

KANDIDAT

19

PRØVE

BISB 3050 1 Bacheloroppgave og forberedelse til yrkesaktivt liv

Emnekode	BISB 3050
Vurderingsform	Hjemmeeksamen
Starttid	19.03.2021 09:00
Sluttid	08.04.2021 12:00
Sensurfrist	29.04.2021 23:59
PDF opprettet	21.06.2021 12:22
Opprettet av	Heidi Henriksen Herseth

Obligatorisk erklæring - bacheloroppgave

Vennligst fyll ut skjemaet før du leverer oppgaven din.

Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

Regelverk om fusk og forsøk på fusk finner du her:

- [lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8](#)
- [forskrift 12. desember 2016 nr. 1595 om opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høgskole § 30](#)
- [retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høgskole fastsatt 18. desember 2015.](#)

Jeg erklærer å være kjent med ovennevnte regelverk om fusk og forsøk på fusk, og erklærer at min oppgave er i samsvar med dette regelverket:

JA

Ved karakteren A samtykker jeg i at oppgaven publiseres i høgskolens åpne elektroniske arkiv (VID:Open) under mitt navn.

Velg ett alternativ

JA, jeg samtykker

NEI, jeg samtykker ikke

Besvart.

1 Lever inn pdf fil av bacheloroppgaven

Pdf fil av bacheloroppgaven lastes opp her. Ved gruppeinnlevering skal kun en av kandidatene levere (husk begge kandidatnumre på oppgaven).

På studentweb skal du skrive inn norsk og engelsk tittel på oppgaven din - slik at dette kommer med på karakterutskriften som følger vitnemålet. (Se info om hvordan det gjøres her: <https://www.vid.no/student/eksamen/tittel-bachelor-masteroppgave-vitnemal/>)

Bruk standard forside.

PS: På forsidemalen står det ikke engelsk tittel, denne må dere legge inn selv, under norsk tittel (eventuell egen forside skal komme etter standard forside).

<http://www.vid.no/filer/obligatorisk-forside-til-bacheloroppgave/>

Opggaven skal leveres som pdf-fil her på Inspira. Du må også fylle ut obligatorisk erklæring på Inspira. Husk å svare på om du samtykker eller ikke i at bacheloroppgaven kan publiseres i VID sitt åpne elektroniske arkiv. Oppgaven blir bare publisert hvis du får karakteren A.

Alle oppgaver blir plagiattrollert.

Sensur på oppgaven ved ordinær innleveringsfrist kommer på studentweb 29.04.2021

Administrativ ansvarlig for eksamen:

heidi.henriksen@vid.no (eller gry.juliussen@vid.no)



Din fil ble lastet opp og lagret i besvarelsen din.

↓ Last ned

× Fjern

↻ Erstatt

Filnavn:

Sykepleiebachelor .pdf

Filtype:

application/pdf

Filstørrelse:

467.68 KB

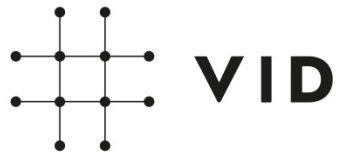
Opplastingstidspunkt:

08.04.2021 11:36

Status:

Lagret

Besvart.



Travle sykepleiere – sårbare pasienter

Kan stress påvirke forsvarlighet, omsorg og pasientsikkerhet?

Pressured nurses – vulnerable patients

Can stress affect soundness, quality of care and patient safety?

Kandidatnummer 19

VID vitenskapelige høgskole

Bergen

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull 2018

Antall ord: 9 790

Dato: 08. April 2021

Opphavsrettigheter

Forfatteren har opphavsrettighetene til oppgaven.
Nedlasting for privat bruk er tillatt.

Sammendrag

Problemstilling for bacheloroppgaven er: *i hvilken grad kan opplevelse av stress blant sykepleiere påvirke faglig forsvarlighet, omsorgsfull hjelp og pasientsikkerhet?*

Metode: oppgaven er en litteraturstudie. Problemstillingen belyses gjennom kvalitativ og kvantitativ metode. Litteratursøket ble gjennomført på PubMed og Cinahl, og systematisert gjennom en PEO. Det ble valgt ut fem forskningsartikler som belyser problemstillingen på ulike måter.

Teori: sykepleiefilosofien til Martinsen, belastningsfaktorene og -reaksjonene til Prætorius, relevant lovverk og statistikk om arbeidshelse og pasientsikkerhet er beskrevet.

Funn: de to første artiklene undersøker stress og pasientsikkerhet. Tredje artikkelen ser på belastning og kvalitet på tjenestene. De to siste artiklene undersøker henholdsvis uønskede hendelser og ugjort pleie opp mot stressorer og arbeidsmengde.

Drøfting: teoriene og artiklene settes opp mot hverandre. Det drøftes om positivt og negativt stress, og hvordan henholdsvis faglig forsvarlighet, omsorgsfull pleie og pasientsikkerhet påvirkes av underbemanning, travelhet på avdelingen og sykepleiers belastninger.

Abstract

The thesis statement for the bachelor thesis is: *in what degree can the experience of stress among registered nurses affect professional soundness, quality of care and patient safety?*

Method: the bachelor thesis is a literature study. The thesis statement is examined through qualitative and quantitative method. The literature search was completed on PubMed and Cinahl and systematized through a PEO. Five different research articles were selected.

Theory: the nursing philosophy of Martinsen, strain factors and strain reactions of Prætorius, relevant legislation and statistics on occupational health and patient safety is described.

Findings: the first two articles examine stress and patient safety. The third article examines strain and quality of care. The last two articles examine adverse events and undone care against stressors and workload, respectively.

Discussion: the theories and articles are discussed against each other. Positive and negative stress is discussed. And how professional soundness, quality of care and patient safety, are affected by understaffing, work overload and the nurse's strains.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for tema	1
1.2	Formål og sykepleiefaglig relevans	2
1.3	Problemstilling og avgrensning	2
1.4	Begrepsavklaring	3
1.4.1	Stress	3
1.4.2	Faglig forsvarlighet.....	4
1.4.3	Omsorgsfull hjelp.....	4
1.4.4	Pasientsikkerhet	4
2	Metode	6
2.1	Litteraturstudie	6
2.2	Vitenskapsteori	7
2.3	Litteratursøk	7
2.4	Kildekritikk	8
2.5	Etiske overveielser	9
3	Teori	10
3.1	Martinsens omsorgsfilosofi.....	10
3.1.1	Omsorg og travelhet.....	11
3.2	Stressmodeller.....	12
3.2.1	Prætorius belastningsfaktorer.....	12
3.2.2	Prætorius belastningsreaksjoner.....	13
3.3	Lovverk	13
3.4	Statistikk på arbeidshelse og pasientsikkerhet	14
4	Presentasjon av funn i forskningsartikler.....	16
4.1	<i>A Daily Diary Approach to the Examination of Chronic Stress, Daily Hassles and Safety Perceptions in Hospital Nursing</i>	16
4.2	<i>It's a matter of patient safety'': understanding challenges in everyday clinical practice for achieving good care on the surgical ward – a qualitative study</i>	17
4.3	<i>Associations of work characteristics, employee strain and self-perceived quality of care in Emergency Departments: A cross-sectional study</i>	18
4.4	<i>Work-related stressors and occurrence of adverse events in an ED</i>	19

4.5	<i>'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care</i>	20
5	Drøfting.....	22
5.1	Opplevelse av stress – konsekvenser for sykepleien	22
5.2	Forsvarlighet og arbeidsbelastning	23
5.2.1	Overlessing av arbeid.....	24
5.2.2	Kronisk stress.....	25
5.3	Å være <i>helt</i> der hvor man er	26
5.3.1	Pasientene trenger omsorg	27
5.3.2	Ansvar for omsorgen.....	27
5.4	Effektivitet på tross av pasientsikkerhet	28
5.4.1	Uønskede hendelser	29
5.4.2	Mangel på sykepleie	30
6	Konklusjon.....	31
7	Litteraturliste.....	33

1 Innledning

Tema for denne bacheloroppgaven er stress blant sykepleiere og konsekvenser av dette. Oppgaven er delt i fem hoveddeler som omfatter kapittel 1 Innledning, kapittel 2 Metode, kapittel 3 Teori, kapittel 4 Resultat og kapittel 5 Diskusjon. I dette kapittelet vil oppgaven presenteres, sammen med tema og hva det innebærer. Deretter presenteres problemstillingen for oppgaven, med avklaring av begrep.

1.1 Bakgrunn for tema

«Kari Martinsen fastslår at vi lever i en hastig tid: – Pleien utfordres. Det er et veldig tempo, et akselerert samfunn» (Fonn, 2019). Martinsen mener at sykepleiere ikke lenger har tid til å være til stede og vise omsorg. Helsevesenet i dag blir mer og mer digitalisert, og en hører stadig begrep som rasjonalisering og effektivisering av tjenestene. Det medfører at sykepleierne ofte må jobbe raskere. Det er «stadig nye oppgaver, tyngre og mer komplekse pasienter - uten at bemanningen økes», det er ikke alltid tid til å gi dobbeltsignatur, uttaler en sykepleier til VG (Muladal, 2020). «Mangelen på sykepleiere er en viktig årsak til at ikke alle mottar likeverdige, faglig forsvarlige og omsorgsfulle helsetjenester», mener Rådet for sykepleieetik (Rådet for sykepleieetik, 2020).

Media belyser noen av utfordringene i helse- og omsorgstjenesten, ved at sykepleiere kritiserer arbeidsforholdene og pasienter opplyser om uønskede hendelser. Ifølge ansatte ved fødeavdelingen på Haukeland, skaper underbemanning stort arbeidspress og fare for pasientene. Der varslet de også om underbemanning og advarte gravide mot å føde i helgene, 3 år tidligere (Otterlei & Arnesen, 2019). Underbemanning er en vedvarende utfordring som er vanskelig for de ansatte å gjøre noe med. Et forferdelig eksempel, var når «Daniel Nicolai Guldberg utløste alarmen, men døde alene på akuttmottaket. 134 ganger i år har sykepleierne varslet ledelsen om at de har det for travelt» (Otterlei, 2018). Da han ble funnet død hadde han utløst alarmen for halvannen time siden uten å få hjelp. Legene kaller Daniels død for en «varslet katastrofe» og slår fast at underbemanning har blitt verre de

senere år (Otterlei, 2018). Den fører til at pasienter ikke får forsvarlig hjelp, etter det lovfestede kravet.

