



## **Omsorg under press -**

**Hvorfor oppstår moralsk stress og utbrenthet blant sykepleiere, og hvordan kan det forebygges?**

Kandidatnummer: 1033

VID vitenskapelige høgskole

Diakonhjemmet

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 2017

Antall ord: 9010

Dato 19. Mars 2020

## Sammendrag

**Problemstilling:** Hvorfor oppstår moralsk stress og utbrenthet blant sykepleiere, og hvordan kan det forebygges?

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie som bygger på allerede eksisterende teoretisk- og forskningsbasert litteratur.

**Funn:** Det er to hovedårsaker til at moralsk stress og utbrenthet oppstår. Den ene årsaken er mangel på ressurser i helsevesenet, eksempelvis tidsmangel eller lav bemanning, og den andre årsaken er sykepleieres mangel på selvstyre. Det finnes flere forebyggende tiltak, deriblant etisk undervisning, flere heltidsstillinger, debrief, veiledning, mindfulness og yoga.

**Drøfting:** Moralsk stress fører i flere tilfeller til utbrenthet, og har konsekvenser som forringet pleie og at sykepleiere slutter i jobben. Derfor bør forebyggende tiltak iverksettes. Det viste seg at å styrke sykepleiere gjennom veiledning, undervisning og debrief var sentralt, for på den måten å gi *mot* og *bevissthet* til å fremme moralsk praksis. Den enkelte sykepleier kan selv utføre flere tiltak, men større tiltak kan kun utføres fra et overordnet plan.

## **Abstract**

**Issue:** Why do moral distress and burnout occur among nurses, and how can it be prevented?

**Method:** This assignment is a literature study based on theoretical and research-based literature.

**Findings:** There are two main causes of moral distress and burnout. One reason is a lack of resources in the healthcare-system, such as little time or low staffing, and the other reason is nurses' lack of self-government. There are several preventative measures, including ethical teaching, full-time positions, debrief, guidance, mindfulness and yoga.

**Discussion:** Moral distress in many cases leads to burnout, and consequences such as impaired care and that nurses quit the job. For this reason, preventive measures should be implemented. Empowering nurses through counseling, teaching, and debriefing was a key to provide courage and awareness to advance moral practice. The individual nurse can carry out several measures himself, but larger measures can only be carried out from an overall level.

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>INNLEDNING</b> .....	<b>6</b>
1.1	BAKGRUNN .....	6
1.2	PROBLEMSTILLING OG OPPGAVENS HENSIKT.....	8
1.3	AVGRENSNING AV PROBLEMSTILLING.....	8
1.4	FORFORSTÅELSE .....	9
1.5	SYKEPLEIEFAGLIG RELEVANS.....	9
1.6	BEGREPSAVKLARING.....	10
1.6.1	<i>Moralsk stress</i> .....	10
1.6.2	<i>Utbrenthet</i> .....	10
1.7	OPPGAVENS DISPOSISJON.....	10
<b>2</b>	<b>TEORI</b> .....	<b>12</b>
2.1	KARI MARTINSENS OMSORGSTEORI.....	12
2.1.1	<i>Omsorgens relasjonelle side</i> .....	13
2.1.2	<i>Omsorgens praktiske side</i> .....	13
2.1.3	<i>Omsorgens moralske side</i> .....	14
2.2	ØKONOMISKE RAMMER I HELSEVESENET .....	14
2.3	TIDLIGERE FORSKNING .....	15
<b>3</b>	<b>METODE</b> .....	<b>17</b>
3.1	VALG AV METODE.....	17
3.2	SØKESTRATEGI .....	18
3.2.1	<i>Inklusjons- og eksklusjonskriterier</i> .....	18
3.2.2	<i>Søk</i> .....	19
3.3	ANALYSE.....	20
3.4	KILDEKRITIKK .....	20
3.5	ETISKE OVERVEIELSER .....	21
<b>4</b>	<b>FUNN</b> .....	<b>22</b>
4.1	"ETISK REFLEKSJON OG BEVISSTGJØRING I VEILEDNING" .....	22
4.2	"LONG-TERM STRESS, BURNOUT AND PATIENT-NURSE RELATIONS: QUALITATIVE INTERVIEW STUDY ABOUT NURSES' EXPERIENCES" .....	23
4.3	"DETERMINANTS OF MORAL DISTRESS IN DAILY NURSING PRACTICE: A CROSS SECTIONAL CORRELATIONAL QUESTIONNAIRE SURVEY".....	23
4.4	"MORAL DISTRESS IN NURSING: CONTRIBUTING FACTORS, OUTCOMES AND INTERVENTIONS".....	24
4.5	"MORAL DISTRESS. USING MINDFULNESS-BASED STRESS REDUCTION INTERVENTIONS TO DECREASE NURSE PERCEPTIONS OF DISTRESS" .....	25
<b>5</b>	<b>DRØFTING</b> .....	<b>26</b>
5.1	HVORFOR OPPSTÅR MORALSK STRESS OG UTBRENTHET BLANT SYKEPLEIERE?.....	26
5.1.1	<i>Mangel på ressurser og dårlig bemanning</i> .....	26
5.1.2	<i>Mangel på selvstyre</i> .....	28
5.2	HVILKE KONSEKVENSER HAR DET, OG HVORFOR MÅ DET REDUSERES? .....	29
5.2.1	<i>Foringet kvalitet på pleien</i> .....	30
5.2.2	<i>Sykepleiere slutter i jobben</i> .....	31
5.3	HVILKE KONKRETE TILTAK KAN FOREBYGGE OPPLEVELSE AV MORALSK STRESS OG UTBRENTHET BLANT SYKEPLEIERE? ....	31
5.3.1	<i>Mindfulness og yoga</i> .....	32
5.3.2	<i>Veiledning</i> .....	32
5.3.3	<i>Heltidsstillinger</i> .....	33
5.3.4	<i>Arrangere debrief</i> .....	34
5.3.5	<i>Etisk undervisning</i> .....	35
<b>6</b>	<b>OPPSUMMERING</b> .....	<b>36</b>
	<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>37</b>

*For at den sykes bedrøvelhet, bekymringer og sorg kan bli møtt, kreves det tid,  
og en annen tid enn en effektiv tid. Alt har sin tid.*

*Den syke har sin tid og sine tider.*

*Får den syke tid til å fortelle sine fortellinger i sykehusenes rom?*

*(Martinsen, 2002, s. 267)*

# 1 Innledning

I dette kapittelet vil jeg først redegjøre for bakgrunn av oppgavens tema, for så å presentere problemstillingen og dens avgrensning. Deretter skriver jeg om min forforståelse og videre om oppgavens sykepleiefaglige relevans. Mot slutten følger begrepsavklaring av sentrale ord, og en disposisjon for oppgaven videre.

## 1.1 Bakgrunn

”Jeg – som sykepleier – føler meg fanget. Jeg føler meg fanget i et system der forsvarlighet, kvalitet og pasientsikkerhet må vike til fordel for tid og penger” kan vi lese på sykepleien.no senest 16.01.20. Det er Ingebjørg Nilsen som forklarer sitt valg om å forlate sykepleieryrket etter kun syv måneder i arbeid. Valget begrunner hun med at styringsformen New Public Management (NPM) svikter på områdene som omhandler pasientene (Nilsen, 2020).

De siste ti-årene har nemlig finansieringsformen NPM hatt sitt inntog i norsk helsevesen. Styringsformen bygger på modeller fra næringslivet og har som mål å bidra til større effektivitet og kvalitet i offentlig virksomhet (Hansen, 2018). Intensjonen er at helsetjenester skal bli fordelt på en rettferdig måte slik at flest mulig trengende pasienter kan få hjelp (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 128). Som følge blir pasienter omtalt som kunder, og effektivitet og pasientflyt står høyt. Dette får den doble konsekvens at omsorgsarbeidere må lære seg å gå på akkord med pleieoppgavenes humanistiske essens og etterstrebe å gi raskest mulig hjelp til flest mulig, da det vil være mest lønnsomt for virksomheten (Vetlesen & Henriksen, 2003, s. 88). Også Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)), med mål om å styrke helsevesenet til en forventet økning i antall eldre, har medført et større fokus på kort liggetid i sykehus og flere oppgaver til kommunene. Sykepleiere rapporterer om at reformen resulterer i mindre tid til den enkelte pasient (Haukelien, Vike & Vardheim, 2015). Det eksisterer altså et betydelig press i form av ressursknapphet og derav mangel på tid til omsorg for den enkelte pasient (Kristoffersen mfl., 2016, s. 127).

I tillegg til organisatoriske rammer har norske sykepleiere i dag mange retningslinjer å forholde seg til. De er for det første underlagt Helsepersonelloven (1999) som vektlegger sykepleierens plikt til å utøve helsehjelp i samsvar med faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp (§ 4), og som samtidig pålegger helsepersonell å sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasient, helseinstitusjon eller andre, unødvendig tidstap eller utgift (§ 6). For det andre setter yrkesetiske retningslinjer en standard for god sykepleieetikk. Herunder er et sentralt punkt å ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg. Punkt 2.10 sier at sykepleier «..har ansvar for å gi omsorgsfull hjelp og lindre lidelse», og videre i punkt 5.2 står det at sykepleier bidrar til en «..faglig forsvarlig, god og omsorgsfull praksis» (Norsk sykepleierforbund, 2019). Men på grunn av yrkets kompleksitet kan ikke en sykepleiers handlinger baseres på etiske prinsipper og retningslinjer alene, men forutsetter stor grad av individuell tilpasning og faglig og *moralsk* skjønn (Kristoffersen mfl., 2016, s. 94).

