



UNIVERSITETET I
NORDLAND

MASTEROPPGAVE

«De ukjente kjerneverdiene..»

- en kvalitativ studie om sykepleieres
erfaringer med verdier i praksis

Masteroppgave i klinisk sykepleie

SY300H

Gro Bentzen

Mai 2013



Innhold

Forord

Sammendrag

1.0 INNLEDNING	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Oppgavens innhold og oppbygging	6
1.3 Begrepsavklaring	6
2.0 TIDLIGERE FORSKNING	8
2.1 Søkeprosedyre	8
2.2 Presentasjon av relevant forskning	9
3.0 TEORI	12
3.1 Caritativ ledelsesteori	12
4.0 FORSKNINGSMETODE	16
4.1 Kvalitativ metode	16
4.2 Fokusgrupper	16
4.3 Gjennomføring av fokusgruppeintervjuer	17
4.4 Dataanalyse	19
4.5 Forskningsetikk	20
4.6 Studiens vitenskapelighet	20

5.0 RESULTATER	22
5.1 Kjennskap til kjerneverdiene	22
5.2 Verdier og refleksjon er viktig for sykepleierne	23
5.3 Tidspress og frustrasjoner i hverdagen	25
6.0 DISKUSJON	28
6.1 Verdifokus eller moralsk selvjustis	28
6.2 Helhet, «varifisering» og ubegrenset ansvar for pasienten	30
6.3 Organisatorisk kompetanse	33
6.4 Sykepleiernes makt i organisasjon	34
6.5 Caritativ ledelse kan gi sykepleiefaget mere makt	35
7.0 AVSLUTNING	37

Referanser

Vitenskapelig artikkel

«Values that vanish into thin air»

The nurses`experience of values in their daily work.

Populærvitenskapelig artikkel

«De ukjente kjerneverdiene»

Vedlegg

Vedlegg nr. 1: Lesematrise

Vedlegg nr. 2: Informasjon og samtykkeerklæring

Vedlegg nr. 3: Temaguide

Vedlegg nr. 4: Melding fra NSD

Vedlegg nr. 5: Foto av analyseredskap

Vedlegg nr. 6: Forfattererklæring

Vedlegg nr. 7: Personvernombudet for forskning

Forord

Det å studere ved Universitetet i Nordland på masterstudiet i klinisk sykepleie har vært en flott og krevende opplevelse for meg. Som student har jeg fått anledning til å fordype meg innenfor en rekke områder knyttet til sykepleiefaget og min masterstudie, og ikke minst fått innsikt og kunnskap om oppgaveskriving og forskning. Jeg har ervervet en stor respekt og interesse for forskningsfeltet og ser at det er meget arbeidskrevende.

Mastergradsoppgaven ble påbegynt senhøstes 2010 sammen med medstudent Anita Harsvik, og vi jobbet sammen frem til mai 2012. Jeg vil rette en stor takk til Anita for betydelig innsats og bidrag i forbindelse med datainnsamling og analyse. Jeg vil også takke alle deltagerne i fokusgruppene som delte sine erfaringer og refleksjoner med oss. Stor takk til min veileder, professor Berit Støre Brinchmann for kritiske innspill, støtte og gode råd. Takk til professor Terese Bondas og engasjerte medstudenter for gode diskusjoner og reflekterte tilbakemeldinger i gruppeveiledning og undervisning.

Takk til forskningsavdelingen ved Nordlandssykehuset HF ved Knut Sørgaard og Marianne Elvik, som tildelte meg forskningsmidler for å skrive vitenskapelig artikkel. Takk til tidligere og nåværende ledere av Anestesienheten NLSH, og avdelingsleder for operasjon/anestesi i AKUM, NLSH for tilrettelegging av arbeidstiden slik at jeg fikk tid til å skrive. Det var avgjørende for at jeg kom i mål.

En stor takk til Kåre Dalhaug, Roger Steinbakk, Ove Eide og Elin Strand på biblioteket ved Nordlandssykehuset for dyktig og uvurderlig hjelp.

Til sist en stor takk til min familie, som har holdt ut sammen med meg, og heiet på meg!

Sammendrag

Hensikten med denne studien var, med utgangspunkt i de nasjonale kjerneverdier for spesialisthelsetjenesten, å undersøke hvordan sykepleierne erfarer at etiske verdier kommer til uttrykk i daglig praksis i et norsk sykehus preget av helsereformer og New Public Management.

Forskning viser at et økende fokus på effektivitet, produksjon og økonomi i vestlig helsevesen har innvirkning på sykepleiefaglig standard og sykepleieverdier. Ressursmangel og påfølgende etiske vanskelige prioriteringer medfører belastning på sykepleierne.

Studien er kvalitativ med en induktiv tilnærming. Datainnsamling ble gjort ved å gjennomføre 4 fokusgruppeintervjuer med spesialsykepleiere og sykepleiere. Data ble analysert ved hjelp av innholdsanalyse. Resultatene er presentert gjennom 3 hovedtema med 1. Kjennskap til kjerneverdiene 2. Verdier og refleksjon er viktig for sykepleierne. 3. Tidspress og sykepleiefrustrasjoner i hverdagen.

Studiens resultater viser at kjerneverdiene er ukjente i de somatiske enheter, men i de psykiatriske enheter er de kjent og definert gjennom gruppearbeid i forbindelse med et verdiprojekt. Alle sykepleierne, uavhengig av kjennskap til kjerneverdiene, mener at verdier har avgjørende betydning for kvaliteten på sykepleien, men i de somatiske enheter blir verdiene ofte fortrent i den daglige praksis på grunn av en rekke kontekstuelle begrensninger. Dette fører til suboptimale sykepleiefaglige standarder og frustrasjoner, slitenhet og dårlig samvittighet hos sykepleierne, noe som kan lede til moralsk nød hos sykepleierne.

Konklusjonen er at verdier og refleksjon rundt dette er viktig for kvaliteten på sykepleiefaget og for sykepleiernes profesjonelle selvforståelse. Det er derfor viktig at organisering og ledelse av sykepleietjenesten i sykehusene er tilpasset faglige krav, verdier og idealer så vel som økonomisk tilpasning. Caritativ ledelsesteori introduseres her, og presenterer et lydhørt lederskap som tar utgangspunkt i caritasmotivet og hovedoppgaven, pasienten og dennes lidelse. Dette kombineres med effektivitet, evidensbasert kunnskap og administrasjon og skaper en utviklende og omsorgsfull kultur til beste for pasienten, pårørende og helsearbeiderne.