1.2 Formål og sykepleiefaglig relevans

Underbemanning og travelhet er et problemområde som har mulighet for å øke med den økte sykepleiermangelen. Stress på arbeidsplassen kan føre til at personalet ikke får gjort arbeidsoppgavene riktig, nøye nok eller ikke i det hele tatt. Gjennom praksisperioder og arbeid i helsevesenet som sykepleierstudent får jeg ofte høre hvor travelt det er på avdelingen. Travelhet innvirker både på hvordan sykepleieren er med pasientene, tiden de har til dem og valg de tar. En stresset sykepleier vil kunne ha nedsatt mulighet til å møte de følelsesmessige kravene for arbeidshverdagen. Temaet engasjerer meg fordi om underbemanning, arbeidsmengde og stress allerede påvirker pasientene vi pleier kan dette bli enda mer kritisk framover med «eldrebølgen» og sykepleiermangelen. Situasjoner som ofte forårsaker stress er uforutsigbare, ukontrollerbare, usikre og ukjente. Dette er mye av det som møter oss som sykepleiere. Jeg vil påstå at stress er spesielt kritisk om det går ut over kvaliteten og pasientsikkerheten i sykepleien. Det er gjort en del forskning rundt stress blant sykepleiere, men mindre om hvordan dette påvirker pasientene. Det er derfor viktig å også belyse noen av konsekvensene av en stressende hverdag.

1.3 Problemstilling og avgrensning

Problemstillingen for bacheloroppgaven er: *i hvilken grad kan opplevelse av stress blant sykepleiere påvirke faglig forsvarlighet, omsorgsfull hjelp og pasientsikkerhet?*

I problemstillingen vil det være fokus på arbeidsrelatert stress, altså stress som oppleves gjennom arbeidet. Selv om det kan tenkes at stress i privatlivet kan ha en innvirkning på arbeidet, er det ikke det som blir fokus for denne oppgaven. Siden stress kan omfavne så mye, blir det begrenset til hvorvidt det går ut over faglig forsvarlighet, omsorgsfull hjelp og

pasientsikkerhet. Oppgaven vil ikke inkludere andre mulige konsekvenser av stress blant sykepleiere. Oppgaven vil ta for seg sykepleie som foregår på sykehus, problemstillingen kan ha overføringsverdi til andre tjenestesteder, men det er sykehus som tjenestested denne oppgaven drøfter. Grunnen til at oppgaven drøfter sykehus er den store andelen sykepleiere der. Sykehus har akutte pasientgrupper og stor utskiftning av pasienter, som gjør tjenestestedet relevant og lett å finne litteratur på innenfor problemstillingen.

1.4 Begrepsavklaring

Her vil begrepene stress, faglig forsvarlighet, omsorgsfull hjelp og pasientsikkerhet fra problemstillingen avklares.

1.4.1 Stress

Stress-forskeren Hans Selye introduserte stress-begrepet i medisinen som: «stress er kroppens uspesifikke reaksjon på enhver belastning» (Selye, 1978, s. 27). Definisjonen er vid, og kan romme en mengde belastninger vi utsetter kroppen for. Opplevelsen av belastninger varierer fra person til person. At reaksjonen er uspesifikk gjør at den krever tilpasning til det problemet som gjelder, for å gjenopprette det normale. Det er likegyldig for stressreaksjonens virkning om det er behagelig eller ubehagelig (Selye, 1978, s. 27–29). Positivt stress er forbundet med all slags arbeid, og er mest framtrødende i det «riktige» arbeidet for den enkelte, trivselsmessig. Den beste måten for å unngå overbelastning av stress, er å velge omgivelser man liker og respekterer. Hovedårsaken til skadelige stressfaktorer er arbeid med konstant nedvurdering. En psykologisk stressreaksjon er mye mer sykdomsfremkallende enn en fysisk stressreaksjon. Voldsom frustrasjon kan fremkalle både magesår, migrene, høyt blodtrykk og simpelthen irritasjon (Selye, 1978, s. 75–79). Belastninger som blir omtalt i denne oppgaven som årsaker stress er travelhet, arbeidsmengde og arbeidets art. Belastning blir også sett på som en type jobberelatert stress.

1.4.2 Faglig forsvarlighet

Faglig forsvarlighet retter seg mot å gjøre det som er forsvarlig ut fra de faglige kvalifikasjonene og den kunnskapen man har eller burde ha som helsepersonell, og ligger i Helsepersonelloven § 4 (Helsepersonelloven, 1999). Både enkelthandlinger, handlinger over tid, flere handlinger eller driften av en eller flere tjenester innenfor helsetjenesten kan regnes som forsvarlig eller uforsvarlig (Molven, 2019, s. 140–141). Dersom man utøver faget etter faglig forsvarlighet, vil man ha god kvalitet i helse- og omsorgstjenestene. Kvalitet er et begrep som vil bli brukt i oppgaven, og tolkes til å omfatte både faglig forsvarlighet, omsorgsfull hjelp og pasientsikkerhet. Kvalitet i helse- og omsorgstjenestene omfatter at tjenestene skal være «virkningsfulle, trygge og sikre, involvere brukerne og gi dem innflytelse, være samordnet og preget av kontinuitet, utnytte ressursene på en god måte og være tilgjengelige og rettferdig fordelt» (Aase, 2015, s. 13).

1.4.3 Omsorgsfull hjelp

Det andre begrepet som kommer fram i § 4 er kravet om omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999). Det begrepet handler om å opptre på en verdibasert måte. Måten en tilnærmer seg pasienten på skal være preget av oppmerksomhet, respekt og vennlighet. Kjernen i kravet er at det skal handles med en forventning om et høyere ambisjonsnivå, ut fra et faglig ståsted og et verdigrunnlag. Å evne å vise omsorg skal læres gjennom sykepleierutdanningen, og er også en faktor for kvalitet på helse- og omsorgstjenestene (Molven, 2019, s. 153–154). I de engelske artiklene blir begrepet «quality of care» ofte brukt, begrepet blir direkte oversatt til kvalitet på pleien. Oppgaven tolker begrepet som at det pasientrettede arbeidet utføres med faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp.

1.4.4 Pasientsikkerhet

Pasientsikkerheten kommer fram ved at tjenestene skal være «trygge og sikre», som er en del av kvalitetsdefinisjonen tidligere i kapittelet. Norske helsemyndigheter bruker ofte begrepet sammen med begrepet kvalitet i helsetjenestene, da brukes definisjonen: «Pasientsikkerhet er vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser» (Aase, 2015, s. 14). Det som i praksis ofte måler pasientsikkerheten som noe konkret og målbart er rapportering av uønskede hendelser. Begrepet uønskede hendelser kan derfor være en del av det man ønsker fravær av for å opprettholde pasientsikkerhet, og kan defineres som: «en skade som er relatert til klinisk behandling og ikke til komplikasjoner ved et sykdomsforløp» (Aase, 2015, s. 14). I lovgivingen kommer pasientsikkerhet fram gjennom kravet om faglig forsvarlighet.

2 Metode

Metodedelen vil gi en innføring i hvilken vitenskapelig studie og hvilket fagområde denne oppgaven går under, og metoden den tar grunnlaget fra. Kapitlet går gjennom søket etter forskning, er kritisk til litteraturen og foretar etiske overveielser.

Metoden som anvendes i en forskningsartikkel kan deles inn i kvalitativ og kvantitativ. Kvalitativ setter kvalitet framfor kvantitet, og ønsker å fange opp en mening eller en opplevelse deltakerne har. Kvantitativ forskning bruker flere deltakere til å måle forskningsspørsmålet statistisk, slik at en får et større målbart resultat (Dalland, 2017, s. 52). I problemstillingen søkes det både etter en sammenheng, og eventuelt hvor utbredt den er. Opplevelse av stress er noe subjektivt som derfor passer best til å måles med kvalitativ metode, mens utbredelsen av uønskede hendelser relatert til pasientsikkerhet passer best med kvantitativ metode. Derfor kan begge metoder brukes i denne oppgaven, og resultatet av oppgaven vil variere ut ifra hvilken metode som vektlegges.

2.1 Litteraturstudie

Oppgavens struktur går innunder litteraturstudie. Hensikten med studien er å samle inn litteratur fra ulike kilder for å sammenfatte disse, og dermed svare på problemstillingen. Det vil si at oppgaven bygger på oppdatert forskning og litteratur innenfor valgt emne. Litteraturen som brukes velges ut ifra sin relevans til problemstillingen. Litteraturstudie er valgt på grunnlag av at det gir oversikt over allerede eksisterende kunnskap. Det gjør det til en enklere måte å tilegne seg kunnskap på uten å måtte gjennomføre egen forskning. Litteraturstudien er nyttig for den skaper en systematisering av nyere forskning, og gir en oversikt over kunnskapen innen dette feltet. Gjennom en systematisering sammenfattes kunnskapen til ny kunnskap (Støren, 2013, s. 16–17).

2.2 Vitenskapsteori

En vitenskapelig artikkel er en type akademisk sjanger, som har som hensikt å presentere ny kunnskap. Denne typen artikler skal ha en klar og gjennomtenkt struktur, slik at leseren lett kan fange opp forskningen. Derfor er IMRaD-strukturen vanlig i vitenskapen. Strukturen bygger på en innledning, en utdyping av metoden, gjennomgang av resultatene og en diskusjon over disse. Selve oppgaven og presentasjon av funn vil bygge på denne strukturen (Støren, 2013, s. 14–16). Vitenskapelige artikler kan deles inn etter hvilke fagområder de undersøker. Problemstillingen i oppgaven bygger på humanvitenskap som opplevelse av stressreaksjoner og omsorg, da humanvitenskapen ofte styres av opplevelser og erfaringer. Den bygger også på samfunnsvitenskap, med spørsmål om faglig forsvarlighet, omsorgsfull hjelp og sikkerhet. Dette er fenomener som angår jus og andre forhold i samfunnet. Alt i alt vil denne oppgaven ha en fenomenologisk tilnærming på humanvitenskap og samfunnsvitenskap, ved å lære om hvordan de ulike fenomenene kan oppleves og påvirke hverandre. Vitenskapelig tilnærming brukes både for å være bevisst på forskernes fagområder og egne rammer for studien (Dalland, 2017, s. 38–47).