Hvordan kan et helsevesen styrt av markedsideologi forenes med god yrkesetikk? Flere har påstått at profesjonsidentiteten er satt under press (Aakre, 2016; Kvigne, Kyte & Kleiven, 2016). I krysspresset mellom pålagte oppgaver som kommer ovenfra, og personlige og faglige verdier, må sykepleiere benytte seg av eget faglig og moralsk skjønn. Sykepleiere kan havne i en lojalitetskonflikt mellom arbeidsgiver og pasient, og som en konsekvens vil det oppstå en følelse av utilstrekkelighet og den moralske samvittigheten vil reagere (Aakre, 2016). Det oppstår såkalt moralsk stress. Moralsk stress gir alvorlige ringvirkninger; det truer yrkets humanitet og faglighet, og forbindes med konsekvenser som misnøye med jobb, jobbyte og tidlig pensjon (Epstein & Delgado, 2010). Det er av den grunn hensiktsmessig å redusere forekomsten av moralsk stress blant sykepleiere. En sykepleier forteller følgende:

Dei praktiske oppgåvene er kanskje ei plikt ovanfor arbeidsgjevar og kollegaer, medan nærleik og tid for god samtale er ei plikt ovanføre pasienten. Å verta ferdig innanføre tida og ikkje jobbe for mykje overtid er plikt ovanfor barn og familie. Og korleis skal ein prioritere? Sjukepleiaren får fleire val kor ein ikkje kan møte alle. Dette gir eit moralsk stress. Dette resulterer igjen til auka dårleg samvit, utmattelse, til utbrenthet og nye sjukemeldingar. (Breistig, 2016)

Arbeidsrelatert stress er i dag det arbeidsrelaterte helseproblemet som rapporteres nest hyppigst i Europa (Kristoffersen mfl., 2016, s. 281) og moralsk stress har blitt identifisert som den ledende årsaken til utbrenthet (Tigard, 2019). Dessverre er moralsk stress vanlig i helsevesenet i dag (Epstein & Delgado, 2010), og det er av denne grunn jeg har ønsket å fordype meg i nettopp dette i min bacheloroppgave.

## **1.2 Problemstilling og oppgavens hensikt**

Problemstillingen i denne oppgaven er: *Hvorfor oppstår moralsk stress og utbrenthet blant sykepleiere, og hvordan kan det forebygges?*

Oppgaven har som hensikt å belyse ulike årsaker til at moralsk stress og utbrenthet oppstår, og har som mål å finne konkrete tiltak for å forebygge dette uten at det går på bekostning av sykepleiens kjerneverdier eller den helhetlige pasientomsorgen.

## **1.3 Avgrensning av problemstilling**

Problemstillingen favner vidt og kan strekkes over flere plan. Mitt hovedfokus er ikke hvordan moralsk stress og utbrenthet kan forebygges av samfunnsmessige- eller helsepolitiske instanser, men av den enkelte sykepleier, av avdeling og lederskap. Politiske temaer som finansiering blir likevel omtalt i oppgaven, men da i forbindelse med årsaker til moralsk stress og utbrenthet, og ikke når det gjelder tiltak for å forebygge dette. Jeg har også valgt å utelate teorier om stress, da jeg heller ønsker å fokusere på omsorgsteorier.

Jeg har valgt å legge oppgaven til en norsk kontekst, da det er mest relevant med tanke på min tidligere erfaring og fremtidige jobb. Videre har jeg ikke avgrenset oppgaven til å omhandle et spesifikt fagfelt innen sykepleien, da det kan medføre et begrenset antall treff i søket etter forskning.



Det finnes flere interessante innfallsvinkler til temaet som jeg har utelatt. Eksempler på det er hvordan moralsk stress påvirker pasienten og hans opplevelse av pleien, eller hvilke personlige egenskaper som disponerer sykepleiere for å oppleve moralsk stress og utbrenthet. Det er heller ikke i oppgavens fokus å identifisere hvilke arbeidssteder eller type sykepleiere som er mest utsatt for å oppleve moralsk stress og utbrenthet. Denne avgrensningen er gjort av hensyn til oppgavens omfang.

## **1.4 Forforståelse**

Fra erfaring som pleieassistent og student på kirurgisk sengepost har jeg dannet meg et inntrykk av at travelhet i stor grad preger arbeidshverdagen på sengepost. Ikke sjeldent har jeg hatt pasienter som beklager seg for å "stjele" tiden min, og uttrykker at de føler seg til bry. Jeg har ofte gått hjem fra vakt med en følelse av å være utilstrekkelig; hvor jeg verken har fått hjulpet pasienter eller kollegaer slik jeg skulle ønsket. Min oppfatning er at arbeidsmengden og tidspresset gjør at sykepleierne ikke sjelden må gjøre uetiske prioriteringer, - noe som kan føre til dårlig samvittighet, moralsk stress og utbrenthet.

## **1.5 Sykepleiefaglig relevans**

Historisk sett har sykepleie bygget på en uegennyttig – altruistisk - holdning, hvor det å vise nestekjærlighet, barmhjertighet og å lindre lidelse var vesentlig (Kristoffersen mfl., 2016, s. 17). Også i dag har sykepleiere et samfunnsmessig ansvar og en forpliktelse til å ivareta viktige moralske verdier og idealer som nestekjærlighet og barmhjertighet. Det ligger altså i sykepleiens verdigrunnlag å være både omsorgsfull og moralsk. I følge rammeplan for sykepleierutdanning er en av sykepleiers funksjoner å selv administrere sin egen arbeidsdag i direkte pasientarbeid (s. 19). Vi ser altså at sykepleiere selv har ansvar for at de valg som tas både skal være omsorgsfulle og i tråd omgivelsenes rammer. Det er derfor av sykepleiefaglig relevans å belyse hvordan alvorlige konsekvenser av dette, som moralsk stress og videre utbrenthet, oppstår og kan forebygges.

## 1.6 Begrepsavklaring

Jeg vil i dette avsnittet presisere to sentrale begreper fra problemstillingen; moralsk stress og utbrenthet.

### 1.6.1 Moralsk stress

Moralsk stress er den psykiske og emosjonelle lidelsen som sykepleiere erfarer når de handler utenom de dype etiske verdiene, prinsippene og forpliktelser som en kjenner at en har (Gastmans & McCarthy, 2015). Aakre (2016) definerer moralsk stress som en subjektiv opplevelse av utilstrekkelighet og avmakt, som oppstår når en vet hva en bør gjøre, men ikke får det til (s. 123). Moralsk stress skiller seg fra etiske dilemma ved at det ved moralsk stress er betydelige ulemper ved hver potensiell løsning (Epstein & Delgado, 2010).

### 1.6.2 Utbrenthet

Utbrenthet er et vidt begrep som det lenge ikke har eksistert noen klar definisjon på (Kristoffersen mfl., 2016, s. 278). Likevel har WHO nylig anerkjent utbrenthet som en diagnose, og definerer det som et syndrom som utvikles når kronisk stress på arbeidsplassen ikke blir håndtert på riktig måte. Syndromet blir beskrevet som utmattelse og energimangel, redusert profesjonell effektivitet, og en negativ eller kynisk følelse knyttet til jobben (WHO, 2019).

## 1.7 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er delt i seks hovedkapitler med den hensikt å gjøre leseprosessen oversiktlig. Målet med *kapittel 1* er å presentere, begrunne og avgrense problemstillingen for å gi leseren samme forutsetning til videre lesning, som det jeg har i skriveprosessen. *Kapittel 2* omhandler teoretiske perspektiver som er aktuelle for å belyse problemstillingen, herunder sykepleieteori, økonomiske rammer i helsevesenet og tidligere relevant forskning på

området. Hensikten med *kapittel 3* er å redegjøre for valg av metode, søkeprosessen, kildekritikk og etiske overveielser slik at det skal være oversiktlig og tydelig hvordan jeg har kommet frem til artiklene jeg skal bruke. I *kapittel 4* presenteres forskningsartiklene. Her vektlegges sentrale funn, samt artikkelens relevans for oppgaven. *Kapittel 5* består av oppgavens hoveddel; drøftingen. Her systematiserer, diskuterer og vurderer jeg funnene fra forskningsartiklene, sett i lys av teoretiske perspektiv fra kapittel 2. I siste del, *kapittel 6*, oppsummerer jeg hovedfunnene fra drøftingen. Her vil jeg også påpeke hvilken kunnskap det er behov for videre. Til sist står litteraturlisten.

## 2 Teori

I teoridelen har jeg valgt å redegjøre for deler av Kari Martinsen's omsorgsteori, samt om økonomiske rammer i helsevesenet og en presentasjon av tidligere aktuell forskning. Jeg valgte Martinsens omsorgsteori fordi hun skriver om viktigheten av relasjon i omsorgsarbeid, og tar avstand fra formålsrasjonaliteten. At omsorg, i følge Martinsen, er et mål i seg selv (gjengitt fra Kristoffersen mfl., 2016, s. 54) anser jeg som relevant for min problemstilling.

### 2.1 Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsen er en norsk sykepleier, filosof og historiker. Hennes tenkning om sykepleie kan beskrives som kritisk, i den forstand at hun presenterer et alternativ til tidligere tenkning om sykepleie som fag og yrke (gjengitt fra Kristoffersen mfl., 2016, s. 59). Hun fremhever, i motsetning til andre teoretikere, resultatløs sykepleie og betingelsesløs omsorg som ideal. Det er fellesskapet, ikke enkeltmennesket, som er sentrum i Martinsens tenkning (s. 55).