1.0 INNLEDNING

Dette er min masteroppgave i klinisk sykepleie ved Profesjonshøgskolen ved Universitetet i Nordland.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom over 20 års erfaring som sykepleier og spesialsykepleier i spesialisthelsetjenesten, har jeg opplevd at fokuset i arbeidshverdagen i økende grad er blitt økonomi, omorganisering, effektivisering og produksjon. Sengeposter er lagt ned, avdelinger slått sammen og tjenestetilbud er redusert eller flyttet til andre sykehus. Samtidig har antallet innleggelse, operasjoner og antallet korridorpasienter økt jevnt og trutt i sykehuset. Dette økende økonomiske, markedsorienterte fokus, også kalt New Public Management, har etter min oppfatning blitt stadig sterkere etter at Helseforetaksreformen ble innført i 2002. Med denne reformen har nye virkemidler som konkurranseutsetting, outsourcing, benchmarking og LEAN prosjekter blitt tatt i bruk for å øke effektiviteten og lønnsomheten i helseforetakene. Nye virkemidler, nytt språk, og begreper fra økonomiens verden, som har fått innpass og betydning i sykepleiernes hverdag.

I forbindelse med oppstart og innføringen av helseforetaksreformen i 2002 ble det vedtatt, og innført, felles nasjonale kjerneverdier for spesialisthelsetjenesten. Kjerneverdiene ble utarbeidet gjennom et samarbeid mellom daværende regjering, ved helseminister Høybråten og de regionale helseforetaksledelsene. Utgangspunktet for kjerneverdiene som ble valgt var først og fremst fagenes verdier og holdninger som gjenspeiles i helsevesenet og i velferdsstatens verdigrunnlag. Formålsparagrafene i Lov om spesialisthelsetjenesten og Pasientrettighetsloven lå også til grunn.

Kjerneverdiene de kom frem til er;

- * Kvalitet i prosess og resultat
- * Trygghet for tilgjengelighet og omsorg
- * Respekt i møtet med pasienten

I kraft av å være tillitsvalgt for Norsk Sykepleierforbund deltok jeg primo 2010 på en konferanse som presenterte et regionalt 2-årig verdiprojekt med utgangspunkt i de nasjonale kjerneverdiene for spesialisthelsetjenesten. Dette inspirerte meg, og var den utløsende faktor for ønsket om å skrive min masteroppgave om:

«Sykepleieres erfaring med kjerneverdiene i arbeidshverdagen»

Ut fra denne problemstillingen har jeg stilt følgende forskningsspørsmål;

Er kjerneverdiene kjent og levende i arbeidshverdagen?

Er det fokus på verdier og etikk i den travle og hektiske hverdag?

Hvem har ansvar for at verdiene etterlevs?

Hva skjer med verdiene når det er stort fokus på økonomi og effektivitet, og hvilke konsekvenser har det for sykepleierne?

Hvor og når er det fokus på refleksjon og verdier?

Hvordan utfordres verdiene?

Hva kjennetegner sykepleie av god kvalitet?

1.2 Oppgavens innhold og oppbygging

Masteroppgaven i klinisk sykepleie er oppbygd av en vitenskapelig artikkel, en populærvitenskapelig artikkel samt kappen som er inndelt syv kapitler.

Kapittel 1 redegjør for bakgrunn, valg av tema og presisering av relevante begreper.

Kapittel 2 presentasjon av relevant kunnskap og forskning om emnet.

Kapittel 3 presenterer aktuell sykepleiefundamentert teori.

Kapittel 4 inneholder metode, analyse og forskningsetiske betraktninger.

Kapittel 5 presentasjon av studiens resultater.

Kapittel 6 diskusjon av funn og drøfting opp mot relevant forskning og aktuell teori.

Kapittel 7 inneholder avslutning med oppsummering og forslag til videre undersøkelser.

1.3 Begrepsavklaring

Jeg ønsker å presisere betydningen av enkelte begreper i oppgavens begynnelse da jeg oppfatter at en avklaring av disse begrepene klargjør oppgavens innhold.

1. Kjerneverdier
2. Verdiprosjektet
3. Verdier
4. New Public Management (NPM)
5. Innsatsstyrt finansiering (ISF)
6. Sykepleier og spesialsykepleier

1. Kjerneverdier refererer i oppgaven til de nasjonale kjerneverdier for spesialisthelsetjenesten. Kjerneverdier, som begrep, var en trend som først dukket opp på midten av 1990 tallet i private bedrifter. Ved etablering av kjerneverdier ble det valgt tre til fem positive honnørord, som kunne være koblet opp mot bedriftens visjon eller mål. Kjerneverdiene angir hvilket verdigrunnlag organisasjonen har og skal gjenspeile organisasjonens kultur og prioriteringer. De representerer en ønsket identitet, som annonseres til omgivelsene, om hva den er til for og hva den ønsker å bety for de den er til for. Dette oppfattes som et løfte fra organisasjonen om en bestemt standard på tjenesten eller leveransen. (Anne Karin Mosaker, «Med verdier fra forvaltning til forretning», masteroppgave i verdibasert ledelse 2008)

2. Verdiprosjektet som omtales i oppgaven er det ovenfor nevnte 2-årige regionale verdiprosjekt som blant annet skulle definere kjerneverdiene på alle nivåer i organisasjonen.

3. Verdier er definert slik i Stortingsmelding nr. 26.(1999-2000), Om verdier for den norske helsetenesta.(Verdimeldinga)

«Verdier er uttrykk for hva vi som individer, grupper og samfunn anser for å være godt og verdt å strebe etter»

Verdimeldinga belyser helsetjenesteverdier i et samfunnsperspektiv og intensjonen bak var å minne om det egentlige formål med helsetjenesten i en tid med vekt på reformer knyttet til økonomi, organisering og lovgiving. Hovedbudskapet er respekt for menneskeverdet til pasienter som enkeltindivider. (Orvik 2004)

ICNs Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere inneholder regler og retningslinjer for etisk akseptabel adferd i yrkesutøvelsen som sykepleier. I oppgaven blir dette ofte benevnt som «grunnleggende sykepleieverdier» og representerer verdier som er særskilt viktige for sykepleiere, for eksempel respekt, barmhjertighet og omsorg for pasienten.