2.3 Litteratursøk

Gjennom litteratursøk søkes det å finne relevante og troverdige forskningsartikler, som kan brukes som grunnlag for drøfting. For å finne gode og troverdige artikler brukes databasen PubMed som er en av de største databasene for forskning innen medisin og Cinahl som er en av de største databasene innen sykepleie. På PubMed søker man med MESH-terms og på Cinahl søker man med emneord. Det lages en PEO for å bygge opp et systematisk tredelt søk, som er likt for begge databasene, med bruk av synonymer for å utvide søket. PEO danner et avansert søk, med en basis på tre deler: populasjon, omgivelser og aktivitet. Disse tre bolkene skilles med kombinasjonen AND, og synonymene skilles med OR i databasene. Søkeordene som ble brukt var «Nurses» eller «Registered Nurses» eller «Nursing Staff, Hospital» eller «Personnel, Health Facility». Kombinerte dette med «Occupational Stress»

eller «Stress, Occupational» eller «Stress, Psychological» eller «Workload». Deretter «Patient Safety» eller «Quality of Health Care» eller «Quality of Nursing Care» eller «Patient Satisfaction».

Søkene i hver database resulterte i et passelig antall artikler. Titlene på søketreffet ble bladd gjennom, og deretter sammendraget på noen utvalgte som passet til problemstillingen. Flere ble da luket ut og de resterende ble lest i sin helhet. Endte opp med fem artikler grunnet troverdighet, metode og relevans. De tre første fra PubMed og de to siste fra Cinahl:

1. *Associations of work characteristics, employee strain and self-perceived quality of care in Emergency Departments: A cross-sectional study.*
2. *Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care.*
3. *Work-related stressors and occurrence of adverse events in an ED.*
4. *'It's a matter of patient safety': understanding challenges in everyday clinical practice for achieving good care on the surgical ward – a qualitative study.*
5. *A Daily Diary Approach to the Examination of Chronic Stress, Daily Hassles and Safety Perceptions in Hospital Nursing.*

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk innebærer å være kritisk til litteraturen man finner, ved å vurdere blant annet relevans, troverdighet og gyldighet (Dalland, 2017, s. 152). Først er det hensiktsmessig å bruke anerkjente metoder for å finne litteraturen. Metodene som ble brukt er biblioteket, google scholar, anerkjente nyhetsaviser (VG, NRK og sykepleien) og relevante anerkjente søkeportaler (Cinahl og PubMed). Artiklene er også funnet i anerkjente internasjonale tidsskrifter. Når det kommer til fagbøkene som er brukt, er det anvendt primærkilder i størst mulig grad, samtidig er det anvendt den nyeste og mest oppdaterte litteraturen. I sekundærlitteraturen tas det utgangspunkt i at innholdet kan være fortolket. Forfatterne er vurdert som fagkyndige. Kildekritikk mot forskningsartiklene er utøvd ved å ekskludere forskning som er over 10 år gammel og forskning som ikke er fagfellevurdert, allerede i

søket. Det er også dobbeltsjekket at alle inkluderte artikler er fagfellevurdert, og års spennet endte opp på 2013-2017. Dette er vurdert som nyere forskning innenfor valgt tema.

I søket ble sykepleiere eller annet helsepersonell brukt som søkeord for å utvelge relevant yrkesgruppe. Av de utvalgte artiklene undersøker to artikler bare sykepleiere, mens tre undersøker helsepersonell generelt. Ser likevel ikke på dette som en ulempe da det på to av tre artikler er flest sykepleiere. Artiklene er fra landene Sverige, Danmark, Tyskland og to fra England. Er kritisk til at ingen fra Norge er inkludert, men vil si at Skandinavia er sammenlignbart innenfor valgt tema. Samt at England og Tyskland er en del av den Vestlige kulturen og sammenlignbart innenfor valgt tema. Organisering av sykehusvirksomheten er nokså lik, selv om forekomsten av stress og hvordan virksomhetene forholder seg til oppgavens tema kan variere mellom hvert enkelt sykehus og mellom arbeidsplasser generelt. Noen av artiklene referer til hverandre og alle er omtalt i andre litteraturstudier, som er et tegn på gyldighet. Alle artiklene er skrevet på engelsk, og oversatt til norsk av meg, det må tas utgangspunkt i at ord kan endre betydning eller misoppfattes i oversettelsen.

2.5 Etske overveielser

Oppgaven har forholdt seg til Vid's etiske retningslinjer for akademisk skriving, retningslinjer for oppgaveskriving og henvisning med APA 7 (VID diakonale høyskole, 2017). De etiske overveielserne som er foretatt, gjelder hvorvidt kildene er fra anerkjent materiale, og at de ikke er kontroversielle eller usaklige. Dette gjelder alle kildene i oppgaven, men spesielt forskningen. Den er kvalitetssikret gjennom sjekklister fra helsebiblioteket (Kunnskapsbasert praksis, 2016). Har også sjekket at de inkluderte artiklene holder seg innenfor det etiske rammeverket som det skal, og har foretatt sine egne etiske overveielser. I tre av fem artikler har forskerne skrevet om egne etiske overveielser eller presisert at de har gjennomgått etisk godkjenning. På de to som ikke har skrevet om det, har jeg sjekket at artiklene overholder etiske standarder for frivillighet og personvern, i tillegg til at dette sjekkes under fagfellevurderingen.

3 Teori

Teoridelen vil utgjøre rammeverket for drøftingen sammen med artiklene som er inkludert. Her kommer sykepleiefilosofien til Kari Martinsen inn. Grunnen til at hennes filosofi er valgt, er for hun beskriver travelhet og tidspress som en utfordring ovenfor omsorgen som skal utøves. Filosofien inneholder så mye, at det vil fokuseres på det som er relevant innenfor gjeldende tema. For å få med teori på stressprosessen, er Prætorius sine belastningsfaktorer og belastningsreaksjoner dratt inn. Disse er ikke beskrevet som teorier eller filosofier, men er relevante da de belyser faktorer som bidrar til arbeidsrelatert stress og reaksjoner som kan forekomme på grunnlag av det. Oppgaven belyser også relevant lovverk, som beskriver hvilke rammer sykepleiere må arbeide innenfor, selv i en travel hverdag. Det er særlig relevant for det lovpålagte kravet om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. For å få frem nasjonale fakta rundt tema vil statistikk rundt sykepleiers arbeidshelse, i tillegg til kvalitet og pasientsikkerhet presenteres til slutt.

3.1 Martinsens omsorgsfilosofi

Martinsens filosofi utdyper omsorg som en fundamental betydning for alt menneskelig liv. Dette blir særlig viktig ved sykdom, da sykepleieren svarer på pasienten sin avhengighet med omsorg. Omsorgsbegrepet kan omfatte et moralsk begrep knyttet til prinsippet om ansvaret for svake. Dette ansvaret kan være vanskelig for sykepleiere som selv er svake, og kan skape misforhold mellom makten til sykepleieren og avhengigheten til pasienten. Forståelsen av omsorgsbegrepet kan også omfatte et relasjonelt begrep, som er å forstå den andres situasjon fra felles erfaringer. En sykepleier som selv er i en sårbar situasjon kan dermed gi grobunn for et nærmere forhold til pasienten (Kirkevold, 1998, s. 168–182). Når det kommer til en helsepolitisk sammenheng, har begrepet omsorg to betydninger: det gjelder pleie, hjelp og støtte som yrkeskompetanse, men også samfunnets rettsplikt med utbygging av tjenester og midler (Martinsen, 2003, s. 34). Institusjonene i dag blir mer og mer rettet mot resultatsikkerhet og vekstomsorg, at vi skal løse pasientens problemer. Det gjør

helsevesenet dårlig tilpasset befolkningssammensetning og sykdomsmønstre. Omsorg krever tid og står i motsetning til helsevesenets økende vekt på effektivisering og resultater. Samtidig som det er stadig flere som trenger å «sørges for» (Martinsen, 2003, s. 77–81).

3.1.1 Omsorg og travelhet

I dagens helsevesen brukes ord som økonomisk innsparing, lønnsomhet og produktivitet, vi har et annet tidsperspektiv og økonomisk tidsforståelse enn tidligere. Det er en målbar tid til hvert gjøremål, og kvalitet i arbeidet er hastighet. Det overser de som helsevesenet skulle være der aller mest for: de svake, utsatte, sårbare og avhengige. Det skaper motstridende forventninger fra pasienten og maktstrukturene. Pasienten og det faglige skjønn blir oversett i målbare prosedyrer innenfor et tidsforbruk. Et sykepleieskjønn krever oppmerksomhet, nærvær og tilstedeværelse for å handle best mulig for og med pasienten (Martinsen, 2013, s. 43–47). «Vi kjenner alle til hvor velgjørende det er å treffe mennesker som alltid synes å ha god tid. [...] de ha lært den store kunst å være *helt* der hvor de er.» skrev Elisabeth Hagemann, som var tidlig ute med å skrive om omsorg i sykepleieyrket (Martinsen, 2003, s. 89). Sykepleierne løper mer enn før, for å øke produktiviteten. Likevel blir hastigheten ineffektiv og gir større sjanser for å gjøre feil. Personalet har mistet oversikten og pasientene føler ikke tryggheten. I lydigheten ovenfor klokken tid, presses lydigheten bort fra langsomheten som kreves for tilstedeværelse (Martinsen & Kjær, 2018, s. 371–373).

Martinsen legger frem hvordan travelhet kan føles for pasientene med sin filosofi. Hun stiller spørsmål til fremtidig arbeid «Hvordan bygge gode, pleiende kulturer midt i travelheten – for pasientenes skyld?» (Martinsen, 2014, s. 244). Martinsen beskriver et krysspress i at sykepleierne skal være effektive i en hverdag der man skal ha overblikk over komplekse situasjoner. Der stadig mer av tiden trengs til ulike former for dokumentasjon og tidsmålinger av tiltak. Med travelheten kan sykepleieren stenge egne og andres sårbarhet ute, slik at sykepleieren ikke ser de man kunne hatt muligheten for å hjelpe. I travelheten ligger ansvarsfraskrivelse og skyldfølelse. Det skaper en etisk konflikt når sykepleieren går mot det hun mener er riktig og godt for pasienten. Det kan føre til moralsk stress og skam. Sykepleierne gjør hva som forventes av kolleger og helsevesenet, istedenfor pasientene og

deres preferanser. Sykepleiernes makt uttrykkes ved å bruke kunnskap og prosedyrer uten innlevelse. Krysspresset sykepleierne står i har også sin innvirkning på pasientene, ved at de ser travelheten og underspiller egne behov. For også pasientene er det uskrevne normer og krav, og de kan oppleve dårlig samvittighet, skyld og skam over å påkalle personalet, ikke strekke til og ikke makte (Martinsen, 2014, s. 226–241).