Omsorg blir av Martinsen beskrevet som en grunnholdning preget av engasjement, innlevelse, moralsk og faglig vurdering. Hun fremhever at solidaritet med de svake er omsorgens og sykepleiens grunnlag. Solidariteten hviler på en likhet mellom mennesker, og har sitt utspring i at alle og enhver kan bli pleietrengende og ha rett til omsorg (s. 56). Hun beskriver også det hun kaller den *etiske fordring*. Fordringen handler om å ta vare på den andres liv, og den ligger i ethvert møte mellom mennesker (Martinsen, 2005, s. 137).

Sentralt i tenkningen til Martinsen (2005) er *skjønnnet* – sykepleiers dømmekraft i situasjonen. Å ha et godt skjønn bygger på etikk og faglighet samtidig, og gjennom skjønnnet bevares sensitiviteten i relasjonen. Omsorgens emosjonelle side og skjønnnet er sterkt forbundet, ved å være en forutsetning for hverandre (s. 162).

Den skjønnsmessige vurderingen er å kunne overveie handlingsalternativer slik at det gagnar den enkelte mest mulig. Det er å handle ut fra en svak paternalisme som forutsetter at vi ut fra en faglig vurdering av situasjonen finner ut hva som er til beste

for den andre, men det forutsetter en sensitivitet i relasjonen slik at begge parter blir deltakere. (s. 162)

Omsorgen har i følge Martinsen tre sider som jeg vil gå nærmere inn på: Den relasjonelle side, den praktiske og den moralske. Den moralske er overordnet de øvrige (gjengitt fra Kristoffersen mfl., 2016, s. 60).

### **2.1.1 Omsorgens relasjonelle side**

Yrkesmessig omsorg består av en relasjon mellom minst to personer, hvor den ene er forpliktet til å yte hjelp som den andre trenger ut fra sin situasjon (gjengitt fra Kristoffersen mfl., 2016, s. 60). Sykepleieren må altså være villig til å sette seg inn i pasientens posisjon med sin interesse og sitt engasjement for å forstå hva han trenger. Martinsen påpeker tillit som et uunnværlig fenomen i yrkesmessig omsorg. Pasienten vil ofte vise spontan og umiddelbar tillit til sykepleieren og forvente å bli imøtekommet. Slik overlater han noe av sitt liv til sykepleieren og overlater også en etisk fordring om å bli imøtekommet. Sykepleieren har da to muligheter; å ta vare på den andres umiddelbare tillit, eller å ødelegge grunnlaget for tilliten. En eventuell svikt her vil danne grobunn for mistillit (s. 61).

### **2.1.2 Omsorgens praktiske side**

Martinsen presiserer at omsorg er mer enn en grunnholdning, den er også i høyeste grad praktisk handling (gjengitt fra Kristoffersen mfl., 2016, s. 61). Hun fremhever betydningen av at omsorgen tilrettelegges og gjennomføres slik at pasienten opplever anerkjennelse, ikke umyndiggjøring. Det er også betydelig at det som skjer rundt pasienten, det han ser og hører, formidles i et dagligspråk og ikke i et sykehusinternt fagspråk som pasienten ikke forstår (s. 62).

### 2.1.3 Omsorgens moralske side

Omsorg og moral er i følge Martinsen tett forbundet (gjengitt fra Kristoffersen mfl., 2016, s. 62). Martinsen skiller ikke mellom etikk og moral, men beskriver moral som å *handle til den andres beste*. Hun påpeker at enhver sykepleiesituasjon er av moralsk karakter ved at sykepleieren står overfor den moralske utfordringen om å handle til det beste for pasienten. Moralen uttrykker kjærligheten i handling (s. 62-63).

Moralen har i følge Martinsen to sider; spontanitet og norm. Den primære moralen er spontan, ubegrunnet og uegennyttig. Normmoralen, derimot, viser til regler og prinsipper skapt av mennesket og av samfunnet. Noen ganger blir den spontane moralen hindret, og byttet med moralsk plikt. Dette kaller Martinsen for "krykkemoral", fordi det fungerer som en erstatning for manglende oppriktig godhet. Men hun fremhever at i god sykepleie må en spille både spontan- og normmoral på lag (s. 62). Normmoralen kan være en hjelp til å utføre omsorgens handlinger selv om omsorg som kvalitet i relasjonen uteblir (Martinsen, 2005, s. 140). Man kan altså ikke komme utenom de faglige vurderingene, men det er ikke mulig for sykepleieren å handle moralsk ut fra den normative etikkens prinsipper og regler alene. En må i stor grad ta hensyn til den konkrete situasjonen en står i (Kristoffersen mfl., 2016, s. 63).

## 2.2 Økonomiske rammer i helsevesenet

Norge er et av landene i OECD (Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling) som bruker flest offentlige helsekroner per innbygger (Vold, 2017). Men ettersom blir flere gamle, flere trenger hjelp over lengre tid, og køene til spesialisthelsetjenesten vokser, er utviklingen lite bærekraftig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Helsevesenet er altså preget av muligheter og ønsker som overstiger tilgjengelige ressurser. Det er derfor et spørsmål om *hvordan* midlene skal prioriteres, og hva som skal ligge til grunn for prioriteringene. Målet er økonomisk bærekraft i tråd med helsetjenestens verdigrunnlag (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Dagens finansieringsordning, med utgangspunkt i New Public Management, kan forklares som prinsipper med mål om å bidra til bedre kvalitet og større effektivitet i offentlig tjenesteyting (Hansen, 2018). Styringsformen er preget av nyliberalisme og fremhever selvstyre, frihet og valg. Samtidig er prestasjonsmål og standardisering sentralt for hvordan oppgaver blir løst (Høstmælingen, 2014).

Hensikten med overnevnte tenkning kan sies å være god, da den tar sikte på en effektiv, rasjonell og mest mulig rettferdig fordeling av helsetjenester. Likevel er det problematisk med stadig større fokus på marked og produktivitet i helsetjenesten da det gir negative konsekvenser for individuell behandling og omsorg. NPM har fått en del kritikk da den bygger opp under effektivitets- og produktivitetsjaget i dagens sykehus (Schiøtz, 2017, s. 202). Faren er at de humanistiske og altruistiske verdiene som knyttes til omsorg blir erstattet med produktivitetens upersonlige og amoralske logikk (Kristoffersen mfl., 2016). Noen forskere i Storbritannia har konkludert med at NPM virker mot sin hensikt; styringsmodellen koster mer og fungerer dårligere (Hood & Dixon, 2015, s. 19).

## 2.3 Tidligere forskning

Hensikten med dette delkapittelet er å presentere tidligere forskning som underbygger problemstillingens relevans.

I en medlemsundersøkelse fra Norsk sykepleieforbund (NSF) i 2018 svarte hele 15% av sykehusansatte at de vurderte å slutte i yrket. Forbundsleder i NSF, Elin Gunhild By, forteller at den største årsaken er at sykepleierne er stresset og har flere oppgaver enn det de klarer å gjennomføre (Thalberg & Sønstebo Svendseid, 2019).

At sykepleiere er stresset ble også bekreftet av Arbeidstilsynets landsomfattende kampanje "God vakt", som avdekket at en stor andel av sykehusansatte opplevde et helseskadelig tidspress som førte til en følelse av utilstrekkelighet, dårlig samvittighet og redsel for å gjøre feil. Rapporten nevner to overordnede stressfaktorer som bidrar til en belastende arbeidssituasjon; å ha rett kompetanse på rett tid, og balansen mellom oppgaver og

ressurser (Arbeidstilsynet, 2006). Det er spesielt sistnevnte som er interessant for denne oppgaven.

Sykepleiere rapporterer også om høye jobbkrav i kombinasjon med lav jobbkontroll, samt høye emosjonelle krav i yrket. Dette kommer frem i Arbeidskraftundersøkelsen fra 2013. Både ubalanse mellom jobbkrav og jobbkontroll og høye emosjonelle krav øker risikoen for helseproblemer og arbeidsulykker (Arbeidstilsynet, 2016). Flere undersøkelser konkluderer med at mennesker som jobber i yrker i nær kontakt med andre mennesker er spesielt utsatt for utbrenthet. Det viser seg at nær fire av ti kvinnelige helsearbeidere føler seg utmattet ved endt arbeidsdag, i motsetning til en av tre i andre yrker (Rønning, 2010). I en studie om utbrenthet blant helsepersonell ble det påvist sammenheng mellom opplevelsen av stress i form av dårlig samvittighet og forekomsten av alvorlig utbrenthet (Gustavson gjengitt etter Kristoffersen mfl., 2016, s. 279).

Det er også påvist at ytre krav og rammer gir tradisjonelle sykepleieverdier trange kår, og fører til at ikke-målbare oppgaver som ernæring, tannhelse og psykososiale behov blir nedprioritert, i følge en studie fra Høgskulen i Innlandet (Kvigne, Kyte & Kleiven, 2016). Studien peker på NPM som årsak til at sykepleiere blir mer oppgavesentrerte, og konkluderer med at på sikt kan det utfordre yrkesidentiteten og gi omsorgsperspektivet og pasientrelasjonen mindre plass.



## 3 Metode

Jeg vil i dette kapittelet forklare hvilken metode som er brukt i oppgaven, samt redegjøre for søkene som er utført. I etterkant kommer en kort analyse av funnene, og videre kildekritikk og etiske overveielser.

### 3.1 Valg av metode

I denne oppgaven har jeg brukt litteraturstudie som metodisk tilnærming. Litteraturstudier er en systematisering av kunnskap fra skriftlige kilder (Thidemann, 2017, s. 79) og baseres på allerede eksisterende kunnskap (Dalland, 2017, s. 228). Det er kildekritikken som er det metodiske redskapet (s. 223). Litteraturstudier innebærer en redegjørelse både for valg av litteratur og om kildens relevans for problemstillingen, samt hvilke kriterier som er benyttet i utvelgelsen av kilder (s. 228-229). Hensikten er å gi leseren oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området som problemstillingen etterspør, og hvordan en har kommet frem til det (Thidemann, 2017, s. 80).