Retningslinjene bygger på prinsippene i ICNs etiske regler, og menneskerettighetene slik de uttrykkes i FNs menneskerettighetserklæring. Retningslinjene er detaljert beskrevet i yrkesetiske retningslinjer, men det etiske fundament for all sykepleie uttrykkes i Sykepleiens grunnlag;

«Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert» (ICNs Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere revidert 2011)

4. New Public Management (NPM) er en samlebetegnelse på en rekke styringsmodeller som preger helseorganisasjoner. NPM innebærer økt vekt på målstyring og desentralisering av økonomisk ansvar til den enkelte virksomhet; resultatenheter. (Orvik 2004) Dette går blant annet ut på å skape markedslignede omgivelser for institusjoner og styre de som om de var private profittorienterte virksomheter. Viktige elementer er bruk av konkurranse, økonomiske insentiver, mål og resultatstyring og hovedmålet er økt effektivitet. Denne trenden har omfattet de fleste vestlige industriland. Ideene fra NPM har hatt stor innflytelse på fornying, organisering og endring av norsk helsevesen de siste 25 år (Lian 2007). Modellene påvirker den måten helseorganisasjonene fungerer på og kan innvirke på rollene til arbeidsgiver, leder og profesjonsutøver ved at det legges økt vekt på kostnadseffektiv produksjon, og reduksjon i kostnader som ikke direkte går til produksjon av tjenester. (Orvik 2004)

5. Innsatsstyrt finansiering (ISF), en form for stykkprisfinansiering innført ved alle somatiske sykehus i Norge i 1997. Hensikten er å øke behandlingseffektiviteten og kostnadseffektiviteten ved at somatiske sykehus får betalt for hver pasient som får behandling. Sykehusets inntekter blir avhengig av aktiviteten og vektet i forhold til hva pasientene behandles for. Stykkprisdelen i ISF er basert på DRG-systemet (diagnoserelaterte grupper), og overføringer fra staten til helseforetakene er basert på hvor mange DRG poeng som produseres. Modellen er en kombinasjon av rammefinansiering og stykkprisfinansiering. Rammefinansiering er en motsatt finansieringsform hvor sykehuset får en forhåndsbestemt økonomisk ramme som de må holde seg innenfor. Psykiatriske sykehus eller enheter er rammefinansiert og har ikke ISF eller DRG grupperinger. (Lian 2007 og Orvik 2004)

6. Sykepleier og spesialsykepleier er yrkesbetegnelsen på deltagerne i studien. Jeg skiller bare mellom disse betegnelser i de tilfeller hvor det er av betydning. Generelt omtales deltagerne i studien som sykepleiere enten de er spesialsykepleiere som følge av videreutdanning eller sykepleiere med grunnutdanning i sykepleie.

2.0 TIDLIGERE FORSKNING

2.1 Søkeprosedyre

Jeg har søkt etter relevant, vitenskapelig, publisert materiale siden høsten 2010 og frem til dags dato. Det er gjort systematiske søk i flere omganger med hjelp fra bibliotekar. Søket er gjort i følgende databaser Pub Med, Cochrane, Svemed +, Embase, Psyk Info, Google Scholar

og samsøk via Helsebiblioteket. Jeg har også utført manuelle søk i sykepleietidskrifter som «Vård i Norden» og «Sykepleien Forskning». Jeg har lest gjennom litteratur og referanselister og søkt på forfattere. Videre er «snøballmetoden» flittig brukt.

Det er brukt norske og engelske søkeord i forskjellige kombinasjoner; Sykepleie og Kjerneverdier- Nursing and Corevalues, Specialisthelsetjeneste, Organizational values. Sykepleie og verdier – Nursing and values i kombinasjon med kvalitet, respekt og trygghet. NPM i kombinasjon med sykepleie og verdier. Ethiske dilemma og tidspress. Moralsk stress og engelske moral stress and moral distress. Ressurser og prioritering i kombinasjon med verdier/values.

Gjennom alle disse søk har det ikke lyktes å finne en eneste publikasjon som omhandler eller tar utgangspunkt i de nasjonale kjerneverdiene for spesialisthelsetjenesten i noen form. Det er verdt å bemerke at de nasjonale kjerneverdiene for spesialisthelsetjenesten ikke er nevnt i noen av de relevante fagbøker jeg har lest heller.

2.2 Presentasjon av relevant forskning

Markedstenkning og New Public Management i helsereformenes tid.

Det er både norsk og internasjonal forskning som viser at markedstenkning og New Public Management i helsesektoren fører til et skifte i perspektiv og tankegang hos helsearbeidere, og at dette på sikt kan få konsekvenser for yrkesutøvelse, organisasjonskultur, relasjonen mellom hjelper og pasient og helsearbeidernes moralske og etiske vurderinger (Evans 1997; Vike, Bakken, Brinchmann, Haukelien og Kroken 2002; Lian 2000 og 2007; Olsvold 2003; Pellegrino 1999). I Norge har sosiolog og helsetjenesteforsker Olaug S. Lian forsket på markedstenkning i helsevesenet ut fra et sosiologisk perspektiv. Lian hevder at innføring av helsereformer som innsatsstyrt finansiering (ISF) ikke er basert på empirisk belegg for tiltenkte effekter, men på samfunnets oppfatning om at markedstanken er et viktig symbol på effektivitet, fleksibilitet og valgfrihet, og at dette er verdier som verdsettes høyt i dagens samfunn. Markedsreformene i helsesektoren kan føre til at helsetjenestene endres fra et velferdsgode til å få en vareaktig karakter, altså at de betraktes som en vare som produseres for kjøp og salg i et marked. Denne prosessen og forvandlingen omtaler Lian som «varifisering» (Lian 2007). Edmund D. Pellegrino hevder at varegjøring av helsetjenester er en del av grunnlaget for helseadministrasjonen slik det fungerer i USA (Pellegrino 1999). Robert G. Evans hevder også i sin rapport «Going for the Gold» at iboende egenskaper ved helse og helsetjenester, utelukker muligheten for at det kan fungere som et privat