3.2 Stressmodeller

Prætorius har undersøkt ulike former for belastningsfaktorer, altså vilkår på jobben som ikke kan håndteres innenfor arbeidstakers naturlige kapasitet eller kompetanse. I møte med belastningsfaktorene kan den stressrammede utvikle belastningsreaksjoner, som vil utdypes etter belastningsfaktorene (Prætorius & Gröhn, 2008, s. 98).

3.2.1 Prætorius belastningsfaktorer

Former for belastning som forekommer i arbeidslivet er delt i fire kategorier, etter arten og økende grad av kompleksitet. Belastningsfaktor én er: urimelig overlessing av arbeid. Økende grad av nedskjæringer, strukturendringer og effektiviseringer skaper ekstra arbeidsbyrde. I tillegg er det en betydelig vekst i arbeidsoppgaver og krav om å omstille seg til nye oppgaver. Man blir ofte avbrutt i arbeidet, for å måtte ta stilling til uforutsigbare situasjoner. Arbeidet kan ikke utføres på en faglig forsvarlig måte, siden man ofte ikke rekker å bli fortrolig med de nye prosedyrene og ferdighetene (Prætorius & Gröhn, 2008, s. 100–106). Belastningsfaktor to er: umulige og dobbeltbindende arbeidsvilkår. Med mer fokus på kvantitet og resultatoppnåelse med færre tilgjengelige ressurser, blir man nødt til å se gjennom fingrene på kvaliteten i arbeidet. Det kan være en medvirkende årsak til arbeidstakerflukten og andelen langtidssykemeldte. Belastningsfaktor tre er: fremmedgjøring, metodevalg, manualisering og evaluering. Det innebærer at eksisterende praksis blir forkastet som ineffektiv og arbeidstakerne blir påtvunget nye holdninger og arbeidsmetoder. Ledelsen skaper usikkerhet om man har skapt nok resultater med

nåværende holdning, og presenterer de for ny kompetanse. Belastningsfaktor fire er: manglende faglige forutsetninger og/eller inadekvate arbeidsforhold. Det handler om at det forventes at man skal klare disse nye arbeidsoppgavene. Noe man egentlig ikke har forutsetninger eller ressurser til å klare (Prætorius & Gröhn, 2008, s. 106–135).

3.2.2 Prætorius belastningsreaksjoner

Belastningsreaksjonene deles inn i tre alvorlighetsgrader: arbeidsrelatert akutt stress, arbeidsrelatert traumatisk stressyndrom og arbeidsrelatert ytrestyrt dehumanisering. Symptombildet omfatter først glemsomhet, nedsatt konsentrasjon, uro og rastløshet. Ansatte vil ofte ikke ha det samme engasjementet eller gleden over aktiviteter som før. Avbrytelser gir lett aktivisert irritasjon, selv om man holder på med mange forskjellige oppgaver samtidig (Prætorius & Gröhn, 2008, s. 35). Deretter dannes en kronisk reaksjon, som vil føre til maktesløshet og tap av selvfølelse. Symptomene inkluderer angst, depresjon, uro og hyperaktivitet. Ansatte veksler mellom handlingslammelse og kaotisk tankevirksomhet, og vil bruke økende krefter på arbeidsoppgavene som vil bli mer uoverkommelige. Etter hvert mistes kontakten med evner og kompetanse. Til slutt vil arbeidstaker fortrenge situasjonen og stenge den ute følelsesmessig og mentalt. Den ansatte virker upåvirket av situasjonen og klarer ofte å gå på jobb, men er da atskilt fra egne kvaliteter, ressurser, virkelighetsoppfatning og dømmekraft (Prætorius & Gröhn, 2008, s. 165–173).

3.3 Lovverk

Regelen som regulerer hvordan helsepersonell skal utøve sitt arbeid i samsvar med faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp beskrives i § 4. Det skal utøves i samsvar med det «som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (Helsepersonelloven, 1999). Det forutsettes at sykepleiere har kunnskap til å blant annet støtte, samtale og trøste pasienter. Sykepleien skal gjøres med handlinger og

holdninger som skaper trygghet og tillit hos pasienten. Kravet om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp står sammen fordi sykepleiere skal utøve sitt arbeid i samsvar med begge krav og ha tid til begge deler. Det som forventes av helsepersonellens kvalifikasjoner vil si at en sykepleier skal ha kompetanse fra sykepleierutdanningen, men vil også forventes å ha en bredere kompetanse fra utdanninger og erfaringer. I tillegg vil kravet variere ut fra arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Det vil si at det forlanges mer av sykepleiere når de har mer tid på å planlegge hjelpen versus når de må handle øyeblikkelig, og det forlanges mer når risikoen knyttet til helsehjelpen er stor (Molven, 2019, s. 144–146).

Forsvarlighetskravet står også i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 4, som holder helsevirksomhetene ansvarlige for «forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Virksomhetene må sikre forsvarligheten med nok kvalifisert personale og bemanning, rutiner og kontinuerlig oppfølging. Er disse rammebetingelsene ikke til stede kan sykepleieren bli mindre å laste dersom det skjer avvik. Det kreves mer av helsepersonell som har rutiner og retningslinjer på avdelingen på stell, enn de som arbeider under uklare oppgaver og ansvarsfordelinger, eller hvor det er mangel på personale. Det forventes likevel at sykepleiere sier ifra dersom hun mener at økonomiske nedskjæringer eller bemanningsendringer ikke er forsvarlige (Molven, 2019, s. 154–155).

3.4 Statistikk på arbeidshelse og pasientsikkerhet

Bedriftsundersøkelsen til NAV 2020 viser at sykepleiere er det enkeltyrket som har størst mangel på arbeidskraft uansett næring (Audun Gjerde, 2020, s. 15). Likevel viser WHO sin rapport fra 2020 at Norge har 17,7 sykepleiere per 1 000 innbygger, som er blant den høyeste sykepleiedekningen i Europa (Saunes et al., 2020, s. 83). Norges sykepleierforbund sin undersøkelse om arbeidshelse 2018 viste at sykefravær som er arbeidsrelatert vanligvis skyldes høy arbeidsbelastning over tid. Høyt arbeidstempo og stress oppleves mest belastende, og har sammenheng både med pasientsammensetning og bemanning (Håpnes et al., 2018, s. 6–9). Levekårsundersøkelsen fra 2016 rapporterer at 27 % av sykepleiere oppgir at de ikke har nok tid til å gjøre jobben skikkelig. 60 % sier at de kan sette liv og helse i fare ved feil. Liten tid og høy risiko for alvorlige konsekvenser kan være årsaker til den

uvanlige høye forekomsten av jobbrelatert stress blant sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Bedre kvalitet og pasientsikkerhet er sentralt i regjeringens politikk (St. Meld 11, 2020). Regjeringen legger fram årlige meldinger til Stortinget om pasientsikkerhet og kvalitet. Den siste viste at i 2019 oppsto det en pasientskade ved 12,4 % av sykehusoppholdene i somatiske sykehus i Norge (St. Meld 11, 2020, s. 33). Statens helsetilsyn gjennomfører flere tilsyn i spesialisthelsetjenesten årlig, den siste årsrapporten avdekket lovbrudd på ni av ti gjennomførte tilsyn (Statens helsetilsyn, 2019, s. 44).

4 Presentasjon av funn i forskningsartikler

I dette kapittelet presenteres relevant innhold i forskningsartiklene, gjennom IMRaD. Artiklene er inkludert gjennom litteratursøk som beskrevet tidligere. De to første artiklene undersøker stress og pasientsikkerhet. Tredje artikkelen ser på belastning og kvalitet på tjenestene. De to siste artiklene undersøker henholdsvis uønskede hendelser og ugjort pleie opp mot stressorer og arbeidsmengde. Artiklene har gjennomgått kildekritikk og etiske overveielser som beskrevet tidligere. Styrker ved studiene er at de griper tak i forskjellige områder av problemstillingen, og anvender forskjellige forskningsmetoder. Svakheter er begrenset antall deltakere på tre av de fire kvantitative studiene, som gjør verdien av statistikken begrenset. I spørreundersøkelsene eller intervjuene, er risikoen til stede for at deltakerne ikke oppgir den fulle sannhet. Bare en av artiklene er kvalitativ, som skaper begrensninger på undersøkelse av deler av problemstillingen. Studiene sin valgte tidsperiode og studiedesign setter også begrensninger. Flere av studiene forklarer viktigheten av mer og større forskning innenfor feltet.

4.1 A Daily Diary Approach to the Examination of Chronic Stress, Daily Hassles and Safety Perceptions in Hospital Nursing

Den første artikkelen er en engelsk studie fra tidsskriftet International Society of Behavioral Medicine i 2017, og er skrevet av Louch et al. Studien undersøker hvilken effekt kronisk stress og daglige stressmomenter (ref. «daily hassles») har på sikkerhetsoppfatninger. Istedenfor å bare undersøke jobbrelatert stress, har de fokus på kronisk stress og daglige stressmomenter, fordi arbeidslivet ikke er uavhengig av livet ellers. I tillegg har de anvendt et dagbokdesign, både siden det er en overflod av tverrsnittstudier, og for å fange opp forskjeller på individnivå og de daglige oppfatningene. Metoden går ut på at 83 sykepleiere fra The National Health Service, skriver to til flere digitale dagbøker på slutten av to til flere

vaktskift. I tillegg til en førdagbok, der de blant annet brukte en 12-punkt screeningskala fra Trier Inventory for Chronic Stress, som målte fem typer stress. Dagbøkene fra slutten av vaktskiftene, undersøkte daglige utfordringer som påvirket arbeidet, hvor stressende de var, og oppfatninger om pasientsikkerhet og kognitiv svikt på arbeidsplassen (Louch et al., 2017, s. 946–948).

Resultatet ble totalt på 324 dagbok oppføringer. Deltakere som rapporterte høyere nivå av kronisk stress, rapporterte også mindre gunstig pasientsikkerhetsoppfatninger på arbeidsplassen. Funnene viste også en signifikant sammenheng mellom høyere nivå av kronisk stress og flere daglige stressmomenter i deltakertiden, og daglige stressmomenter på sin side assosieres signifikant til sikkerhetsoppfatninger. De fleste av stressmomentene var jobb relatert, og man kan derfor også si at jobb-relaterte stressmomenter har en sammenheng med mindre sikkerhetsoppfatninger i denne studien. Studien støtter tidligere forskningsrapporter mellom stress og feilgrep på arbeidsplassen, og kvalitets- og sikkerhetsproblemer innen sykehuspleie. I tillegg til at den etablerer en ny sammenheng mellom kronisk stress hos sykepleiere og opplevd sikkerhet på daglig nivå, og finner en sammenheng mellom daglige stressmoment og sikkerhetsoppfatninger. Dette antyder at sykepleiere med høyere nivåer av kronisk stress kan ha økt sårbarhet for å oppleve flere daglige stressmoment og nedsatt evne til å fungere som en trygg utøver (Louch et al., 2017, s. 949–952).