Min oppgave baserer seg på forskningsartikler av både kvalitativ og kvantitativ karakter. Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter, mens kvalitativ metode derimot har som hensikt å fange opp mening og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (s. 112). Jeg anser studiene av kvalitativ karakter som viktige for å forstå ulike aspekt ved sykepleieres opplevelser, samtidig bidrar de kvantitative studiene med å blant annet tallfeste virkning av intervensjoner. Dermed bidrar metodene på ulikt vis til å belyse problemstillingen i denne oppgaven.

## 3.2 Søkestrategi

Målet med mine søk var å finne relevante forskningsartikler som kunne brukes til å besvare problemstillingen. For å søke etter god forskningsbasert litteratur har jeg anvendt databasene Cinahl og SveMed+.

Jeg har forsøkt å holde søkene systematiske ved hjelp av PICO-skjema. Det gjorde jeg ved å finne nøkkelord i problemstillingen og tilhørende synonym, og søkte etter ulike kombinasjoner av disse. På enkelte søkeord har jeg brukt trunkering, for å få treff på alle endinger av ordet.

Underveis i søkeprosessen søkte jeg på ord uten at de ble tatt med i de endelige søkene. Grunnen var at de ikke ledet til gode funn. Eksempel på disse ordene var *ethical dilemma\**, *cope with*, og *time pressure*. Ordene jeg endte opp med å bruke var *moral distress*, *burnout*, *reduce or decrease or minimize or prevent* og *stress*. Jeg utelot å søke på *nurse\** eller lignende fordi begge databasene gav hovedsakelig sykepleierrelaterte treff.

### 3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å avgrense og konkretisere søket har jeg utelatt treff fra tidligere enn år 2000, og huket av at alle treff skal være fagfelleverderte. Jeg har også avgrenset søket til artikler skrevet på norsk, engelsk, svensk eller dansk.

I søkene har jeg ekskludert treff som inneholdt *maternity ward* eller *midwife\**. Men etterhvert som jeg leste overskrifter på treffene ekskluderte jeg også treff som omhandlet ledelse og politikk. Også treff fra ikke-vestlige land har jeg ekskludert, da jeg så det som mindre sammenlignbart med norsk kontekst enn artikler fra vestlige land.

### 3.2.2 Søk

Søkene vil her bli presentert i tabeller. Søkene ble gjort henholdsvis 21. og 22. jan 2020.

Database: Cinahl		
Søk	Søkeord	Antall treff
S1	Moral distress	962
S2	Burnout	19796
S3	Reduce or decrease or minimize or prevent	394,302
S4	S1 and S2 and S3	46

Etter S4 endte jeg opp med 46 artikler som jeg leste overskriftene på. Av disse valgte jeg ut fire artikler som jeg anså som mest relevante for min oppgave, og leste sammendrag av disse. Etter dette satt jeg igjen med to artikler som jeg valgte å bruke i oppgaven.

Jeg utførte også et søk på SveMed+:

Database: SveMed+		
Søk	Søkeord	Treff
S1	Stress	2664
S2	Burnout	280
S3	S1 and s2	80

På Svemed+ satt jeg igjen med 80 artikler etter å ha utført søket som beskrevet ovenfor. Grunnen til at jeg brukte bredere og færre søkeord i dette søket er fordi jeg fikk få treff ved å søke tilsvarende som i Cinahl. Jeg leste overskriftene på alle, og hadde deretter fire artikler igjen som jeg leste sammendraget av. Av disse valgte jeg en artikkel til å bruke i oppgaven.

I tillegg til dette har jeg utført håndøk. Jeg har sett på referanselisten på ulike artikler og søkt opp relevante kilder, og i tillegg søkt på sykepleien.no/forskning.

### **3.3 Analyse**

I etterkant av søket leste jeg fulltekst på de fem valgte artiklene for å danne meg et helhetlig inntrykk. Artiklene som ikke var på norsk oversatte jeg, og noterte underveis de viktigste funnene. Jeg skrev deretter et sammendrag av artiklene. Alle artiklene inneholdt interessante funn, så det var ingen grunn til å ekskludere noen.

Funn fra artiklene brukes i diskusjonsdelen av oppgaven og belyser både årsaker til moralsk stress og utbrenthet, mulige tiltak for å forebygge moralsk stress, samt erfaringer med utbrenthet. Sammen med teoridelen danner de utgangspunkt for videre diskusjon.

### **3.4 Kildekritikk**

Under hele skriveprosessen har jeg etter beste evne prøvd å holde meg til primærkilder der disse er tilgjengelige, men jeg har i noen tilfeller inkludert sekundærkilder. Det har jeg gjort hvis primærkilden har vært vanskelig å få tak i, eller i tilfeller der læreboken sammenfatter stoffet på en god og oversiktlig måte som kan gi meg en bedre forståelse av stoffet. Et eksempel på en sekundærkilde jeg har brukt er pensumboken "Grunnleggende sykepleie". Jeg har forsøkt å bruke nyeste versjon av bøkene jeg referer til, med unntak av Kari Martinsens bøker, da disse er anerkjent teori som varer lenger enn forskning.

Når det gjelder valg av forskningsartikler er fire av disse publisert i internasjonalt anerkjente tidsskrifter og har gjennomgått kvalitetskrav knyttet til det, mens den siste er publisert på sykepleien.no/forskning. Alle artiklene er fagfelleverderte. Fire av artiklene er publisert på engelsk, og det kreves god engelskspråklig kompetanse for å forstå disse slik de er ment. Jeg har oversatt etter beste evne, og ved ukjente ord brukte jeg den digitale ordboken Clarify og Google Translate for å forstå bedre.

I forkant av søkene bestemte jeg meg for å ekskludere treff fra tidligere enn år 2000. Perioden fra 2000-2020 er relativt lang og det har i løpet av den tid skjedd store organisatoriske endringer i helsevesenet. Jeg valgte likevel å beholde tidsintervallet slik, da organisatoriske endringer ikke er hovedfokus i oppgaven, og jeg ønsket å danne meg en oversikt på temaet. Som følge har jeg foretrukket de nyeste artiklene for å få den mest oppdaterte forskningen, med unntak av en artikkel fra 2005, som jeg anså som gyldig også i dagens kontekst, og relevant for min problemstilling.

Forskningsartiklene er av ulik metodisk karakter – en artikkel er litteraturstudie, to er kvantitative studier basert på spørreskjema, og to er basert på ulike typer intervju. De kvalitative studiene med utforskende deskriptivt design vil være en god supplerings til de kvantitative studiene, og danner et variert grunnlag til oppgavens drøftingsdel. Jeg anser det altså som en styrke at artiklene er av ulik metodisk karakter, selv om de er lite sammenlignbare med hverandre.

### **3.5 Ethiske overveielser**

Ettersom oppgaven er en litteraturstudie som bygger på allerede eksisterende litteratur, har jeg etter beste evne vært presis med å henvise på korrekt vis og lagt ved en fullstendig litteraturliste. Dette for å gjøre det mulig å etterprøve mine funn og kilder, samt å unngå plagiat. På den måten har jeg forsøkt å overholde prinsippene fra forskningsetiske retningslinjer om sannhetsbestrebelse og redelighet (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016).

Oppgavens problemstilling engasjerer meg personlig og av den grunn har jeg etterstrebet å holde meg så objektiv som mulig underveis i skriveprosessen og i valg av forskning. Dalland (2017) poengterer at en bevissthet omkring egne verdier setter forskeren i bedre stand til å skille ut vitenskapelige verdier og forholde seg til dem (s. 119). Mitt mål var å finne forskning som ville gi et dekkende svar på problemstillingen, og ikke bare forskning som underbygger min forforståelse.

## 4 Funn

I dette kapittelet presenteres sentrale funn fra forskningsartiklene. Artiklene blir presentert en etter en, og det vil under hver artikkel bli konkretisert dens relevans for problemstillingen. Det har jeg valgt å gjøre fordi alle artiklene ikke svarer direkte på problemstillingen, men jeg finner dem likevel relevante.

### 4.1 "Etisk refleksjon og bevisstgjøring i veiledning"

**Forfatter og utgivelsesår:** Borge, L. og Nedberg, K. & Vråle, G. B., 2017.

**Hensikt:** Å undersøke hvordan etisk refleksjon i veiledning kan bidra til økt bevisstgjøring og forebygging av moralsk stress.

**Metode:** Kvalitativ studie med fokusgruppeintervju av ni sykepleiere i forkant og etterkant av åtte gruppeveiledninger. Veiledningen fokuserte på to hovedspørsmål: Hva var kjernen i den etiske utfordringen i situasjonen, og hva var hovedutfordringen i samarbeid knyttet til denne situasjonen?

**Hovedfunn:** Veiledning kan bidra til etisk bevisstgjøring om hva som settes på spill i samarbeidet mellom pasient og behandlingssystemet. Når veiledningen fokuserer på refleksjon over etiske dilemmaer i tverrprofesjonelt samarbeid, ser det ut til at det blir tydeligere for den profesjonelle hvilke verdivalg de står overfor. Etisk bevisstgjøring kan hjelpe den enkelte profesjonsutøver til å få *mot* til å artikulere og tydeliggjøre viktige etiske omsorgsverdier i praksis.