konkurransetsatt marked (Evans 1997). Både Pellegrino og Evans trekker frem USA som det ledende eksempel på konsekvenser av markedstenkning i helsevesenet. Nina Olsvold, norsk sykepleier og sosiolog har forsket på profesjonsetikkens vilkår i relasjon til nye helsereformer, og spør om reformene fremmer eller hemmer et humant helsevesen. Olsvold hevder at kvaliteten på tjenestene og forholdene for pasientene i stor grad er avhengig av at helsearbeiderne har gode arbeidsforhold som gir mulighet for å foreta handlingsvalg som fremmer deres egen moralske dømmekraft og integritet. Det er nødvendig å foreta moralske vurderinger av helsevesenet som helhet og ikke bare av den enkelte helsearbeider ettersom helsevesenets organisering og strukturer kan undergrave helsepersonellens moralske dyder. Innenfor helsefagene er verdispørsmål knyttet til etikkfaget, som igjen forankrer moralen i individet, og dette fører til at individuelt ansvar ikke relateres til de faktiske rammebetingelsene for profesjonelt arbeid. Dersom dette ikke erkjennes vil ikke helsepersonellet være i stand til å møte de moralske utfordringene som de helsepolitiske reformene kan medføre (Olsvold 2003).

Olsvold viser også til at NOU 1997:2 *Pasienten først* og Stortingsmeldingen nr. 26 (1999-2000) *Om verdier for den norske helsetenesta* har oppmerksomhet på at hensynet til produktivitet kan gå ut over hensynet til pasientene og helsearbeidernes arbeidsforhold. I begge disse rapportene er det vektlagt at helseinstitusjonene må organiseres slik at helsepersonellet kan handle i samsvar med verdigrunnet.

Verdier og betydningen av dette for klinisk kompetanse i sykepleien

Sykepleiens erfaringsgrunnlag er møter med det etiske og verdifenomener. Evnen til medmenneskelig berørthet og empati har fundamental plass i moral, som grunnlag for verdimottakelighet og intensjonsdybden og motivasjonen bak sykepleierens handlinger. Følelsene har betydning for den normative grenseoppgangen mellom upartisk rettferdighet og nyttemaksimering på den ene siden og barmhjertighet på den andre siden (Nortvedt 1997). Moralsk og etisk sensitivitet har implikasjoner ut over hva som har relevans for moralsk dømmekraft. Moralsk sensitivitet er viktig for å generere relevant klinisk kunnskap. Det faktum at klinisk sensitivitet er tungt lastet med verdier understreker dets strenge mellommenneskelige karakter og normative gyldigheten av barmhjertighet, individuell medfølelse og menneskelig nærhet. Dyrking og anerkjennelse av etisk sensitivitet i sykepleie er viktig for helsevesenet (Nortvedt 2001). En vesentlig del av moralsk sensitivitet hviler på sensibilitet, og understreker betydningen av å være mottakelig i menneskelige møter (Nortvedt 2008). Oppsummert internasjonal forskning viser at det er viktig å forstå hva som er

verdier i sykepleiefaget, og hvilken relevans verdiene har, og hvordan de blir skapt. Verdien av sykepleie påvirkes av kulturell endring, globalisering og utvikling i teknologi og medisin, og kjennskap om dette kan gi et mer strukturert og målbart syn på hva sykepleie er, noe som igjen kan resultere i større trivsel blant sykepleiere, hindre frafall fra yrket og medføre forbedret pasientbehandling (Horton, Tschudin og Forget 2007).

Ressursmangel og prioriteringer

Norske studier, både fra sykehus og kommunehelsetjeneste, viser at ressursmangel og stort arbeidspress fører til etiske vanskelige prioriteringer (Torjuul og Sorlie 2006). Knapphet på ressurser førte regelmessig til suboptimale standarder på sykepleien (Halvorsen, Førde og Nordtvedt 2008). I flere norske studier er det undersøkt hvordan sykepleiere og leger, både i sykehus og kommunehelsetjeneste, prioriterer når ressursene er begrenset. Akutte biologiske og medisinske behov blir prioritert foran psykososiale behov (Førde, Pedersen, Nortvedt og Aasland 2006; Slettebø, Kirkevold, Andersen, Pedersen, Halvorsen, Nordhaug og Nortvedt 2010). Sykepleierne rasjonerer på omsorgen for å kunne rekke over flest mulig pasienter (Tønnesen, Nortvedt og Førde 2011). Det er komplekse sett av kontekstuelle begrensninger som influerer på omsorgen som blir gitt, og det fører til en rigid sykepleietjeneste som ikke er individualisert eller lydhør for omstendigheter som er av stor betydning for god sykepleie. (Slettebø et al 2010). Klinikere opplever å være utro mot profesjonelle idealer og forventninger (Nortvedt, Pedersen, Grøthe, Nordhaug, Kirkevold, Slettebø, Brinchmann, Andersen 2008). Ressursmangel og nedprioriteringer medfører en betydelig belastning på helsepersonell både i sykehus og kommunehelsetjeneste (Førde et al 2006).

En stor flernasjonalt survey som omfattet 43.000 sykepleiere i 5 land ga et internasjonalt perspektiv på hvordan markedsorienterte sykehusreformer påvirker organisasjonsklima i sykehus samt sykepleierbemanningen. Hovedfunnene viste at gjennomsnittlig over 30 % av sykepleierne var misfornøyd med nåværende jobb, og mange av disse plana å slutte i yrket, og høyest score for dette hadde sykepleiere under 30 år. Et betydelig antall sykepleiere i alle de fem landene opplevde jobberelaterte belastninger som følelsesmessig utmattelse og overveldende arbeidsbyrder. Resultatene viste gjennomgående stor likhet i funnene fra alle fem land som var representert. Dette tyder på at det er noe grunnleggende feil i utformingen av omsorgstjenester og ledelse av sykehuspersonell på et globalt plan (Aiken, Clarke, Sloane og Sochalski 2001).

Moralsk nød blant helsepersonell

Moralsk nød er assosiert med den etiske dimensjonen i praksis og forhold relatert til vanskeligheter i praksis med å ivareta profesjonelle verdier, ansvar og plikter (Epstein og Hamric 2009; Hardingham 2004; Källemark, Höglund, Hansson, Westerholm, Arnetz 2004; Sporrang, Höglund og Arnetz 2006; Pauly, Varcoe and Storch 2012).