4.2 It's a matter of patient safety": understanding challenges in everyday clinical practice for achieving good care on the surgical ward – a qualitative study

Den andre artikkelen er skrevet av Jangland et al., og ble publisert i Scandinavian Journal of Caring Sciences i 2017. Det er en god artikkel for den undersøger alle utfordringer med kvalitet og pasientsikkerhet på gitte avdelinger. Selv om kravene på effektivitet er høye, er det også viktig å sikre kvalitet og sikkerhet på tjenestene. Det er en kvalitativ studie med 10 ledere fra seks kirurgiske avdelinger ved tre forskjellige sykehus i Sverige. Deltakerne er

ledere i departementet som er kirurger og hadde ansvar på departementsnivå, og seks avdelingsledere som var sykepleiere og hadde ansvar på avdelingsnivå. For å sikre maksimal variasjon ble deltakerne strategisk valgt i henhold til alder, kjønn, lengde på erfaring, ulike sykehus og regioner. De gjennomgikk to reflekterende individuelle intervjuer, først et vanlig intervju og deretter et med mulighet til å legge til eller klarne opp i tidligere svar (Jangland et al., 2017, s. 323–325).

Resultatet av studien deles i fire tema. Lederne beskrev å måtte jobbe med stadige krav og press fra sine ledere og administrasjonen om økt effektivitet og produksjon, med sikte på å flytte så mange pasienter som mulig gjennom systemet. De beskrev dette som en utfordring for pasientsikkerheten og kvaliteten på tjenestene. I tillegg kom den kontinuerlige sykepleieomsetningen og tap av sykepleiekompetanse, som en trussel mot god omsorg. Erfarne sykepleiere med høyt kompetansenivå ble sagt å være avgjørende for kvaliteten på omsorgen. En tradisjonell hierarkisk legestyrt kultur ble oppfattet som en barriere for å oppnå god omsorg. Viktige holdepunkt var tydelig ansvars- og rollefordeling, kontinuitet i teamet og god tverrfaglig kommunikasjon. Det siste de tok opp var at for å oppnå god omsorg, må organisasjonene prioritere å bruke evidensbasert sykepleie og ressurser. Men på grunn av konstant mangel på sykepleiere og ressurser ble ikke dette en prioritering i det daglige arbeidet. Det medfører et gap mellom den kvaliteten sykehuset beskriver de har og hva som kan utføres i praksis. Tung arbeidsmengde og mangel på ressurser som et hinder for å gi god og trygg pleie, resulterer ofte i moralsk stress hos sykepleierne (Jangland et al., 2017, s. 326–330).

4.3 Associations of work characteristics, employee strain and self-perceived quality of care in Emergency Departments: A cross-sectional study

For å gå nærmere inn på kvaliteten på tjenestene er den tyske artikkelen fra 2017, skrevet av Weigl og Schneider fra tidsskriftet *International Emergency Nursing* relevant. Arbeid på akuttavdelinger assosieres med et høyt potensial for arbeidsrelatert stress som bidrar til

belastning og redusert kvalitet. Det ble gjennomført en tverrsnittstudie på et sykehus i Tyskland, med 53 deltakere fra akuttmottaket, der 13 var sykepleiere, 29 var leger og 11 var ansatt i administrasjonen. Arbeidsegenskapene ble målt med et validert egenrapporteringssystem for arbeidsanalyse, som inneholdt spørsmål om veilederstøtte, bemanning, tidspress, pasientrelaterte stressfaktorer og autonomi i arbeidet. For å måle arbeidsbelastningen brukte de spørsmål om irritasjon og følelsesmessig utmattelse. Kvaliteten på arbeidet målte de med å spørre om kvalitetsindikatorer som ble identifisert i samarbeid med avdelingslederne før studiestart (Weigl & Schneider, 2017, s. 20–21).

To tredjedeler av deltakerne rapporterte følelsesmessig utmattelse. Høy irritasjon ble rapportert av 56,6% av deltakerne. Gruppen rapporterte også høyt nivå av pasientrelaterte stressorer og tidspress. Mangel på tid og veilederstøtte ble signifikant assosiert med irritasjon. Oppfattelsen av ugunstige arbeidsforhold assosieres med lavere kvalitetsoppfatning av tjenesten. Høyere irritasjon ble forbundet med lav arbeidskvalitet hos ansatte med lav autonomi. Høyere bemanningsnivå ble funnet å være signifikant assosiert med høyere selvoppfattet kvalitet på arbeidet. Ugunstig arbeidsmiljø var assosiert med økt arbeidsbelastning, som sannsynligvis vil øke risikoen for utbrenthet og andre kritiske psykiske helsemessige forhold. Assosiasjonen mellom arbeidsbelastning og veilederstøtte viser at ressurser i arbeidsmiljøet kan bidra til mindre arbeidsbelastning. En tredjedel av de undersøkte rapporterte høy følelsesmessig utmattelse. Dermed ser helsepersonellet ut til å ha en betydelig risiko for å oppleve uønsket arbeidsstress. Denne studien bekrefter samspillet mellom arbeidskarakteristikker, ansattes trivsel og kvaliteten på tjenestene (Weigl & Schneider, 2017, s. 21–24).

4.4 Work-related stressors and occurrence of adverse events in an ED

Den danske studien fra American Journal of Emergency Medicine i 2013 er skrevet av Nielsen et al. Den beskriver at arbeidsmiljø i økende grad har blitt anerkjent som en medvirkende faktor til forekomsten av feil og uønskede hendelser. Kildene til stress i

sykepleien blir som oftest identifisert relatert til arbeidsmengde, ledelse, faglige konflikter og hvordan man mestrer emosjonelle krav. Studien foregikk i en akuttavdeling på et dansk regionalt sykehus, der alle leger og sykepleiere på avdelingen ble bedt om å fylle ut et kort spørreskjema på slutten av hver vakt i fire uker. I spørreskjemaet ble det spurt om 12 spesifikke jobb-relaterte stressorer, emosjonell innvirkning av stressoren og feil eller uønskede hendelser gjennom skiftet. 96 sykepleiere og 23 medisinske spesialister eller leger var med i undersøkelsen (Nielsen et al., 2013, s. 504–505).

Totalt ble det rapportert 27 uønskede hendelser til den obligatoriske nasjonale databasen i studieperioden, mens det ble rapportert 214 uønskede hendelser til studien. Bare 10 av de uønskede hendelsene var duplikater. 63% av deltakerne var involvert i minst en uønsket hendelse i løpet av de fire ukene. Studien viste en lineær assosiasjon mellom stressorer og uheldige hendelser. Økende forekomst av stressorer eller emosjonell innvirkning økte sannsynligheten for forekomsten av uønskede hendelser. Studien viste en signifikant sammenheng mellom forekomst og emosjonell innvirkning av 12 arbeidsrelaterte stressfaktorer og involvering i uønskede hendelser i en akuttavdeling. Den hyppigste stressfaktoren var å ofte bli avbrutt gjennom arbeidsdagen, selv om det ble sett på som en normal del av dagen. For sykepleierne var dårlige arbeidsforhold og «for opptatt til å gjøre jobben tilfredsstillende» det mest stressende (Nielsen et al., 2013, s. 506–508).

4.5 ‘Care left undone’ during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care

Siste forskningsartikkel er en engelsk studie fra BMJ Quality & Safety i 2014, med forfatterne Ball et al. Den beskriver et behov for å forstå omfanget av potensielle problemer i pleie og omsorg på sykehus, og mekanismer som knytter dette til sykepleierbemanningen. Studien er interessant for den undersøker utbredelsen av pleie som ikke blir gjort (ref. «care left undone») og dets tilknytning til arbeidsmengde og kvalitet på tjenestene. Det ble brukt et tverrsnittdesign. Et spørreskjema ble distribuert til 401 avdelinger på ulike sykehus i England, og 2916 sykepleiere ble totalt inkludert i studien. Spørreskjemaet inneholdt spørsmål om

arbeidsmiljø og arbeidstilfredshet, kvalitet og sikkerhet og deres siste skift. I tillegg ble det beregnet hvor hjelpetrengende pasientene var og hvordan sykepleierbemanningen var (Ball et al., 2014, s. 116–118).

Når det kommer til mangel på pleie, rapporterte 86% at det skjedde på deres siste skift på grunn av mangel på tid. De vanligste manglene var trøst og samtale med pasienter, utdanne pasienter og utvikling eller oppdatering av sykepleieplaner. Et større antall pasienter som var hjelpetrengende var assosiert med større antall ugjorte oppgaver. Arbeidsmiljøet var også signifikant assosiert med mangel på pleie. Et mer positivt arbeidsmiljø utgjorde færre elementer av savnet pleie. Ved et mindre antall pasienter per sykepleier, sank mengden og forekomsten av ugjorte oppgaver. Det var også en sterk tilknytning mellom mengden pleie som var ugjort og sykepleiernes oppfatning av kvalitet på arbeidet og pasientsikkerheten. Pleie som ofte ble ugjort inkluderte tilstrekkelig pasientovervåking, som har blitt antatt å være en av nøkkelmekanismene mellom lav sykepleierbemanning og økt dødelighet. Mangel på pleie har potensiale til å bli brukt som en ledende indikator på identifisering av avdelinger der arbeidsmengde og bemanning setter pasienter i fare (Ball et al., 2014, s. 119–123).

5 Drøfting

Dette kapitlet omhandler drøfting av problemstilling opp mot innholdet i teori og funn. Problemstillingen er: *i hvilken grad kan opplevelse av stress blant sykepleiere påvirke faglig forsvarlighet, omsorgsfull hjelp og pasientsikkerhet?* Drøftingen er delt i fire underkapitler, som tar for seg hver sin del av problemstillingen. Først opplevelsen av stress. Deretter henholdsvis faglig forsvarlighet, omsorgsfull hjelp og pasientsikkerhet opp mot stressopplevelsen.