**Relevans for problemstillingen:** Artikkelen viser hvordan etisk refleksjon i veiledning kan forebygge moralsk stress.

## 4.2 "Long-term stress, burnout and patient-nurse relations: qualitative interview study about nurses' experiences"

**Forfatter og utgivelsesår:** Billeter-Koponen, S. & Fredén, L., 2005.

**Hensikt:** Å danne en dypere forståelse av hvordan sykepleiere opplever langvarig stress og utbrenthet. Studien har hovedvekt på profesjonalitet og pasient-sykepleier relasjonen.

**Metode:** Kvalitativ studie med semi-strukturerte intervju av sykepleiere som har opplevd langvarig stress og utbrenthet.

**Hovedfunn:** Et viktig funn var at sykepleierne kjente på maktesløshet til å påvirke hvordan jobben de gjorde ble verdsatt, - spesielt i sammenheng med reorganisering. Pasient-sykepleier-forholdet ble beskrevet av deltakerne som svært viktig. Viktigheten forsvant ikke når sykepleierne ble trette, men da opplevde de å ikke ha nok krefter til å møte pasienter og sikre kvalitet i omsorgen. Deres løsning ble heller å sykemelde seg og forlate arbeidsstedet.

**Relevans for problemstillingen:** Artikkelen viser noen grunner til at utbrenthet blant sykepleiere oppstår.

## 4.3 "Determinants of moral distress in daily nursing practice: A cross sectional correlational questionnaire survey"

**Forfatter og utgivelsesår:** de Veer, A. J. E, Francke, A. L., Struijs, A. & Willems, D.L., 2012.

**Hensikt:** Å identifisere både individuelle faktorer og jobbfaktorer tilknyttet moralsk stress blant sykepleiere.

**Metode:** Kvantitativ studie. Tverrsnitts korrelasjonsstudie med spørreskjema. 365 sykepleiere fra ulike arbeidssteder fullførte to spørreskjema med et tidsintervall på tre

måneder. I den første spørreundersøkelsen ble de spurt om tilfredshet med jobben, og i neste ble de spurt om moralsk stress.

**Hovedfunn:** Høyt nivå av moralsk stress ble relatert til misnøye med jobben. Sykepleiere som opplevde mindre tid til å gi pasienter pleie opplevde også mye moralsk stress. Det er også mer sannsynlig at sykepleiere opplever moralsk stress hvis de er lite tilfreds med mulighetene for rådgivning og hvis det er en instrumentell ledelse (instrumental leadership) som er rettet mot mål og fullføring av oppgaver. Sykepleiere som jobber 30-40 timer i uken opplever mindre moralsk stress enn kollegaer som jobber færre timer per uke.

**Relevans for problemstillingen:** Denne artikkelen beskriver årsaksfaktorer til moralsk stress hos sykepleiere i ulike typer sektorer.

## 4.4 “Moral distress in nursing: contributing factors, outcomes and interventions”

**Forfatter og utgivelsesår:** Burston, A., S. & Tuckett, A., G., 2012.

**Hensikt:** Å danne en oversikt over litteratur om moralsk stress som viser vanlige årsaker, konsekvenser og anbefalte intervensjoner.

**Metode:** Kvalitativ systematisk litteraturstudie.

**Hovedfunn:** Årsakene til moralsk stress blant sykepleiere kan deles i tre hovedkategorier: Sykepleiers individuelle trekk, arbeidsstedet og ekstern påvirkning. Eksempler på disse er henholdsvis sykepleiers tidligere erfaringer, mangel på ressurser eller dårlig bemanning, og å ikke ha mulighet til å overholde lover og standarder satt utenfra. Konsekvensene av moralsk stress kan deles i to: Individuelle og organisatoriske. På individuelt plan kan en konsekvens av moralsk stress være at sykepleier blir utbrent, og på organisatorisk plan kan det føre til at ansatte bytter jobb eller forlater yrket. Intervensjoner rettes enten på den enkelte sykepleier eller på fellesskapet. Individuelle grep kan være undervisning for å øke etisk forståelse, eller øvelser i å forbedre kommunikasjonsferdigheter. Tverrfaglig undervisning anbefales for å



øke forståelse og samarbeidsevne mellom yrkesgrupper. Det er også anbefalt med mentor/veileder for å danne en støttende organisasjonskultur. Det finnes mange anbefalte intervensjoner, men det er lite forskning som bekrefter hva som faktisk fungerer. Det er derfor avgjørende å få mer forskning på feltet.

**Relevans for problemstillingen:** Artikkelen gir en helhetsforståelse av moralsk stress, både årsaker, konsekvenser og intervensjoner.

## 4.5 "Moral distress. Using mindfulness-based stress reduction interventions to decrease nurse perceptions of distress"

**Forfatter og utgivelsesår:** Vaclavik, E., A., Carlson, E. & Staffileno, B., A., 2018.

**Hensikt:** Å implementere en prosess for sykepleiere for å håndtere moralsk stress.

**Metode:** Kvantitativ metode. Spørreskjemaet Moral Distress Scale-Revised (MDS-R) ble sendt til 56 sykepleiere i to omganger, med tre måneders mellomrom, for å avdekke eventuell virkning av intervensjoner som var blitt igangsatt i mellomtiden.

**Hovedfunn:** Det viste seg at den hyppigste og mest moralsk stressende situasjonen for sykepleierne var når helsepersonell gav falskt håp til pasienter og pårørende. På bakgrunn av annen forskning ble flere mindfulness-intervensjoner igangsatt med sikte på å lette opplevelsen av, det som i følge spørreskjemaet var de mest stressende situasjonene. Eksempler på intervensjoner var debrief, "code lavenderbag", minnetre for avdøde på vaktrommet, "work-life balance committee", yogatimer og mindfulness-økter på arbeidststedet. Artikkelen viser at intervensjonene hadde virkning, ved at de mest moralsk stressende situasjonene oppstod sjeldnere i etterkant.

**Relevans for problemstillingen:** Denne artikkelen foreslår konkrete tiltak for å forebygge sykepleiers opplevelse av moralsk stress.

## 5 Drøfting

Problemstillingen i denne oppgaven er som følger: «Omsorg under press - *Hvorfor oppstår moralsk stress og utbrenthet blant sykepleiere, og hvordan kan det forebygges?*»

I dette kapittelet vil problemstillingen drøftes i lys av teoretisk litteratur fra kapittel 2 og forskningsartiklene som ble presentert i kapittel 4. Kapittelet er inndelt ved hjelp av tre retningsgivende spørsmål: I første del er fokus på årsaker til at moralsk stress og utbrenthet oppstår, del to omhandler dets konsekvenser, og i tredje del drøftes ulike forebyggende tiltak.

### 5.1 Hvorfor oppstår moralsk stress og utbrenthet blant sykepleiere?

Her vil sentrale funn fra artiklene om hvorfor moralsk stress og utbrenthet oppstår drøftes.

#### 5.1.1 Mangel på ressurser og dårlig bemanning

Flere av studiene fra mitt litteratursøk fremhever mangel på tid som en viktig årsak til moralsk stress og utbrenthet (Burston & Tuckett, 2012; de Veer, Francke, Struijs & Willems, 2013). For eksempel ser vi at moralsk stress kan være forårsaket av et ytre press om effektivitet i pleien, i stedet for kvalitet (Burston & Tuckett, 2012), og at tidspress øker sannsynligheten for at sykepleiere bekymrer seg over pleiekvaliteten (de Veer mfl., 2013). Funnene styrkes av resultatet fra kampanjen "God vakt", hvor det ble avdekket at ubalanse mellom oppgaver og ressurser er en medvirkende årsak til at mange sykehusansatte opplever et helseskadelig tidspress (Arbeidstilsynet, 2006). Tid er med andre ord en viktig ressurs, og vi ser at tidsmangel kan disponere sykepleiere for moralsk stress. Martinsen (2002) har kritisert at sykepleiefaget nå baseres på effektivitet. Hun skriver følgende: "I sykehuset skal man være spesialister på tid i betydningen av at tiden ansees som en ressurs

en disponerer over. Kvalitet i arbeidet blir hastighet og effektivitet” (s. 264). Vi ser altså at hastig arbeid blir verdsatt, men at det samtidig viser seg at tidspress er helseskadelig for en stor andel ansatte og leder til moralsk stress. Martinsen (2014) skiller likevel mellom en god type travelhet og en ond. Den gode travelheten har sitt utspring i hva sykepleier skylder pasienten, nemlig å ta hånd om vedkommende på best mulig måte (s. 231). I motsetning er den onde travelheten preget av prioriteringer, normer og de mange gjøremål som pålegges den profesjonelle. Følgene av den onde travelheten er i følge Martinsen (2014) at den profesjonelle kan stenge både egen og andres sårbarhet ute, miste siktet og overse appellen fra pasienten (s. 233). På denne måten ser vi at travelhet kan være medvirkende til at sentrale verdier i sykepleiens grunnlag, som omsorgens relasjonelle side, overkjøres. En sykepleier forklarer det som at «prioriteringer handler om å avvise pasienten – det gir skamfølelse og berører eksistensielle spørsmål» (Borge, Nedberg & Vråle, 2017, s. 4). Dette kan også sees i lys av både finansieringsordningen NPM og Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)), som beskrevet innledningsvis i denne oppgaven. Begge styringsformene fremmer effektivitet, og som vi har sett kan effektivitet og tidsmangel, i følge Burston & Tuckett (2012), forårsake en opplevelse av moralsk stress hos sykepleier, og kan sees som en motsetning til idealet Martinsen fremmer om resultatløs sykepleie (gjengitt fra Kristoffersen mfl., 2016, s. 55).