Moralsk nød er definert som tradisjonelle negative stress symptomer som oppstår i situasjoner som involverer en etisk dimensjon hvor helsepersonellet opplever at hun ikke kan ivareta alle interesser og verdier som står på spill (Källemark et. al 2004). Moralsk nød har vist å ha negative konsekvenser og bidrar til følelsesmessig ubehag som for eksempel sinne, frustrasjon, tilbaketrekning, utrygg eller dårlig kvalitet på pasientomsorg, redusert jobbtilfredshet og yrkesslitasje (Cavaliere, Daly, Dowling og Montgomery 2010 ; Corley, Minick, Elswick og Jacobs 2005; Guitierrez 2005; Wilkinson 1988; Pauly et al. 2012).

Moralsk nød er ødeleggende for den moralske handlekraft og integritet hos helsepersonell. Kompromisser med kjerneverdier eller plikter, kan ha langvarige og negative effekter ved at helsepersonell blir ufølsomme for det moralske aspektet av sitt arbeid eller de forlater yrket (Hamric 2012). Det er behov for å politisere begrepet moralsk nød for å forstå hvordan og hvorfor en slik nød oppstår fra konkurrerende verdier i dynamiske og interrelaterede kontekster (Varcoe, Pauly, Webster og Storch 2012).

3.0 TEORI

Med bakgrunn i vår studies resultater finner jeg det relevant å trekke inn den sykepleiefundamenterte Caritative ledelsesteori som er utviklet av Terese Bondas med flere (Bondas 2003 og 2008)

3.1 Caritativ ledelsesteori

Den caritative ledelsesteori er en ledelsesteori utviklet med basis i vårdvetenskapen av Bondas med flere (Bondas 2003 og 2008). Det svenske ordet vård og vårdandet lar seg ikke helt uproblematisk oversette til norsk. Begrepet vård brukes delvis som det norske omsorg, og delvis som sykepleie, for eksempel i vård eller omvårdnad (Kirkevold 2009). Utgangspunktet for Caritativ ledelsesteori (CT) er Katie Erikssons omsorgsteori hvor kjernen er caritasmotivet. I dette motivet inngår ubetinget kjærlighet til mennesket, barmhjertighet og å ville sin neste vel (Bondas 2003 og 2008).

De rådende ledelsesformer i helsesektoren er basert på NPM, og produksjonsmodeller hentet fra industri og servicesektor. Målstyring, økonomi og resultateffektivitet er utgangspunktet for slik ledelse og kan føre til de - humanisering av så vel pasienten som personalet i en kultur hvor omsorgen blir underordnet økonomiske perspektiver (Bondas 2003 og 2008). Pasienten blir et nummer i rekken, en oppgave å løse. Sykepleierne opplever at deres interesser og perspektiver ikke er sammenfallende med ledelsens, eller at ledelsen ikke bryr seg (Bondas 2003). CT fremstår som en motsats til NPM idet teorien er sykepleiefundamentert og tar utgangspunkt i at helseorganisasjonen er til for å hjelpe pasienten til helse og lindring av lidelse på en verdig måte, og av høy kvalitet (Bondas 2008). Med dette som utgangspunkt kombineres caritasmotivet med ledelse, administrasjon og effektivitet i den hensikt å tilrettelegge omsorgens vilkår slik at det både tjener pasienten og styrker sykepleiernes evne til å yte sykepleie og omsorg av høy kvalitet (Bondas 2010).

CT er konstruert som en ontologisk modell med fem teser for helseledelse.

1. «Mennesket betraktes som en helhet bestående av kropp, sjel og ånd. Mennesket er sårbart og moralsk, og beveger seg mellom passivitet og aktivitet, ensomhet og fellesskap. Menneskets vekst og velbefinnende kan bli hindret eller vanskeligjort av krenkende forhold i kulturen»

2. «Caritasmotivet er et ikke egoistisk, varig utgangspunkt for sykepleie og omsorg. Kombinert med ledelse og administrasjon vil caritas motivet komme til uttrykk i pleie og omsorg til pasienten. Caritasmotivet utgår fra omsorgens idealer, som er kjærlighet til mennesket og barmhjertighet. Dette kan vekke et ønske om, og et ansvar for, å tjene og hjelpe. Helseadministrasjon er direkte knyttet til å hjelpe, forvalte, tjene og fostre en kultur i en etos av caritas. Dette er synlig til stede i ritualer, språk og adferd i pleie og behandling av pasienten. I personaladministrasjonen vises det i symboler, tradisjoner, utvikling og utdanning. Caritasmotivet kan gi styrke til hele kulturen og en økt betydning av helseorganisasjonen i samfunnet»

3. «Verdighet i helseadministrasjon betyr å anerkjenne den unike medarbeider og dennes potensiale for å tjene pasienten. Medarbeiderne verdsettes som unike mennesker og deres kompetanse blir ivaretatt og utviklet. Hele kulturen, med lederne som rollemodeller, ivaretar ansvaret for det som skjer i organisasjonen. Det er ingen toleranse for krenkelser hverken av pasienter eller medarbeidere, og lederne intervensjoner i krenkende forhold og situasjoner. Krenkelser kan arte seg i form av manglende eller dårlig pleie og behandling av pasienter, nonchalans og provokasjoner»

4. «Meningen og betydningen av menneskelig helse, lidelse, omsorg og verdighet kan ikke måles i alle sammenhenger. Effektiviteten av en helseorganisasjon kan måles i forhold til hvordan den fungerer, men mange fenomener i omsorg og sykepleie kan ikke måles, og disse forhold anerkjennes av helseledelsen. Ledelsen legger til rette for at pasienter, pårørende og medarbeiderne får beskrive sine erfaringer og fortelle om sine opplevelser i de tilfeller hvor dette ikke kan uttrykkes i målbare verdier. Denne informasjonen brukes av lederne i beslutninger og organisering relatert til evaluering og endringer. Eksisterende konflikter erkjennes og diskuteres. Forandringer kan starte på ethvert nivå, men vil ikke vare om det grunnleggende nivå av antagelser ikke blir berørt»