5.1 Opplevelse av stress – konsekvenser for sykepleien

I litteraturen er stress blitt framstilt som noe negativt for utøvelsen av sykepleierket, både av Martinsen og av Prætorius. Martinsen bruker begrepet travelhet rundt det som er stressfylt i arbeidshverdagen, som et hinder for omsorgen. Opplevelse av travelhet er noe som blir mer og mer utbredt og påvirker yrket i større grad (Martinsen, 2014, s. 226–241). Prætorius beskriver den stressfylte arbeidshverdagen som faktorer som belaster sykepleierne. Dessuten viser belastningsfaktorene at effektiviseringen og organiseringen av nye oppgaver ikke bare er noe som rammer sykepleierket, men flere yrker i samme situasjon (Prætorius & Gröhn, 2008, s. 98–100). De viser at fenomenet blir mer og mer utbredt og det er mange yrker som opplever det samme. Derfor er det viktig å belyse denne utfordringen, slik at flere yrker kan dra nytte av forskningen. Både Martinsen og Prætorius ser på stress og hastverk som noe som gjør kvaliteten og sikkerheten på arbeidet dårligere. Det har konsekvenser for utøvelse av omsorg, utøvelse av kvalitet og å gjøre et arbeid man selv er fornøyd med og ikke føler skyld eller skam over. Sykepleie er det yrket med størst mangel på arbeidskraft (Audun Gjerde, 2020, s. 15), som medfører færre ressurser å fordele og press på å utføre oppgavene. Digitaliseringen gjør at samfunnsutviklingen går raskere enn før, likevel kan kravene om økt effektivitet være nødvendig for å fordele tilgjengelige ressurser.

På den andre siden beskrev Selye i starten av oppgaven at det finnes både positivt- og negativt stress, og at positivt stress oppstår når man trives i arbeidet (Selye, 1978, s. 75–79). Selye viser at ved å fokusere på økt trivsel, vil arbeidstakere oppleve mindre belastning og negativt stress. Trivsel er en del av arbeidsmiljøet, og studien til Weigl og Schneider viser at ressurser i arbeidsmiljøet kan bidra til mindre arbeidsbelastning (2017, s. 21–24). Nøkkelen for å få positivt stress til å bli mer framtrødende kan være å forbedre trivselen på jobb og arbeidsmiljøet. Det kan brukes som en ressurs til å bedre det negative stresset. Norge har også en ressurs i at vi har mange sykepleiere per innbygger i forhold til andre land (Saunes et al., 2020, s. 83). Det skulle tilsi at det belastende stresset ikke skulle vært like framtrødende her, likevel opplever vi belastning som følge av stress. Kanskje opplevelsen av stress er påvirket av vårt samfunn, og at vi har gode vilkår. Opplevelsen av stress varierer fra person til person, men kanskje mellom kulturer også. Kanskje land med dårligere vilkår opplever større belastning.

5.2 Forsvarlighet og arbeidsbelastning

I innledningen poengterte legene på avdelingen til Daniel, at hendelsen var en katastrofe som ventet på å skje (Otterlei, 2018). Dermed kan travelheten på avdelingen tolkes slik at det var stor risiko for uforsvarlighet, med mange arbeidsoppgaver på lite personell. Loven utdyper at helsepersonellet skal opptre innenfor det som er forsvarlig å forvente (Helsepersonelloven, 1999). Det å være stresset eller oppleve stress i seg selv trenger ikke bety at man opptre uforsvarlig. Likevel kan travelhet forårsake at oppgaver ikke blir gjort eller glemt, slik som i Daniels tilfelle. Når sykepleieren har mer tid til å planlegge handlingen eller handlingen har mindre risiko forventes det mindre av sykepleieren (Molven, 2019, s. 144–146). Når akutte situasjoner oppstår har man i utgangspunktet dårlig tid og økt risiko. Hvis det i tillegg er travelt på skiftet vil man ha enda dårligere tid, og det kan utløse en større risiko. Over tid kan det forårsake større risiko for belastning blant sykepleierne (Håpnæs et al., 2018, s. 6–8).

Belastningsreaksjoner blant arbeidstakere kan skape nedsatt forsvarlighet, i følge Prætorius. Arbeidsrelatert akutt stress vil kunne forårsake glemsomhet, nedsatt konsentrasjon, uro og

rastløshet, nedsatt engasjement og glede over aktiviteter (Prætorius & Gröhn, 2008, s. 35). Symptomene kan forårsake en kritisk situasjon under ansvarsfulle og risikable oppgaver, som sykepleierne ofte har. En irritert sykepleier uten engasjement vil ha en negativ påvirkning på pasienter og kolleger. Ugunstig arbeidsmiljø er assosiert med økt arbeidsbelastning, i følge Weigl og Schneider (2017, s. 21–24). Ifølge studien og belastningsreaksjonen vil ugunstig arbeidsmiljø og økt arbeidsbelastning påvirke hverandre negativt. Det kommer også fram i studien at helsepersonell har betydelig risiko for å oppleve uønsket arbeidsstress og mange rapporterte følelsesmessig utmattelse (Weigl & Schneider, 2017, s. 21–24). Risikoen for uønsket arbeidsstress gjør belastningsreaksjonen mer framtrædende, og andelen utmattelse blant deltakerne viser hvor utbredt problemet er. I studien til Ball et al. var et positivt arbeidsmiljø assosiert med mindre forekomst av ugjort pleie (Ball et al., 2014, s. 119–123). Det vil si at ved å investere i et godt arbeidsmiljø og en god grunnbemanning vil mindre sykepleieoppgaver stå igjen som ugjort.

5.2.1 Overlessing av arbeid

Økt arbeidsmengde gir mindre tid til hver enkelt oppgave. Overlessing av arbeid beskrives som belastningsfaktor nummer en, og gjør at arbeidstaker ofte blir avbrutt i arbeidet på grunn av uforutsette situasjoner (Prætorius & Gröhn, 2008, s. 100–106). Uforutsigbarhet og underbemanning påvirker fortløpende bestemmelser og prioriteringer. Arbeidstaker må ta hastige avgjørelser på grunn av begrenset tid, ansvar for mange pasienter og uforutsigbarhet. Det skaper mindre tid til planlegging og utførelse. Nye arbeidsoppgaver oppstår også raskt, arbeidsoppgaver som man ikke er fortrolig med (Prætorius & Gröhn, 2008, s. 100–106). Dette skaper en usikkerhet hos arbeidstaker, som kan være en utfordring for pasientsikkerheten. En sykepleier som hele tiden blir avbrutt i arbeidet kan skape irritasjon både for sykepleier og pasient, og mer alvorlig føre til at sykepleiere gjør feil. Det vil være uforsvarlig å gjøre arbeidsoppgaver man ikke har inneværende kunnskap eller erfaring til å utføre. Studien til Ball et al. rapporterte at et lavere antall pasienter per sykepleier var assosiert med mindre forekomst av ugjort pleie (Ball et al., 2014, s. 119–123). WHO rapporterer at Norge har blant den høyeste sykepleiedekningen i Europa (Saunes et al., 2020, s. 83), som ifølge studien tilsvarer at Norge burde ha et lavt antall ugjort pleie.

5.2.2 Kronisk stress

Overlessing av arbeid over lengre tid kan føre til kroniske tilstander, det belyser studien til Louch et al. og to av Prætorius sine belastningsreaksjoner. En kronisk belastningsreaksjon vil kunne føre til at arbeidsoppgavene blir økende uoverkommelig, og man mister kontakt med egne evner og kompetanse (Prætorius & Gröhn, 2008, s. 165–173). Studien viser en sammenheng mellom kronisk stress og lavere sikkerhetsoppfatninger. Det viser at grunnen til lavere sikkerhetsoppfatninger ved kronisk stress, kan være at en ikke lenger har kunnskap til å opptre forsvarlig. Signal fra pasienter eller rapporter fra kollegaer kan oversees ubevisst. Studien viser at deltakerne oppfattet det som mindre forsvarlig å jobbe som sykepleier når man er kronisk stresset, og de fleste stressmomentene var jobb-relatert (Louch et al., 2017, s. 949–952). Det viser til at sykepleiere kan få kronisk stress av at arbeidet overstiger egen kapasitet, noe som er et vanlig fenomen, og dette gjør at sykepleierne selv mener arbeidet utføres mindre forsvarlig. Den alvorligste belastningsreaksjonen forårsaker at man stenger seg ute fra situasjonen (Prætorius & Gröhn, 2008, s. 165–173), ved å gjøre det vil man verken kunne samhandle med pasienter eller kolleger. Både Prætorius og studien kommer fram til at kronisk stress eller kronisk belastning fører til lavere oppfatning av sikkerhet.

Studien viser også til at kronisk stress gir økt sannsynlighet for å oppleve daglige stressmomenter (Louch et al., 2017, s. 949–952), dette kan være en indikator på at stress gir økt risiko for å oppleve mer stress. Travelheten, stresset og belastningen gjør at man ikke alltid klarer å være like påpasselig på forsvarligheten. Enten så har man ikke tid, eller så har man ikke engasjement eller evner til å gå gjennom alle sikkerhetskontroller og vurderinger man ellers ville gjort, før man tar en avgjørelse eller gjør en oppgave. Selye påpeker at mest skadelige stressfaktorer oppstår av arbeid med konstant nedvurdering, og voldsom frustrasjon kan fremkalle flere ugunstige tilstander (Selye, 1978, s. 75–79). Ved arbeid under konstant press og stress, særlig ved psykologiske faktorer, kan sykepleierne ikke bare få kronisk stress og belastningsreaksjoner, men også andre tilstander viser Selye. Dette støtter undersøkelsen til NSF som viser at krevende patientsammensetning og underbemanning over tid, oppleves belastende for sykepleierne, og er skylden bak en del sykefravær (Håpnes et al., 2018, s. 6–8).

5.3 Å være *helt* der hvor man er

Å utøve omsorgsfull hjelp er en del av det å være sykepleier, og er også formulert i lovverket (Helsepersonelloven, 1999). Martinsen mener likevel at det erstattes av prosedyrer og tekniske gjøremål (Martinsen, 2014, s. 226–241). Det forklarer at sykepleierne får så mange andre oppgaver, at omsorg må nedprioriteres. Nye holdninger og måter å arbeide på viser Prætorius også til i belastningsfaktor nummer tre (Prætorius & Gröhn, 2008, s. 106–135). Det skaper en usikkerhet hos arbeidstakere, og kan føre til at de ikke får utført jobben slik som de ønsker. Sykepleierne kan ønske å implementere omsorg i arbeidshverdagen, men får ikke gjort det på grunn av ledere som vil øke effektiviteten. Lederne på sin side får stadige krav fra sine ledere om å øke pasientgjennomstrømningen og lønnsomheten viser studien til Jangland et al. Deltakerne så at lederne og arbeidstakerne har forskjellige mål, og at kravene til lederne er en utfordring for arbeidet (Jangland et al., 2017, s. 326–330). Det skaper et krysspress mot å gjøre det man får beskjed om eller det man selv er fornøyd med.