En annen ressurs som jeg ønsker å trekke frem er mulighet for rådgivning. Moralske dilemmaer blir, i følge studien til de Veer mfl. (2013), ofte ignorert. Det viser seg at sykepleiere som er lite tilfreds med mulighetene for rådgivning opplever et høyere nivå av moralsk stress. Sykepleiere opplever å gå alene med vanskelige etiske spørsmål (Borge mfl., 2017), og har da en større sjanse for å utvikle dårlig samvittighet og skam.

Også dårlig bemanning blir i flere av studiene trukket frem som medvirkende årsak til både moralsk stress og videre utbrenthet hos ansatte. Lav bemanning fører til flere oppgaver per sykepleier og leder til utbrenthet (Billeter-Koponen & Fredén, 2005). For lav bemanning kan også oppfattes som utrygt og trigge opplevelsen av moralsk stress (de Veer mfl., 2013), og utilstrekkelig trent personale kan øke opplevelsen av moralsk stress (Burston & Tuckett, 2012). Dette tydeliggjør viktigheten av å kunne stole på kollegaene sine, samt å ha god nok dekning av ansatte til at alle oppgaver blir ivaretatt. Likevel tror jeg ikke at tilstrekkelig

bemanning alene vil løse problemet. Norge er blant de landene i OECD med høyest sykepleiedekning per innbygger (Vold, 2017), men vi ser likevel at både moralsk stress og utbrenthet gjør seg gjeldende her (Borge mfl., 2017). Selv om lav bemanning er en viktig årsak til at sykepleiere opplever moralsk stress og utbrenthet, ser vi av Norges gode sykepleiedekning at problemet sannsynligvis har flere årsaksfaktorer.

### **5.1.2 Mangel på selvstyre**

I studien til Billeter-Koponen & Fredén (2005) oppgir sykepleiere mangel på selvstyre som en årsak til tretthet og utbrenthet i yrket. Dette styrkes av resultatene fra Arbeidskraftundersøkelsen hvor sykepleiere rapporterte om ubalanse mellom jobbkrav og jobbkontroll (Arbeidstilsynet, 2016). Sykepleierne fra studien forteller at de må omstille seg ved reorganisering, gjort av en ledelse som ikke anerkjenner eller tar hensyn til pleiernes erfaring og kunnskap (Billeter-Koponen & Fredén, 2005). Det er altså av verdi at sykepleieres kompetanse blir tatt på alvor og anerkjent av ledelsen. I motsetning vil et instrumentelt lederskap med fokus på mål og fullføring av oppgaver øke ansattes opplevelse av moralsk stress (de Veer mfl., 2013).

Sykepleiere i fra studiet til Borge mfl. (2017) angir at de kjenner på moralsk stress «ved å arbeide i systemer som begrenser dem i å handle i samsvar med sitt ansvar og sin forpliktelse» (s. 7). Fordi «systemet» er et sett med rammer og lover som skal følges, burde det lette sykepleiers opplevelse av moralske dilemma, da det gir mindre rom for egne valg. Likevel ser vi av resultatet fra studien at lovene må samsvare med personlig overbevisning – sykepleiers skjønn – for at moralsk stress skal unngås.

Enda en årsak til lite selvstyre blant sykepleiere er den hierarkiske relasjonen mellom lege og sykepleier (Burston & Tuckett, 2012; de Veer mfl., 2013). Yrkesgruppene kan ha en ulik tilnærming til pasienten, eksempelvis en kurativ tilnærming i motsetning til omsorgsrettet (Burston & Tuckett, 2012). Det påpekes i studien til de Veer mfl. (2013) at høyest nivå av moralsk stress oppstår når sykepleier må føye seg etter legens avgjørelser, men selv er uenig. Sykepleier har altså ansvar for sine beslutninger, men begrenset autonomi. I studien

til Burston & Tuckett's (2012) blir sykepleierrollen beskrevet som "responsibility with no authority". Et eksempel på det er når sykepleier kan bli stilt ovenfor valget om å enten overstige en grense og handle, eller la pasientene lide i påvente av en lege. Det er nærliggende å tenke at slike situasjoner skaper en indre konflikt hos sykepleier om hvorvidt det er moralsk forsvarlig å lyde legen mer enn eget skjønn. I følge Martinsen er skjønnnet nødvendig for omsorgen da det danner et fundament for tillit i pasientrelasjonen (gjengitt fra Kristoffersen mfl., 2016, s. 61). Det er altså naturlig for en sykepleier å lytte til sitt faglige skjønn, men det ligger også i sykepleiers rolle å måtte lyde legen fremfor eget skjønn. På bakgrunn av det ser vi at sykepleiers rolle, med begrenset autonomi, i seg selv kan fremkalle moralsk stress. Kanskje handler det da mer om hvordan den enkelte sykepleier selv håndterer å stå i denne rollen? Dette vil ikke videre diskuteres her, da det er utenfor oppgavens avgrensning, men vi ser uansett at å gå på akkord med sitt faglige skjønn kan være årsak til en opplevelse av moralsk stress.

Noe lignende fremkommer i studien til Vaclavik, Carlson & Staffileno (2018), hvor sykepleiere rapporterte at å være vitne til at helsepersonell gir falskt håp til pasienter og pårørende er den mest moralsk stressende situasjonen, og at det forekommer hyppig. Eksempel på en slik situasjon er å fortsette å behandle pasienter til tross for at de er døende. Enkelte vil gjerne påstå at det er en god handling fordi det bevarer håpet lengst mulig, mens andre vil tenke at det mest omsorgsfulle er å være realistisk og la sorgen slippe inn. Det kan stilles spørsmål om hvorvidt det er omsorgsfullt å gi pasient og pårørende falskt håp.

## **5.2 Hvilke konsekvenser har det, og hvorfor må det reduseres?**

Moralsk stress kan i enkelte tilfeller tenkes å ha en positiv virkning, da daglig pleie krever en viss sensitivitet til moralske spørsmål (de Veer mfl., 2013). Likevel har fenomenet tydelig sammenheng med utbrenthet (Vaclavik mfl., 2018), og det er da vanskelig å mene at moralsk stress er uproblematisk. Nedenfor vil to konsekvenser av problematikken presenteres, og

danne et grunnlag for hvorfor det er hensiktsmessig å redusere forekomsten av moralsk stress og utbrenthet.

### 5.2.1 Forringet kvalitet på pleien

Moralsk stress er en trussel for pleiekvaliteten, ved at det svekker sykepleiers motivasjon til å gi god pleie (de Veer mfl., 2013). I følge Aakre (2016) kan stresset medføre at objektivisering av mennesker og tiltagende kynisme utvikler seg. Det kan tenkes at dette danner grunnlag for at normmoralen overtar for den spontane moralen, og vi får det Martinsen (2000) kaller "krykkemoral" – en erstatning for manglende oppriktig godhet (s. 63). God pleie er i følge Martinsen (2000) kjennetegnet av at sykepleier nytter sitt faglige skjønn. Hun mener at skjønnets ikke kan være hurtig, ei heller ikke støyende. Å ha evne til å skjelne, innebærer en oppmerksom situasjonsnærhet og en tilbakeholdenhet, slik at det dannes et rom og en tid å vurdere i (s. 63). Men i studien om langvarig stress og utbrenthet av Billeter-Koponen & Fredén (2005) beskriver sykepleiere hvordan tretthet fratok dem kraften til å møte pasientene på en omsorgsfull og trygg måte. Det kan altså tenkes at rammene sykepleier jobber i bidrar til en økt tretthetsfølelse hos vedkommende, og medfører mindre overskudd og mulighet til å bruke skjønnets, ivareta pasientens psykososiale behov og til å yte omsorgsfull pleie. Dette kan oppsummeres med den kritikken Martinsen (2003) retter mot det hun kaller *kuldebølgen* i helsevesenet. Hun beskriver helsevesenet som kaldt i betydning produktivt, effektivt, hurtig, overfladisk og ansent, og at den omsorg som gis blir som "en humanistisk glasur over et teknologisk herredømme" (s. III). Det kan tenkes at denne «kuldebølgen» på lengre sikt fører til at sykepleiere senker sine idealer og verdier for å lette byrden av det moralsk stresset, og pleien blir forringet.

Omsorgen er altså satt under press.

### **5.2.2 Sykepleiere slutter i jobben**

Som den ytterste konsekvens kan sykepleiere som opplever moralsk stress forlate arbeidsplassen, eller til og med yrket. Det kan ha sitt utspring i at moralsk stress ofte fører til utbrenthet, emosjonell utmattelse og fysisk sykdom (Vaclavik mfl., 2018). Sykepleiere forteller at det er lettere å sykemelde seg enn å fortsette i jobb som utmattet og uten kraft til å gi omsorgsfull og forsvarlig pleie (Billeter-Koponen & Fredén, 2005). Ikke nok med det, men stresset er også årsak til at 15% av sykehusansatte sykepleiere i NSF sin medlemsundersøkelse svarte at de vurderte å slutte i yrket (Thalberg & Sønstebø Svendseid, 2019). Da det som nevnt i kapittel 5.1.1 har vist seg å være viktig med kompetent personale, vil sykemeldt og utbrent personale være en høyst uønsket konsekvens av moralsk stress. Det kan tenkes at det dannes en ond sirkel; moralsk stress medfører at sykepleiere slutter i jobben, og når kompetent personale slutter vil det øke nivået av moralsk stress hos gjenværende kollegaer. Dette viser viktigheten av å iverksette forebyggende tiltak, slik at personal blir værende i arbeid, og slik at pleien som blir gitt kan være både omsorgsfull og forsvarlig.

## **5.3 Hvilke konkrete tiltak kan forebygge opplevelse av moralsk stress og utbrenthet blant sykepleiere?**

Vi har nå sett på grunner til at forekomsten av moralsk stress og utbrenthet bør reduseres. Funn fra artiklene vil videre bli presentert som mulige forebyggende tiltak.