5. «Å tjene pasienten er implementert i et lederskap som tar utgangspunkt i caritasmotivet. Caritativt lederskap i helseledelse består i utvikling, veiledning, planlegging, organisering, rapportering, dirigering, bemanning, budsjettering, koordinering, beslutninger og evalueringer. Felleskapet mellom ledere, helsearbeidere, og andre interessenter er basert på, og motivert av det samme formål; å tjene pasienten. I dette forhold utvikles en kultur som bærer preg av tilgjengelighet, åpenhet og gjestfrihet. Hierarkiet i organisasjonen er basert på kunnskap og forståelse om at lederen er en rollemodell i etikk og omsorg. Det caritative lederskapet reflekterer de etiske verdier knyttet til menneskelig verdighet og et felles verdigrunnlag og antagelser. Det å yte omsorg er et ansvar og et ønske om å handle, og utgår fra lederens grunnholdning til hans oppdrag og ansvar overfor menneskene i kulturen. Det betinger både mykhet og styrke og mot til å krysse grenser. Lederens redelighet, rettferdighet og ærlighet utvikler tillit i hele organisasjonens kultur. Lederen trenger kunnskap om språkets betydning, dialogen og relasjonsbygging og evne til å overføre omsorgens innhold og betydning til kulturen. Kunnskap alene er ikke nok, det behøves også en menneskekjærlighet som uttrykkes i gjensidig lydhørhet, toleranse og respekt. Det er lederens ansvar å legge til rette for refleksjon, og skape rom for ideer slik at ønsker og visjoner som kan skape en mer omsorgsfull kultur kan bli realisert». (Bondas 2003, min oversettelse)

Ledere må ha en grundig forståelse av hva de leder. Det fordrer en etisk plattform og betydelig kunnskap om helse og omsorg i en trygg kultur som har potensial til å lindre lidelse og fremme helse (Bondas 2003). Dette står i et motsetningsforhold til mange av dagens ledere som ofte har økonomisk eller annen ikke helsefaglig bakgrunn. (Bondas 2008)

Ledelsen fungerer som organisasjonens etiske samvittighet, og dette kan utvikles som en katalysator for å skape de beste forutsetninger for pasienten og sykepleierne. Caritasmotivet

uttrykker både et ønske om, og et ansvar for, å tjene pasienten og skape en omsorgsfull kultur, som gir sykepleierne de beste muligheter for å utøve sykepleie samtidig som det legges vekt på å ivareta og styrke sykepleiernes helse og arbeidsglede. Helsearbeiderne er også sårbare mennesker som særlig påvirkes av å yte sykepleie og omsorg under press. Sykepleierne og ledelsen har et felleskap i de menneskelige relasjoner, der det som uttrykkes og tillegges vekt, skaper kulturen og atmosfæren (Bondas 2008). CT er knyttet opp mot Scheins teorier om organisasjonskultur, og defineres slik;

«[Kultur er] ...et mønster av grunnleggende antagelser – skapt, oppdaget eller utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon – som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant, og til at det læres bort til nye medlemmer som den rette måte å oppfatte, tenke og føle på i forhold til disse problemene» (Schein 1987 s. 7)

Scheins teori beskriver kulturen i tre nivåer.

1. Artefakter er synlige uttrykk for kultur, ofte umulig å tyde.
2. Verdier og normer, observerbare i det fysiske miljøet.
3. Grunnleggende antagelser, tatt for gitt og ofte usynlig til stede i organisasjonen.

Et utgangspunkt i caritasmotivet kan styrke kulturen i hele organisasjoner og gi den en dypere og mening slik at den fremstår som eksepsjonell sammenlignet med andre offentlige organisasjoner. Den store forskjellen er den etiske fordringen om å yte omsorg for syke og lidende pasienter og deres pårørende, og det er lederens ansvar å tale den sårbare pasientens sak. (Bondas 2008)

Styrking av kollegiale relasjoner vektlegges samt det ufravikelige prinsipp om å se, forstå og ta på alvor det unike mennesket, både pasienten og sykepleieren. I CT er det fokus på å styrke ledernes og medarbeidernes kompetanse slik at den hele tiden er tilpasset oppgaver og krav. Dette gjøres gjennom en rettferdig personalpolitikk med tilstrekkelig og adekvat bemanning og kontinuerlig veiledning, fagutvikling og etterutdanning innenfor aktuelle emner. I en kultur motivert av caritas vil sykepleierne oppleve at det finnes muligheter for vekst og utvikling, at de får annerkjennelse, og at ledelsen legger til rette og muliggjør gode betingelser for å yte evidensbasert sykepleie og omsorg til pasientene. Caritativt lederskap er modig å overskride grenser, med omsorg for pasienten i fokus, og gjennom det reflektere betydningen av sykepleie og omsorg. (Bondas 2008)

4.0 FORSKNINGSMETODE

Forskningsmetode, og valg av denne blir beskrevet først. Deretter redegjør jeg for datainnsamling og beskriver og begrunner analysemetoden. Forskningsetiske betraktninger samt vurderinger av relevans, validitet og refleksivitet til slutt. Innledningsvis vil jeg presisere at vi var to masterstudenter som utførte datainnsamling og den første analyse sammen.

4.1 Kvalitativ metode

Dersom en ønsker å vite noe om menneskelige egenskaper som opplevelser, holdninger og erfaringer kan kvalitative metoder brukes. Betydningen, meningen eller nyanser av hendelser, adferd og holdninger kan utforskes, og vi kan oppnå økt forståelse av menneskelig adferd og fenomener uten å tallfeste dem (Malterud 2008).

Vår hensikt var å undersøke holdninger, tanker, følelser, erfaringer og kunnskap som sykepleiere har vedrørende kjerneverdier og andre verdier i praksis. Metoden skal være tilpasset problemstillingen, og derfor er en kvalitativ metode valgt. Vi har gjort en empirisk undersøkelse med en induktiv tilnærming. Det vil si at studien er basert på egne undersøkelser, og de empiriske data leverer kunnskaper fra enkeltstående tilfeller som kan si noe om et allment nivå. Slutningene dras fra det spesielle til det generelle, en bottom- up tilnærming for å finne svar (Malterud 2008; Thornquist 2003). Forskerens posisjon, erfaringer og perspektiv har også betydning for hvilken kunnskap og resultater som fremkommer. Vi har brukt fokusgruppeintervju i datainnsamlingen og har analysert materialet etter inspirasjon fra kvalitativ innholdsanalyse.

4.2 Fokusgrupper

Fokusgrupper er en kvalitativ metode hvor en gruppe mennesker med visse felles egenskaper samles og diskuterer et gitt, velavgrenset tema, i tillatende og ikke truende omgivelser. Det er en nøye planlagt diskusjon hvor målet er og utforske og frembringe deltakernes oppfatninger, følelser, tanker, og holdninger om et utvalgt tema (Krueger og Casey 2009).

