, men den gir en indikasjon på at opplevd moralsk stress hos sykepleier kan ha direkte og indirekte negative konsekvenser for utøvelsen av omsorgen til pasienter i sykehus.

Avslutningsvis har arbeidet med denne oppgaven vært utfordrende, men har samtidig bidratt til økt læring, bevissthet og forståelse for et tema som er verd å anerkjenne. Prosessen har også avdekket et behov for ytterligere forskning på området som kan bidra med ny kunnskap, om det finnes en korrelasjon mellom opplevd moralsk stress hos sykepleier og negative konsekvenser for omsorg og kvalitet. Måten helsetjenesten styres på med fokus på effektivisering, der innovasjon, teknologi og andre ulike tiltak som er iverksatt for å sikre kvalitet på systemnivå, uten at det stilles nødvendige ressurser krever mye av tiden til sykepleierne. Dessverre kan dette gå på bekostning av evne til å etterleve ansvar og plikter som inngår i funksjonen. At sykepleiere opplever arbeidet som håndterbart, meningsfullt og i tråd med verdigrunnlaget er nødvendig. Noe som gjerne gir et bedre utgangspunkt for å mestre å stå i et viktig og verdifullt arbeid, som kan bidra til å sikre både eksisterende og fremtidig etterspørsel av omsorgsfulle og trygge helsetjenester av god kvalitet.

## Referanseliste

- Aakre, M. (2016). *Jakten på dømmekraften: Praksisnært etikkarbeid i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Campbell, S. M., Ulrich, C. M. & Grady, C. (2018). A Broader Understanding of Moral Distress. I C. M. Ulrich & C. Grady (Red.), *Moral Distress in the Health Professions* (1.utg., s. 59-77). Switzerland: Springer International Publishing.
- Chen, P-P., Lee, H-L., Huang, S-H., Wang, C-L. & Huang, C-M. (2018). Nurses' perspectives on moral distress: A Q methodology approach. *Nursing ethics*, 25(6), 734-745. <https://doi.org/10.1177/0969733016664976>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene* (FOR-2016-28-1250). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>
- Haahr, A., Norlyk, A., Martinsen, B. & Dreyer, P. (2020). Nurses experiences of ethical dilemmas: A review. *Nursing Ethics*, 27(1), 258-272. <https://doi.org/10.1177/0969733019832941>
- Helsebiblioteket. (2016a, 7. juni). *Lage søkestrategi*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/lage-sokestrategi>
- Helsebiblioteket. (2016b, 3. juni). *PICO*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2017* (Meld. St. 11 (2018-2019)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d7c5775978234d4f932e341b4e1850e1/no/pdfs/stm201820190011000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019a). *Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023* (Meld. St. 7 (2019-2020)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019b). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2018* (Meld. St. 9 (2019-2020)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/bd05f469334c469d8e513e87838b07fb/no/pdfs/stm201920200009000dddpdfs.pdf>

- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Henrich, N., Dodek, P., Gladstone, E., Alden, L., Keenan, S., Reynolds, S. & Rodney, P. (2017). Consequences of Moral Distress in the Intensive Care Unit: A Qualitative Study. *American Journal of Critical Care*, 26(4), E48-e57. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017786>
- Håpnes, T., Ose, S. & Øyum, L. (2018). *Sykefraværarbeid i sykehus*. Hentet fra [https://www.klp.no/polopoly\\_fs/1.42328.1553518148!/menu/standard/file/KLP\\_Sintef\\_rapport\\_sykefrav%C3%A6r2018.pdf](https://www.klp.no/polopoly_fs/1.42328.1553518148!/menu/standard/file/KLP_Sintef_rapport_sykefrav%C3%A6r2018.pdf)
- Ingstad, K. (2019). *Organisasjon og ledelse: I helsefag og sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M. (2016). Pasientsikkerhet og kvalitet i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie-fag og funksjon* (3. utg., s. 267-309). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016a). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie-fag og funksjon* (3. utg., s.193-265). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016b). Sykepleie- kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie-fag og funksjon* (3. utg., s.139-191). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier- verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie-fag og funksjon* (3. utg., s. 89-138). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lamiani, G., Borghi, L. & Argentero, P. (2017). When healthcare professional cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. *Journal of Health Psychology*, 22(1), 51-67. <https://doi.org/10.1177/1359105315595120>
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Martinsen, K. (med Kjær, T. A.). (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe.