De fleste tiltak er rettet mot å forebygge moralsk stress, men i og med at utbrenthet ofte ses som en konsekvens av moralsk stress, kan det tenkes at forebyggende tiltak vil være noe sammenfallende for disse. Vektleggingen er gjort slik på bakgrunn av utvalget av artiklene.

### **5.3.1 Mindfulness og yoga**

I studien til Vaclavik mfl. (2018) ble det vist at tiltak som mindfulness og yoga styrker arbeidsmiljøet og fremmer resiliens - motstandsdyktighet - og tillit. Hensikten med mindfulness er å fokusere på øyeblikket, så vel som å gi slipp på tidligere konflikter og stress. Helt konkret var forslaget å ha en 10-minutters økt med mindfulness mandags-morgen, samt et ledig rom på avdelingen som ble brukt til yoga når det måtte passe den enkelte. Sykepleierne var i første omgang skeptisk til dette, men ettersom det var lett tilgjengelig ble det tatt i bruk av flere. Det viste seg i etterkant av disse tiltakene at moralsk stressende situasjoner fortsatt opplevdes reelle og vanskelige, men at de oppstod sjeldnere (Vaclavik mfl, 2018). Studien viser ikke til hvorfor situasjonene oppsto sjeldnere. Er det mulig at ved å fokusere på øyeblikket, står en sterkere rustet til å tenke klart i en stressende jobbsituasjon? Å delta på mindfulness og yoga i arbeidstiden vil gå på bekostning av tid til å gjøre andre oppgaver, og det vil være naturlig å tenke at det kan forsterke stresset. Men da resultatene viser at sykepleierne sjeldnere opplevde moralsk stressende situasjoner på tross av at de brukte tid på mindfulness, ser vi igjen at tidsaspektet ikke alene er årsak i moralsk stress. Kan det da handle mer om sykepleiers evne til å tenke klart?

### **5.3.2 Veiledning**

Gjennom flere av studiene kommer det frem at veiledning, i ulike former, kan hjelpe sykepleiere i møte med moralsk stress (Burston & Tuckett, 2012; de Veer mfl. 2013; Borge mfl., 2017). Veiledning kan forklares som å se på praksis i etterpåklokskapens lys, og det foregår mer langsomt enn når en står midt i komplekse og krevende praksissituasjoner. Selv om handlingsrommet fortsatt er det samme, gir veiledning økt mot til å påvirke systemene, og på denne måten kan veiledning påvirke til et friere handlingsrom. Det viste seg at sykepleiere i etterkant av jevnlig gruppeveiledning følte seg mer modige og ble mer bevisst sin egen profesjonsrolle og det moralske ansvaret de hadde overfor pasientene (Borge mfl., 2017). Martinsen (2014) understreker også viktigheten av at helsepersonell kan skjelve mellom hva som er deres ansvar, og hva som er urimelige og kulturpålagte krav. Hun



påpeker at en forutsetning for dette er det faglige skjønnnet (s. 243), som vi ser kan bli styrket av en veiledningsgruppe.

Men det viser seg at det imidlertid ikke alltid kun er positive følger av en veiledningsgruppe. Deltakere forteller at det å «ta opp saker bak andres rygg» der den andre parten ikke var til stede i seg selv kunne oppleves problematisk (Borge mfl., 2017, s. 8). Det kan tenkes at å ha veiledningsgrupper på tvers av profesjoner kunne lettet den uheldige slagsiden, og gi et større rom for åpenhet og fellesskap? Jeg har selv fått erfare hvordan gruppeveiledning kan være styrkende for egen selvfølelse i møte med vanskelige etiske situasjoner, og vil derfor påstå at det er hensiktsmessig med gruppeveiledning, fordi jeg anser dets nytteverdi som større og viktigere enn eventuelt negative baksider. For min del var det hjelpsomt å i fellesskap diskutere situasjoner som jeg hadde stått i alene. På denne måten fikk jeg mer tillit til egen dømmekraft, og fikk samtidig ytre bekreftelse på at situasjonen var vanskelig. Jeg har også erfaring fra hvordan det er å være student og har sett nytten av å ha en egen veileder til å diskutere vanskelige situasjoner med. Noe lignende kommer frem i studien til Burston & Tuckett (2012), som viser at å ha en veileder eller mentor er en form for veiledning som kan gi sykepleiere støtte i etiske avgjørelser. Dette kan også sees i lys av det Martinsen sier om mester-lærling-prinsippet, hvor hun mener at god sykepleie best læres av mesteren i den aktuelle praktiske situasjonen (Martinsen, 2003, s. 77). Det kan altså forstås som at moralsk praksis kan læres.

### **5.3.3 Heltidsstillinger**

Det fremkommer i forskningen at sykepleiere med lavere stillingsprosent opplever et høyere nivå av moralsk stress (de Veer mfl., 2013). Mulige årsaker er at sykepleiere i deltidsstillinger har mindre innsikt i avdelingens kultur og organisering, og derfor har en dårligere forutsetning for god etisk praksis. En annen mulig årsak er at de går med et ønske om heltidsstilling. Hvis det er tilfelle burde ledelsen tilrettelegge for flere heltidsstillinger (de Veer mfl., 2013). Også Billeter-Koponen & Fredén (2005) fremhever viktigheten av å ivareta ansatte for å sikre en god nok bemanning og trygg pleie. Som et ledd i dette kan det tenkes at ansatte i større grad er sikre på sine oppgaver dersom de har en større stillingsprosent.

Fra nyhetene 04.03.20 kan vi lese om fire spesialsykepleiere som blir saksøkt av arbeidsgiver fordi de krever å få heltidsstillinger når en ny deltidsstilling opprettes på avdelingen. De forteller at det er lite ønskelig å takke ja til tilbudet om ekstravakter på en bemanningssentral, og begrunner dette med at det er vanskelig å få nok erfaring til å håndtere alle utfordringene og at det derfor føles utrygt (Fange, 2020). Mitt inntrykk er at det er en økonomisk prioritering å ha flere ansatte i mindre stillinger fordi det gir lettere tilgang på ekstravakter. Men som vi så ovenfor kan små stillinger lede til usikkerhet, moralsk stress, og videre utbrenthet, og på den måten forårsake avdelingen økonomiske tap med sykemeldte ansatte. Derfor mener jeg det er hensiktsmessig at arbeidsplasser fokuserer på heltidskultur.

#### **5.3.4 Arrangere debrief**

Debrief kan forklares som en samtalegjennomgang i etterkant av en hendelse hvor sykepleiere får en mulighet til å uttrykke følelser, reflektere sammen og utvikle selvinnsikt (Vaclavik mfl., 2018). Å håndtere moralsk stressende situasjoner er ikke et individuelt ansvar alene, det er i stor grad sosialt (de Veer mfl., 2013), og ved debrief blir det gitt rom for fellesskapet. I studien til Vaclavik mfl. (2018) viste det seg at blant ulike tiltak som ble igangsatt for å senke nivået av moralsk stress, var debrief det mest virkningsfulle. Å delta i debrief virket anerkjennende for sykepleierne, og gjorde det lettere for dem å gi helhetlig omsorg til pasientene uten å gå på akkord med etiske retningslinjer. Fra begynnelsen var det avdelingsledelsen som arrangerte debriefene, men etterhvert som sykepleierne opplevde det som nyttig arrangerte de det også på egenhånd. Det viste seg at å arrangere debriefene hadde positiv påvirkning på arbeidsmiljøet ved at sykepleierne fikk ta del i avgjørelser (Vaclavik mfl., 2018). Sett i lys av at mangel på selvstyre tidligere er blitt identifisert som en årsaksfaktor til moralsk stress, kan det tenkes at å arrangere debrief økte sykepleieres opplevelse av selvstyre og videre virket reduserende for opplevelsen av moralsk stress. Det er altså av verdi for sykepleierne å ha påvirkningsmuligheter i det som skjer i avdelingen. Dette styrkes av funn fra studien til Billeter-Koponen & Fredén (2005) som viser at sykepleieres opplevelse av avmakt i forhold til egen arbeidssituasjon er en medvirkende årsak til utbrenthet i yrket.

### 5.3.5 Etisk undervisning

Et sentralt tiltak for å lære sykepleiere å håndtere moralsk stress er i følge Burston & Tuckett (2012) etisk undervisning. Formålet med en slik undervisning er at den individuelle utøveren skal fokusere på egne etiske ferdigheter og forbedre sine kommunikasjonsferdigheter, og slik fremme moralsk praksis. Samtidig viser det seg at også tverrfaglig undervisning er viktig for å skape større forståelse for andre yrkesgrupper og for å tilrettelegge for en tverrfaglig dialog.

Som en kontrast kan det imidlertid virke som at Martinsen (2005) ikke har tro på at slike «menneskeforbedringskurs» kan forhindre likegyldighet og utbrenthet hos sykepleierne. Hun sier at det tvert om er situasjonen som må endres, og omplasserer problemet *bort fra* den individuelle sykepleier og *til* politikken (s. 163). Senere har hun sagt at skyldfølelsen som følger må rettes mot «et helsevesen styrt av økonomi og produksjon, og med et tids- og dokumentasjonspress som kan gjøre pleien vanskelig. (...) Det er ikke den enkelte sykepleier som skal bære den samfunnsskapt skylden» (gjengitt fra Fonn, 2019). Det viser seg altså at fagfolk er uenige om hvor ansvaret ligger, og hvilket plan tiltak bør rettes mot. Kanskje ser vi her et uttrykk for behov for tiltak på flere plan? Selv om flere forebyggende tiltak er presentert, mener jeg likevel at det ville vært urealistisk å ha som mål å utrydde moralsk stress og utbrenthet fullstendig fra en yrkesgruppe som jobber tett på mennesker i sårbare situasjoner. Omsorgsarbeid bærer preg av å involvere seg med sin person og sine følelser, det innebærer solidaritet med den svake (Kristoffersen mfl., 2016, s. 56), og det er naturlig at et stort engasjement i kombinasjon med ansvar vil disponere for en del negative følelser. Det viktigste er å ha kunnskap om emnet, slik at etiske ferdigheter blir utviklet og forekomsten av moralsk stress og utbrenthet kan reduseres mest mulig.