Forvaltningen av ressurser gjøres lenger oppe i virksomheten og staten, og siden man ofte har forskjellige mål vil det være vanskelig å forbedre. Likevel sier regjeringen at kvalitet og pasientsikkerhet er sentralt i regjeringens politikk (St. Meld 11, 2020), og på den andre siden viser studien til at sykepleiemangelen gjør at de ikke har ressurser til å øke kvaliteten og kompetansen i sykepleien (Jangland et al., 2017, s. 326–330). Sykepleiemangelen er et utbredt problem, som ikke nødvendigvis er lett å fikse. Ressursene må fordeles, og det må ikke bare søkes å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet, uønskede hendelser og lovbrudd. Men omsorg må også forskes på og informeres om for å kunne forbedres.

Både Martinsen og studien viser at effektivitet er en utfordring for arbeidet til sykepleierne og omsorgen til pasientene. For å oppnå bedre omsorg må virksomhetene ha ressurser til å lære opp sykepleierne og sikre bedre kvalitet på tjenestene. Kanskje omsorgen må tilpasses litt til tiden man er i. Selv om man ikke har like god tid med pasienten, er det vel så viktig å være til stede når man først er der: å bruke tiden godt og vise respekt ved å ikke haste seg gjennom gjøremål. Å forbedre omsorgen tror jeg ville vært positivt ikke bare for at pasienten føler seg bedre ivaretatt, men de kan gi beskjed om bekymringer raskere og man kan selv oppdage avvik raskere. Belastningsfaktoren viser at ledelsen skyver vekk gamle holdninger

for å benytte nye og effektive måter å jobbe på. Studien viser at lederne ser problematikken og utfordringene, men at de har begrensede ressurser som blir fordelt lenger oppe i virksomheten eller staten generelt. Å være helt der hvor man er innebærer å bruke den tiden man har med pasienten, *på* pasienten (Martinsen, 2003, s. 89). Det trenger ikke å ta mer tid dersom man bruker tiden inne med pasienten smartere, men stress vil blokkere evnen til sykepleieskjønn og å se det sårbare. Stress gir bare rom for ansvarsforskrivelse og skyldfølelse (Martinsen, 2014, s. 226–241).

5.3.1 Pasientene trenger omsorg

Hastverket sykepleierne uttrykker kan også føres over på pasientene, nevnte Martinsen (Martinsen, 2014, s. 226–241). Hvis dette fører til at de føler seg som en byrde eller utilpass, kan de ville utskrives raskere og unnlate å gi beskjed om symptomer eller smerter. Dette er kritisk for behandlingen de har rett på, for å få riktig forløp tilpasset den enkelte pasient må man sammen ha en kontinuerlig dialog. Da kommer enda en utfordring til syne, den stadige utskiftingen av arbeidstakere, deltidsstillinger og benyttelse av ufaglærte gjør kontinuiteten i sykepleien utfordrende. Det kan føre til at oppgaver som trøst og samtale med pasienter, utdanne pasienter og utvikling eller oppdatering av sykepleieplaner ikke blir gjort, slik som studien til Ball al et. viste (2014, s. 119–123). Mye av dette er assosiert med det å vise omsorg, og som Martinsen skriver er det mye av dette som nedprioriteres ved travelhet på avdelingen (Martinsen, 2014, s. 244). Jeg kan forstå det, for som sykepleier må man prioritere det akutte og livreddende først. Det kan likevel være vanskelig å finne en balansegang mellom det å gjøre de kliniske oppgavene man må og det å vise omsorg og være til stede for en person som er i en sårbar situasjon. Hvis ikke sykepleierne gjør det, kan det hende ingen gjør det. Den sårbare situasjonen gjør at pasientene er avhengig av ro og trygghet, de merker raskt en hektisk avdeling eller en stresset sykepleier, og dette stresset er overførbart til pasienten. Omsorgen skal gjøres med handlinger og holdninger som skaper tillit. Det skal være tid til å utføre omsorg, for det er en del av arbeidet til sykepleiere.

5.3.2 Ansvaret for omsorgen

Omsorg er et ansvarsområde for sykepleiere. På den ene siden kan dette ansvaret bli utfordrende dersom sykepleieren selv er svak eller sårbar, men på den andre siden kan det gi grobunn for felles erfaringer og et nærmere forhold. En stresset sykepleier vil kunne skape en maktskjevhet i relasjonen med pasient. I tillegg kan det skape moralsk stress og skam når stresset skaper hindringer for utøvelse av omsorgen (Kirkevold, 1998, s. 168–182). Dårlig tid og veilederstøtte skapte irritasjon og følelsesmessig utmattelse, som i sin tur utgjorde lavere arbeidskvalitet, ifølge studien til Weigl og Schneider (2017, s. 21–24). Høy irritasjon og følelsesmessig utmattelse kan komme av skyldfølelse og skam for å ikke få gjort det man ønsker, som kan skape moralsk stress. Felles sårbarhet gir grobunn for felles erfaringer, men det hjelper ikke hvis sykepleieren står midt oppi den sårbare situasjonen og føler på apati og resignasjon. Maktskjevheten i hastverket skaper en lengre avstand mellom sykepleierne og pasientene. Det er ikke bare den enkelte sykepleier sitt ansvar å gi omsorgsfull hjelp. Dette kommer fram både i helse- og omsorgstjenesteloven sitt krav og i omsorgsfilosofien (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Martinsen beskriver at det også er samfunnets rettsplikt å utbygge tjenester og midler som hjelper de trengende. Likevel bygges tjenestene bare ut som vekstomsorg, og det er om å gjøre å få pasientene fortest mulig utskrivningsklare (Martinsen, 2003, s. 77–81). Hadde man bygd ut tjenestene etter hva pasientene trenger hadde kanskje omsorg kommet mer fram i behandlingen. Ved å ikke ha tjenester tilpasset pasientgruppen og dårlig kvalitet på arbeidet, vil effektiviteten for å gjøre mest mulig bli ineffektiv siden alt blir halvveis.

5.4 Effektivitet på tross av pasientsikkerhet

Pasientsikkerhet skal sikres gjennom lovverkets krav om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. I praksis sikres den gjennom rapportering av uønskede hendelser. Likevel er det et stadig press om at omsetningen skal gå raskere og man skal klare arbeidet med mindre ressurser, noe som studien til Jangland et al. rapporterer er en utfordring for pasientsikkerheten (2017, s. 326–330). Den økte effektiviteten samsvarer også med belastningsfaktorene. Mer omsetning med mindre ressurser gjør at arbeidet skiftes fra

kvalitet til kvantitet siden nedskjæringene ikke tar hensyn til kvalitetsarbeid (Prætorius & Gröhn, 2008, s. 106–135). Både studien og belastningsfaktorene kommer fram til at dette ofte resulterer i moralsk stress, siden man ikke får utøvd den sykepleien man ønsker. Effektiviteten er en utfordring for pasientsikkerheten, og kvaliteten på arbeidet risikerer å minske når man bare fokuserer på kvantitet og effektivitet.

5.4.1 Uønskede hendelser

Når pasientsikkerheten skal sikres gjennom rapportering av uønskede hendelser, er det paradoksalt at bare noen få hendelser rapporteres i studien til Nielsen et al., der bare et fåtall av avvikene ble rapportert til avvikssystemet. Over halvparten av deltakerne var med i en uønsket hendelse, det var likevel ikke noe ledelsen fikk vite siden det ikke ble rapportert. Flere stressorer utgjorde flere uønskede hendelser (Nielsen et al., 2013, s. 506–508). Sykepleiere oppgir at de ikke har tid til å gjøre jobben skikkelig, samtidig som det er høy risiko for at feil kan sette liv og helse i fare (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Tidspresset skaper uønskede hendelser, og siden sykepleiere har kritiske arbeidsoppgaver kan feil lett bli kritisk for pasientsikkerheten. Ved å senke tidspresset ville sykepleierne fått mindre forekomst av jobbrelatert stress og risikoen for uønskede hendelser ville minsket.

Liten tid og høy risiko ved feilhandlinger øker opplevelsen av stress ifølge levekårsundersøkelsen (Norsk sykepleierforbund, u.å.), som igjen øker sannsynligheten for å være involvert i en uønsket hendelse ifølge studien. Å bli avbrutt gjennom arbeidsdagen og ikke kunne gjøre jobben tilfredsstillende fører også til stress, som øker sannsynligheten for feil. Feil kan sette liv og helse i fare. Det store ansvaret sykepleierne har, både for utdeling av medisiner og utføring av behandlingsprosedyrer kan skape stress. Når det i tillegg er en stor fare for å gjøre feil, eller ikke ha tid til å gjøre riktig, kan det skape enda mer stress og skyldfølelse for å være medskyldig i en komplikasjon. Det oppstår pasientskade ved 12,4 % av sykehusopphold (St. Meld 11, 2020, s. 33). Dette tallet er alt for høyt, og en fare for arbeidshelsen til sykepleierne og pasientsikkerheten, vertfall om flere uønskede hendelser ikke blir rapportert.

5.4.2 Mangel på sykepleie

86% av sykepleiere har mangel på pleie på deres siste skift grunnet tidsmangel, ifølge studien til Ball et al. (2014, s. 119–123). Det viser omfanget av hva mangel på tid gjør med utøvelsen av sykepleie. Trolig var dette de minst prioriterte oppgavene, men likevel vel så viktig for å kunne ha oversikt, være fortrolig med arbeidet og gi helhetlig pleie. Det forventes at man skal klare alle de nye arbeidsoppgavene som man ikke har ressurser eller forutsetninger til å klare, forklarer den siste belastningsfaktoren (Prætorius & Gröhn, 2008, s. 106–135). Arbeidsoppgavene er de samme uansett hvor mange man er på jobb, om det er travelt eller hvor hjelpetrengende pasientgruppen er. Studien rapporterer at flere hjelpetrengende pasienter på avdelingen, utgjør at flere sykepleieoppgaver står ugjort. Bemanningsnivået blir ofte ikke justert etter pasientgruppen, som kan gjøre at man noen ganger ikke får tid til alt og noen ganger har tid til overs. Et lavere antall ugjorte oppgaver vil forbedre kvaliteten og pasientsikkerheten. En bedre grunnbemanning vil også kunne forbedre belastningsfaktoren.