- 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?* (1. utg., s. 225-245). Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2018). Den økonomiske tidsforståelsen, og tiden i helsevesenets rom. I C. Øye, N. Ø. Sørensen & K. Martinsen (Red.), *Å tenke med Foucault: En bok for masterstudiene i helse- og sosialfagene* (1. utg., s. 21-42). Bergen: Fagbokforlaget.
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Musto, L. & Rodney, P. (2018). What We Know About Moral Distress. I C. M. Ulrich & C. Grady (Red.), *Moral Distress in the Healthcare Professions* (1. utg., s. 9-20). Switzerland: Springer International Publishing.
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for%20sykepleiere>
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie- funksjon, ansvar og kompetanse. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås, *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 18-39). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Oksavik, J. & Kirchhoff, R. (2019). Moralsk stress blant sykepleiere i medisinske og kirurgiske avdelinger. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 2(9), 118-127. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2019-02-05>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Renolen, Å. (2015). *Forståelsen av mennesker- innføring i psykologi for helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Riksrevisjonen. (2019). *Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene: Dokument 3:2 (2019–2020)*. Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2019-2020/bemanningsutfordringerhelseforetakene.pdf>
- Sharp, S., Mcallister, M. & Broadbent, M. (2017). The tension between person centred and task focused care in an acute surgical setting: A critical ethnography. *Collegian*, 25(1), 11-17. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.02.002>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

- Statistisk Sentralbyrå. (2019, 15. februar). *Sykepleieres arbeidssted og nyutdannede sykepleieres tilknytning til arbeidslivet*. Hentet fra [https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/377977?\\_ts=168ebbca3b8](https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/377977?_ts=168ebbca3b8)
- 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>
- Storaker, A., Nåden, D. & Sæteren, B. (2019). Hindrances to achieve professional confidence: The nurse's participation in ethical deception-making. *Nursing Ethics*, 26(3), 715-727. <https://doi.org/10.1177/0969733017720827>
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Todaro-Franceschi, V. (2013). *Compassion fatigue and burnout in nursing: Enhancing Professional Quality of Life*. New York: Springer Publishing Company.
- Watson, M. K. (2018). Sources of Moral Distress. I C. M. Ulrich & C. Grady (Red.), *Moral Distress in the Healthcare Professions* (1. utg., s. 79-93). Switzerland: Springer International Publishing.
- Wolf, L., Perhats, C., Delao, A., Moon, M., Clark, P. & Zavotsky, K. (2016). "It's a Burden You Carry": Describing Moral Distress in Emergency Nursing. *Journal of Emergency Nursing*, 42(1), 37-46. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.08.008>

## Vedlegg 1- Søkeord satt inn i PICO-skjema.

Populasjon/patient/problem	Intervention	Outcome
<p>Søkeord:</p> <p>Engelsk</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nurse</li> <li>• Nurses</li> <li>• Nursing</li> <li>• Hospital</li> <li>• Hospital setting</li> </ul> <p>Norsk</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykepleier</li> <li>• Sykepleiere</li> <li>• Sykepleie</li> <li>• Sykehus</li> </ul>	<p>Søkeord:</p> <p>Engelsk</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Moral distress</li> <li>• Moral</li> <li>• Distress</li> <li>• Ethical challenges</li> <li>• Ethical</li> <li>• Ethics</li> <li>• perspective</li> <li>• experience</li> </ul> <p>Norsk</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Moralsk stress</li> <li>• Moral</li> <li>• Stress</li> <li>• Ethiske utfordringer</li> <li>• Etikk</li> <li>• Perspektiv</li> <li>• Erfaringer</li> </ul>	<p>Søkeord:</p> <p>Engelsk</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quality of care</li> <li>• Quality of health care</li> <li>• Nursing care</li> <li>• Patient safety</li> </ul> <p>Norsk</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitet</li> <li>• Kvalitet i helsetjenesten</li> <li>• Omsorg</li> <li>• Pasientsikkerhet</li> </ul>



## Vedlegg 2- Sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie

Tittel	From painful busyness to emotional immunization: Nurses' experiences of ethical challenges.
Forfattere	Storaker, A., Nåden, D. & Sæteren, B.
Er formålet klart formulert?	Ja. Ønsket å avdekke en dypere forståelse om hvordan etiske utfordringer ble håndtert av sykepleiere i sitt daglige arbeid.
Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Ja. Studiens mål er økt forståelse av opplevelser og erfaringer, derfor anses en kvalitativ tilnærming som hensiktsmessig metode for å belyse problemstillingen.
Er utformingen av studien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Ja. Det er gjort rede for utvalg og utvalgsstrategi. Det er gjort rede for karakteristika som alder og utdanningsnivå blant utvalget.
Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Ja.
Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Uklart. Det er gjort rede for at analysen er gjennomført på en slik måte at før-kunnskapen forskerne innehar ikke skal påvirke fortolkningen.
Er etiske forhold vurdert?	Ja.
Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført?	Ja.
Basert på svarene dine på punkt 1-8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?	Ja
Er funnene klart presentert?	Ja
Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	Etiske utfordringer er en del av hverdagen til sykepleiere, derfor viktig å få et innblikk i håndteringen av dilemmaene som oppleves. Dette vil kunne vise om utfordringene blir håndtert på en hensiktsmessig måte eller ei. For å deretter se hvilke intervensjoner som kan bedre situasjonen.