## 6 Oppsummering

I denne litteraturstudien er det følgende problemstilling jeg har forsøkt å besvare: *Hvorfor oppstår moralsk stress og utbrenthet blant sykepleiere, og hvordan kan det forebygges?*

Det har i denne oppgaven utpekt seg to sentrale årsaker til at moralsk stress og utbrenthet oppstår; helsevesenets mangler på ressurser i form av tidspress og lav bemanning, og sykepleieres mangel på selvstyre. Det har vist seg å være hensiktsmessig å redusere forekomsten av moralsk stress og utbrenthet da det kan ha konsekvenser som forringet pleiekvalitet og at sykepleiere sykemelder seg eller slutter i jobben. Som forebyggende tiltak er fem funn fra studiene blitt drøftet; mindfulness og yoga, veiledning, flere heltidsstillinger, å arrangere debrief, og etisk undervisning. Tiltakene som er omtalt i denne litteraturgjennomgangen er mulige å gjennomføre av den enkelte sykepleier eller av avdelingsledelsen. Men som vi har sett strekker problematikken seg også til politiske og samfunnsmessige plan, og nettopp her mener Martinsen (2005, s. 63), og også jeg, at kanskje de viktigste tiltakene kan iverksettes. Da mangel på ressurser og bemanning, samt lite selvstyre, er viktige årsaker til at moralsk stress og utbrenthet oppstår, mener jeg det er i hovedsak mot disse punktene tiltak bør rettes. Det er likevel blitt lite vektlagt i denne oppgaven, da tema som politikk og offentlig styring ikke egner seg som fokusområde for en bacheloroppgave i sykepleie.

Flere av studiene har påpekt et behov for mer forskning på hvordan moralsk stress kan reduseres, og effekten av tilhørende tiltak (Burston & Tuckett, 2012; Vaclavik mfl., 2018). Jeg anser det som viktig med mer forskning på feltet slik at helsevesenet kan få økt kompetanse på området, og stå bedre rustet til å ivareta både sykepleiens kjerneverdier og sykepleierne.

I løpet av skriveprosessen har jeg sett at problemområdet er stort og strekker seg bredere enn det jeg har evnet å favne i denne oppgaven. Men selv om temaet er omfattende, sitter jeg igjen med et ønske om å bidra til et arbeidsmiljø hvor veiledning og etisk bevissthet står i fokus, og på denne måten gjøre mitt til at moralsk stress blir forebygget og færre opplever å bli utbrent. Slik tror jeg *mitt* beste bidrag kan være, og så får det være opp til lederskap og politikere og fastslå rammebetingelsene vi sykepleiere skal arbeide i.

## Litteraturliste

- Aakre, M. (2016). *Jakten på dømmekraften - Praksisnært etikkarbeid i helsetjenesten*. Trondheim: Gyldendal Akademisk.
- Arbeidstilsynet. (2006). *God vakt! - arbeidsmiljø i sykehus*. Hentet fra <https://www.arbeidstilsynet.no/globalassets/om-oss/forskning-og-rapporter/rapporter-fra-tilsynsprosjekter/arbeidstilsynets-revisjoner-i-norske-sykehus.pdf>
- Arbeidstilsynet. (2016). *Arbeidsmiljøarbeid i norske sykehus*. Hentet fra <https://www.arbeidstilsynet.no/globalassets/om-oss/forskning-og-rapporter/rapporter-fra-tilsynsprosjekter/arbeidstilsynets-revisjoner-i-norske-sykehus.pdf>
- Breistig, S. (2016, 4. mars). *Sjuepleieren – offer for dårleg samvit?*. Hentet fra <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2016/03/sjuepleieren-offer-darleg-samvit>
- Billeter-Koponen, S. & Fredén, L. (2005). Long-term stress, burnout and patient–nurse relations: qualitative interview study about nurses' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19: 20-27. doi:[10.1111/j.1471-6712.2005.00318.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2005.00318.x)
- Borge, L., Nedberg, K. & Vråle, G. B. (2017). *Etisk refleksjon og bevisstgjøring i veiledning*. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/3412314/cache>
- Burston, A. S. & Tuckett, A. G. (2012). *Moral distress in nursing: Contributing factors, outcomes and interventions*. *Nursing Ethics* 20(3) 312-324.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2016, 31. mai) *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>
- de Veer, A. J. E., Francke, A. L., Struijs, A. & Willems, D. L. (2013). *Determinants of moral distress in daily nursing practice: A cross sectional correlational questionnaire*

survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(1), 100–108. Doi:

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.017>

Epstein, E. G. & Delgado, S. (2010). *Understanding and Addressing Moral Distress*. Online Journal of Issues in Nursing.

Fange, P. Ø. (2020). *Sykepleiere fortviler: – Grusomt å være så usikker*. Hentet fra <https://www.nrk.no/osloogviken/sykepleiere-til-kamp-for-fulle-stillinger-i-egen-avdeling-1.14933406>

Fonn, M. (2019, 14.februar). *Kari Martinsen – Pleien tar den tiden den tar*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2019/02/kari-martinsen-pleien-tar-den-tiden-den-tar>

Hansen, T. (2018, 17.september). *New Public Management*. Hentet fra [https://snl.no/New\\_Public\\_Management](https://snl.no/New_Public_Management)

Haukelien, H., Vike, H. & Vardheim, I. (2015). *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sykepleieres erfaringer*. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/2621976/Samhandlingsreformens%20konsekvenser%2017%2008.pdf>

Høstmælingen, A. (2014, 5.juni). *Klinisk ekspertise og New Public Management*. Psykologtidsskriftet. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2014/06/klinisk-ekspertise-og-new-public-management>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009, 19.juni). *Samhandlingsreformen* (Meld. St. 47, (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016, 3. juni). *Verdier i pasientens helsetjeneste*. (Meld. St. 34 (2015–2016)). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/439a420e01914a18b21f351143ccc6af/no/pdfs/stm201520160034000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019, 22. november). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. (Meld. St. 7 (2019-2020)). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/?ch=1>

Helsepersonelloven. (2019, 1. oktober). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2)

Hood, C. & Dixon, R. (2015). *A Government That worked better and cost less? Evaluating three decades of reform and change in UK Central government*. Oxford: Oxford Univeristy Press.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (2016). *Grunnleggende sykepleie 1* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). *Grunnleggende sykepleie 3* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvigne, K., Kyte, L. & Kleiven, O. (2016). *Sjukepleieverdier under press?* Hentet fra idunn.no: [https://www.idunn.no/nsf/2016/04/sykepleieverdier\\_under\\_press?languageld=2](https://www.idunn.no/nsf/2016/04/sykepleieverdier_under_press?languageld=2)

Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.

Martinsen, K. (2002). Rommets tid, den sykes tid, pleiens tid. I I. Bjørk, & S. Helseth, *Møte mellom pasient og sykepleier*. Oslo: Gyldendal.

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.

Martinsen, K. (2014). *Rom for omsorg*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Gastmans, C. & McCarthy, J. (2015, 22. mars). Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature. *Nursing Ethics*.
- Nilsen, I. (2020, 16. januar). *Jeg har valgt å skifte yrke*. Hentet fra Sykepleien.no:  
<https://sykepleien.no/meninger/2020/01/jeg-har-valgt-skifte-yrke>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra  
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Rønning, E. (2010). «Helsearbeidere» - tøffe kvinner i deltidsjobber. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Schiøtz, A. (2017). *Viljen til liv – Medisin– og helsehistorie frå antikken til vår tid*. Oslo: Samlaget.
- Thalberg, S. & Sønstebo, B. S. (2019, 14. februar). *Tina sluttet etter bare tre år i yrket – mange sykepleiere tenker på det samme*. Hentet fra Nr.no:  
[https://www.nrk.no/hordaland/tina-sluttet-etter-bare-tre-ar-i-yrket-\\_mange-sykepleiere-tenker-pa-det-samme-1.14418497](https://www.nrk.no/hordaland/tina-sluttet-etter-bare-tre-ar-i-yrket-_mange-sykepleiere-tenker-pa-det-samme-1.14418497)
- Thidemann, I. J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tigard, D. W. (2019). *Rethinking moral distress: conceptual demands for a troubling phenomenon affecting health care professionals*. New Orleans: Health Care & Philosophy .
- Vaclavik, E. A., Carlson, E. & Staffileno, B. A. (2018). *Moral distress. Using mindfulness-based stress reduction interventions to decrease nurse perceptions of distress*. *Clinical Journal of Oncology Nursing* VOL. 22 NO 3. Doi: 10.1188/18.CJON.326-332
- Vetlesen, A. J. & Henriksen, J.-O. (2003). *Moralens sjanser i markedets tidsalder*. Oslo: Gyldendal Akademisk.



Vold, B. (2017, 10. november). *Norge bruker fjerde mest på helse i OECD*. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/norge-bruker-fjerde-mest-pa-helse-i-oecd>

World Health Organization (2019, 28. mai). Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. Hentet fra [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/burn-out/en/](https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/)