Fokusgruppeintervju gjennomføres med 4-8 deltagere. Ved homogent sammensatte grupper vil felles erfaringsgrunnlag kunne vektlegges (Malterud 2008). Våre fokusgrupper var sammensatt av sykepleiere og spesialsykepleiere som hadde felles at de jobbet i samme helseforetak, på ulike enheter, som sykepleiere eller spesialsykepleiere, uten lederansvar og med direkte, daglig pasientkontakt.

Under intervjuene benyttes en temaguide som sikrer at de ulike fokusgruppene diskuterer samme hovedtema (Sørfonden og Finstad 2000). Intervjuet ledes av en moderator, som

engasjert skal bringe diskusjonen fremover uten å delta så aktivt at synspunktene i gruppen påvirkes. Fokusgruppe har et uformelt preg og spørsmålene bør være direkte, komfortable og enkle, men ikke rettleidende (Krueger og Casey 2009). Moderator må bidra til at alle føler seg likeverdige i gruppen (Sørfonden og Finstad 2000). Dette er særlig viktig med tanke på gruppedynamikken som kan slå negativt ut dersom en eller flere deltakere blir for dominerende (Malterud 2008). Det er viktig at alle deltar i diskusjonen, bare slik kan fokusgruppens fremste fordel, interaksjonen mellom deltagerne, komme til uttrykk. Denne positive effekt av gruppedynamikken kan generere dypere og rikere data enn personlige intervju (Webb og Kevern 2000). Den gjensidige påvirkningen og samspillet mellom gruppedeltagerne kan lede diskusjonen fremover og føre til at det blir større engasjement og åpenhet i gruppen (Sørfonden og Finstad 2000). Det å bringe mennesker sammen som en gruppe for første gang, kan medføre en spesiell kontekst, hvor deltagerne forteller ting som de ellers ikke ville gjort (Barbour 95). I tillegg til moderator benyttes det ofte sekretær, som har hovedansvar for å ta notater under intervjuet og som følger med at lydopptakeren fungerer underveis (Malterud 2008).

4.3 Gjennomføring av fokusgrupper

Rekruttering av deltagere til fokusgrupper.

Vi gjennomførte fire fokusgruppeintervjuer på et middels stort sykehus i Norge, som har et bredt spekter av fagfelt og spesialiteter, og ønsket å ha med sykepleiere fra de fleste områdene. Vi henvendte oss først til ledelsen ved de ulike klinikker, og etter å ha fått godkjenning her, fortsatte vi til den enkelte enhetsleder med forespørsel til disse om å spørre sykepleiere/spesialsykepleiere i deres enhet om deltagelse i fokusgruppe. I henvendelsene til klinikk og enhetsledere informerte vi skriftlig og grundig om vår studie, og presenterte vårt prosjekts bakgrunn og hensikt. Det var vanskelig for de somatiske enhetene å slippe sykepleierne ifra for å delta på fokusgruppe i arbeidstiden. Det resulterte i at vi opplevde tre ganger at sykepleiere som skulle delta ikke fikk anledning til å møte på intervjuet pga. bemanningssituasjonen. Etter en ressurskrevende prosess i forbindelse med rekruttering av deltagere fikk vi til slutt fire fokusgrupper med erfarne og engasjerte deltagere. Deltagerne var mellom 27 og 60 år gamle og hadde erfaring som sykepleier fra 2 til 38 år. De fleste deltagerne hadde rundt 20 års erfaring som sykepleiere. Det første intervjuet ble gjennomført i desember 2010, det siste intervjuet i november 2011. Gruppe 1-3 hadde deltagere fra somatiske enheter. Gruppe 4 hadde deltagere fra psykiatriske enheter.

Gruppe 1: 7deltagere	1 mann, 6 kvinner	5 spesialsykepleiere	2 sykepleiere
Gruppe 2: 5 deltagere	5 kvinner	2spesialsykepleiere	3sykepleiere
Gruppe 3: 4 deltagere	4 kvinner	2 spesialsykepleier	2 sykepleiere
Gruppe 4: 4 deltagere	1 mann, 3 kvinner	4 spesialsykepleiere	

Temaguide

I forkant av første intervju ble temaguide utarbeidet, men den var for detaljert og spesifikt rettet mot kjerneverdiens ordlyd. Dette ga ikke den nødvendige åpenhet og spillerom i diskusjonen og genererte ikke fullt ut de data vi var ute etter. Når formålet er å få vite noe en ikke vet fra før, samt gjennomføre en samtale som åpner opp for nye spørsmål angående problemstillingen er det viktig og ikke gjøre guiden for detaljert (Malterud 2008). Påfølgende temaguides ble derfor justert. Hovedtema var det samme, men utformet slik at spørsmålene ble flere, men mere generelle, enklere og åpnere. Dette ga rom for flere aspekter og nyanser og gjorde det enklere for deltagerne å komme med innspill.

Informasjon til informantene

Da vi mottok navn på sykepleiere som ønsket å delta, ble det sendt ut skriftlig informasjon om studien med samtykkeerklæring vedlagt (vedlegg).

Rollene som moderator og sekretær

På tidspunkt for første intervju hadde undertegnede en deltidsstilling som tillitsvalgt for Norsk Sykepleierforbund, og det ble i samråd med veileder, besluttet at undertegnede ikke skulle delta i det første fokusgruppeintervjuet. Moderatorrollen ble ivaretatt av min medstudent og vår veileder var sekretær i det første intervjuet. Da det var tid for de neste intervjuene var ikke dette et aktuelt moment lengre. Vi valgte i de to neste intervjuene å fortsette med min medstudent som moderator da hun hadde mest trening i dette og var best egnet (Sørfonden og Finstad 2000). Undertegnede var sekretær i disse to intervjuer, mens i det fjerde og siste intervjuet byttet vi på rollene. Moderator styrte diskusjonen, mens sekretæren tok notater og kom med skriftlige innspill til moderator underveis om det var noe som ble utelatt eller burde følges opp.