Det er spesielt kritisk ut over pasientsikkerheten når mangel på pleie inkluderer viktige kliniske oppgaver som tilstrekkelig pasientovervåking. Dette er beskrevet som en av nøkkelmekanismene mellom lav sykepleierbemanning og økt dødelighet (Ball et al., 2014, s. 119–123). Det er når bemanningen blir så lav at oppgaver som må gjøres ikke blir gjort, at det virkelig går ut over pasientsikkerheten. Økt dødelighet kan beskrives som det alvorligste bruddet mot pasientsikkerheten. Det ble beskrevet i eksempelet i innledningen, der personalet ikke hadde tid til tilstrekkelig pasientovervåking og Daniel døde alene på pasientrommet (Otterlei, 2018). Det er et eksempel på hvor langt det kan gå dersom bemanningen blir for lav og pasientsituasjonene for krevende til å holde oversikten. Helsetilsynet rapporterte lovbrudd på ni av ti tilsyn i 2019 (Statens helsetilsyn, 2019, s. 44). Dersom sykepleiemangelen fortsetter å øke og helsetjenesten fortsetter med innstramminger vil slike lovbrudd vedvare og potensielt ha fare for å øke. Dødeligheten på sykehus vil med dette ha fare for å øke som konsekvens av innstramminger og underbemanning.

6 Konklusjon

I denne bacheloroppgaven er det undersøkt i hvilken grad opplevelse av stress blant sykepleiere kan påvirke faglig forsvarlighet, omsorgsfull hjelp og pasientsikkerhet. Oppgaven har brukt flere kilder med ulike synsvinkler på problemstillingen. Deriblant omsorgsfilosofi, belastningsfaktorer og -reaksjoner, lovverk, statistikk og fem ulike forskningsartikler. Disse har vært med å belyse spekteret i problemstillingen, selv om mye mer kunne blitt dratt inn. Det at denne litteraturen ble valgt til å belyse problemstillingen gjorde at blant annet kvantitativ forskning og statistikk ble framtrødende. Teorien beskrev negativt stress, som gjorde at konsekvenser av stress ble framtrødende og de positive påvirkningene ble mindre belyst. Det trengs mer litteratur på positive sider ved stress, da de fleste undersøker de negative konsekvensene. Årsak til stress blant sykepleiere kan være individuelle. De prosessene som ligger bak årsakene, slik som sykepleiemangel, underbemanning, økonomiske innstramminger, arbeidsbelastning og arbeidsmiljø er så store begrep i seg selv at de ikke kunne utdypes videre i oppgaven. Disse prosessene er ikke en utfordring som er lett å fikse, det vises i at det er en utfordring på verdensbasis. Valgt tema er noe det trengs mer forskning på, da søkene ga begrensede treff.

I drøftingen ble det tatt opp hvordan stress kan ha en innvirkning på sykepleien som utføres. Daniel ble flere ganger dratt inn som et eksempel der underbemanning skapte en farlig og uforsvarlig situasjon. I vurderingen av uforsvarlighet, skapte dårlig tid en større risiko for feilhandlinger. Kontinuerlig arbeids-relatert stress kan blant annet føre til irritabel, apatisk, glemsom og mindre tilstedeværende sykepleiere. Hastigheten, digitaliseringen og effektiviseringen i samfunnet går også utover sykepleierne. Det gjør at vi må jobbe raskere, vi får flere oppgaver og teknologi blir en større del av yrkeshverdagen. Det blir flere eldre, mennesker lever generelt lengre med sykdommer og det blir mer komplekse oppgaver til sykepleierne. Omsorgen er ikke en like stor del av arbeidsoppgavene til mange. For å få dette mer opp i lyset trengs det ressurser og rutiner på det. For å forbedre pasientsikkerheten trengs det mer tid, gode ledere og god veilederstøtte til sykepleierne, i tillegg til rapportering av uønskede hendelser og oppgaver som ikke blir gjort.

Effektiviseringen er kommet for en grunn. Vi har tilpasset oss denne måten å jobbe på, og de fleste klarer det, i hvert fall tilsynelatende. Likevel blir det for mye for noen, og det kan være vanskelig å stå frem med at jobben er for krevende. Det burde ikke være tabubelagt og av og til føle seg utilstrekkelig på arbeidsplassen. Det er viktig for en sykepleier å være våken og til stede på grunn av det store ansvaret, og dermed desto viktigere å være åpen om slike utfordringer. Dette temaet vil kunne bli mer aktuelt videre framover med økt sykepleiemangel og en voksende pasientgruppe med varierte sykdomsbilder, folk lever lengre og med mer komplekst sykdomsbilde.

Studiene viste at lavt bemanningsnivå og dårlig arbeidsmiljø, effektivitet og produksjon var en utfordring for pasientsikkerheten. De viste utbredelsen av utmattelse og kronisk stress. Ut fra valgt kunnskap har jeg kommet fram til at stress blant annet kan føre til dårlig arbeidsmiljø, irritasjon, moralsk stress, kronisk stress og belastningsreaksjoner. I tillegg til skyld, skam og fysiologiske reaksjoner. Det er flere årsaker, konsekvenser og individuelle faktorer, som oppgaven ikke har belyst. Stress vil alltid være til stede som en naturlig reaksjon i kroppen, og det kan være positivt. Likevel viser valgt litteratur at opplevelsen av for mye stress på arbeidsplassen kan være negativt for faglig forsvarlighet, omsorgsfull hjelp og pasientsikkerhet.

7 Litteraturliste

- Audun Gjerde. (2020). *NAV's bedriftundersøkelse 2020 (2)*. Arbeids- og velferdsdirektoratet. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd/bedriftsundersokelsen>
- Ball, J. E., Murrells, T., Rafferty, A. M., Morrow, E. & Griffiths, P. (2014). 'Care left undone' during nursing shifts: Associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 23(2), 116–125. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001767>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Gyldendal akademisk.
- Fonn, M. (2019, 14. februar). Kari Martinsen: – Pleien tar den tiden den tar. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/2019/02/kari-martinsen-pleien-tar-den-tiden-den-tar>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell (LOV-2020-12-04-134)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Håpnes, T., Ose, S., Øyum, L. & Sintef. (2018). *Sykefraværarbeid i sykehus*. Norsk sykepleierforbund. <https://nyvev.nsf.no/sites/default/files/inline-images/wigYkN1M84kKj7Ovb1Ks1qKzIPhW6rnkVvYftZMmHZDhgypwJZ.pdf>
- Jangland, E., Nyberg, B. & Yngman-Uhlin, P. (2017). 'It's a matter of patient safety': Understanding challenges in everyday clinical practice for achieving good care on the surgical ward - a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(2), 323–331. <https://doi.org/10.1111/scs.12350>
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: Analyse og evaluering*. Ad Notam Gyldendal.
- Kunnskapsbasert praksis. (2016, 3. juni). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket.no; Helsebiblioteket.no. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Louch, G., O'Hara, J., Gardner, P. & O'Connor, D. B. (2017). A Daily Diary Approach to the Examination of Chronic Stress, Daily Hassles and Safety Perceptions in Hospital Nursing. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24(6), 946–956. <https://doi.org/10.1007/s12529-017-9655-2>

- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays*. Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2013). Omsorg, sårbarhet og tid. I H. Alsvåg, Å. Bergland & O. Førland (Red.), *Nødvendige omveier: En vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70-årsdag*. Cappelen Damm akademisk.
- Martinsen, K. (2014). «Vil du meg noe?» Om sårbarhet og travelhet i helsevesenets rom. I H. Alsvåg, O. Førland & F. F. Jacobsen (Red.), *Rom for omsorg?* Fagbokforl.
- Martinsen, K. & Kjær, T. A. (2018). *Bevegelig berørt*. Fagbokforl.
- Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6. utg.). Gyldendal.
- Muladal, A. (2020, 6. september). Sykepleier Renee (30) slår alarm: – Jeg har konstant dårlig samvittighet. VG.
https://www.vg.no/i/na54za?utm_source=kopierlink&utm_content=deleknapp&utm_campaign=topp
- Nielsen, K. J., Pedersen, A. H., Rasmussen, K., Pape, L. & Mikkelsen, K. L. (2013). Work-related stressors and occurrence of adverse events in an ED. *The American Journal of Emergency Medicine*, 31(3), 504–508. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2012.10.002>
- Norsk sykepleierforbund. (u.å.). *Fakta om sykepleiernes arbeidsmiljø*. Hentet 22. mars 2021 fra <https://www.nsf.no/arbeidsvilkar/fakta-om-sykepleiernes-arbeidsmiljo>
- Otterlei, S. S. (2018, 19. desember). Sykepleierne varslet over hundre ganger om underbemanning før Daniel (43) døde. NRK.
https://www.nrk.no/vestland/sykepleierne-varslet-over-hundre-ganger-om-underbemanning-for-daniel-_43_-dode-1.14344590
- Otterlei, S. S. & Arnesen, M. (2019, 21. februar). Jordmødre og sykepleiere slår alarm om pasientsikkerheten på Kvinneklinikken. NRK.
<https://www.nrk.no/vestland/jordmodre-og-sykepleiere-slar-alarm-om-pasientsikkerheten-pa-kvinneklinikken-1.14440650>
- Prætorius, N. U. & Gröhn, H. (2008). *Stress det moderne traume*. Gyldendal akademisk.
- Rådet for sykepleieetik. (2020, 5. mai). – *Den prekære sykepleiermangelen er et etisk problem*. <https://sykepleien.no/meninger/innsjill/2020/05/den-prekaere-sykepleiermangelen-er-et-etisk-problem>

- Saunes, I. S., Karanikolos, M. & Sagan, A. (2020). *Norway: Health system review. Health systems in Transition* (Vol. 22 No. 1).
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331786/HiT-22-1-2020-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Selye, H. (1978). *Stress uten press*. Hjemmet.
- St. Meld 11. (2020). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2019*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20202021/id2791147/>
- Statens helsetilsyn. (2019). *Årsrapport 2019* (s. 108).
<https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/aarsrapporter/aarsrapport2019.pdf>
- Støren, I. (2013). *Bare søk!: Praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudie*. Cappelen Damm.
- VID diakonale høyskole. (2017, 12. mai). *Retningslinjer for akademisk oppgaveskriving på bachelor-, videreutdanning- og masternivå – APA 7*.
<https://www.vid.no/site/assets/files/7525/retningslinjer-for-oppgaveskriving-apa-norsk-vid-1.pdf?nc=1601034432>
- Weigl, M. & Schneider, A. (2017). Associations of work characteristics, employee strain and self-perceived quality of care in Emergency Departments: A cross-sectional study. *International Emergency Nursing*, 30, 20–24.
<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.07.002>
- Aase, K. (2015). *Pasientsikkerhet teori og praksis*. Universitetsforl.