Datainnsamling

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført på sykehuset i sykepleiernes arbeidstid i møterom der. Intervjuene varte i 90 minutter, og vi brukte lydopptak. Umiddelbart etter at intervjuene var ferdige hadde moderator og sekretær en gjennomgang av de ferske inntrykk og

stemningen underveis. Dette ble notert og var til nytte i dataanalysen. I planleggingen av prosjektet hadde vi planlagt å gjennomføre tre fokusgruppeintervjuer i somatiske enheter, og etter å ha gjennomført de tre intervjuene med sykepleiere fra somatiske enheter nådde vi et metningspunkt. Ut fra preliminnære funn og etter tilbakemeldinger fra medstudenter, og i samråd med veileder, bestemte vi å gjennomføre et fjerde fokusgruppeintervju med sykepleiere fra psykiatriske enheter for å se etter sammenlignbare funn.

4.4 Dataanalyse

Analyse av fokusgrupper er krevende, og må tas hensyn til i alle deler av prosessen, allerede ved utforming og revidering av spørsmålene jfr. det som er beskrevet vedrørende temaguide. Analysen skal være verifiserbar, det vil si at en annen forsker skal kunne dra de samme konklusjoner på de foreliggende rådata (Krueger og Casey 2009). Vi har analysert vårt materiale inspirert av kvalitativ innholdsanalyse slik det er beskrevet (Elo og Kyngäs 2008; Graneheim og Lundman 2004). Hovednøkkelen ved innholdsanalyse er at de mange ord i teksten klassifiseres inn i mindre innholds kategorier (Elo og Kyngäs 2008).

Vi har transkribert lydopptakene av intervjuene ordrett, og det ble tilsammen 75 sider transkripsjon fra de fire intervjuer. Vi analyserte intervjuene hver for seg (Graneheim og Lundemann 2004). Deretter ble resultatene fra de tre intervjuene i somatiske enheter sett på tvers og analysert som en helhet. Intervjuet fra psykiatrisk enhet ble analysert separat på samme måte som de tre andre, og det ble lett etter sammenlignbare resultater.

Vi startet analysen med å lese gjennom de transkriberte intervjuene flere ganger hver for oss. Neste steg var å finne meningsenheter, kondensere, og deretter kode disse. Kondensering av teksten betyr at vi forkorter meningsenhetene uten at kjernen eller meningen i teksten tapes (Graneheim og Lundmann 2004). Vi valgte å forholde oss til det manifeste innholdet i intervjuene, altså det som teksten sier (Graneheim og Lundeman 2004; Elo og Kyngäs).

Analysen er direkte relatert til hvilke spørsmål som ble diskutert i gruppene, hva som ble sagt i den forbindelse, og sammenhengen det ble sagt i. Analysen har gitt svar på våre forskningsspørsmål og vist hvilke temaer som skapte mest interesse og engasjement. Ut fra de meninger og koder det første intervjuet ga oss plasserte vi kodene innenfor 5 hovedområder;

Verdier og etikk, Systemet, Ledelse, Pasient, Sykepleie

For å gi oss oversikt og et visuelt bilde av dataene brukte vi et stort gråpapir, og limte på lapper med de skrevne kodene under det hovedområde vi var blitt enige om. Vi brukte fargekoder på de ulike områder (vedlegg). Etter at kodene var plassert under et hovedområde, ble dette gransket, og kodene ble plassert inn i undergrupper, som igjen ble gransket. Et kort

abstrakt, som gjengav meningene og funnene fra hver undergruppe ble skrevet i fellesskap. Etter at alle intervjuene var ferdig grovanalysert hadde vi et arbeidsdokument for hvert intervju. Dette inneholdt kodene, hvilken hovedgruppe de var plassert i, hvilken undergruppe de var klassifisert i og til slutt et abstrakt for hver undergruppe. Disse abstraktene ble så gjennomgått og ytterligere abstrahert slik at vi endte opp med et abstrakt for hver undergruppe basert på alle tre intervjuer. Etter dette har undertegnede arbeidet videre med materialet på egen hånd. Jeg har tatt utgangspunkt i forskningsspørsmålene og de fem hovedområder og lest gjennom abstraktene flere ganger. Så har jeg abstrahert ytterligere slik at tre hovedtema fremkommer.

1. Kjennskap til kjerneverdier
2. Verdier og refleksjon er viktig for sykepleierne
3. Tidspress og sykepleiefrustrasjoner

4.5 Forskningsetikk

De viktige prinsipper og retningslinjer for helsefaglig forskning er nedfelt i Helsinkideklarasjonen fra 1975, som igjen bygger på Nürnbergkodeksen fra 1947. Helsinkideklarasjonen inneholder anbefalte retningslinjer for forskning som omfatter mennesker (Ruyter, Førde og Solbakk 2007). International Council of Nurses har også forskningsetiske prinsipper basert på Helsinkideklarasjonen og FNs menneskerettighetskonvensjon (Yrkesetiske retningslinjer 2011).

Deltagerne fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien, og samtykket skriftlig til frivillig deltagelse. Skjemaene med skriftlig samtykke er forsvarlig oppbevart, og vil sammen med lydbandopptak og transkripsjoner, bli slettet ved prosjektets slutt. Det innsamlede datamaterialet er anonymisert, og behandlet konfidensielt. Prosjektet er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (vedlegg).

4.6 Studiens vitenskapelighet

Relevans

Hvilken kunnskap kan denne studien bidra med, og hva kan kunnskapen brukes til, er kjernen i begrepet relevans. Studien bør tilføre ny kunnskap, og kravet om relevans dreier seg om prosjektets problemstilling, så vel som resultatene (Malterud 2008). I søk etter relevant

forskning har vi ikke funnet studier som tar utgangspunkt i nasjonale kjerneverdier for spesialisthelsetjeneste, hverken nasjonalt eller utenlands. Som vist i forskningsgjennomgangen har et økt økonomisk fokus og manglende fokus på etikk og verdier i praksis implikasjoner for kvaliteten på sykepleiefaget og for sykepleierens som person. Dette gjør at vår studies relevans er svært høy. Vår studie, hvor vi undersøker sykepleiernes erfaringer med kjerneverdiene i deres arbeidshverdag er svært relevant, og denne studien tilfører ny kunnskap på et essensielt område for sykepleiere og andre helsearbeidere.

Validitet

Validiteten, eller gyldigheten og troverdigheten av en studie sees i to dimensjoner, *internt* og *eksternt*. Intern validitet sier hva det er sant om. Har vi brukt de riktige begreper og metoder for å studere fenomenet, har deltagerne svart sant på det vi har ment å spørre om? Ekstern validitet handler om overførbarhet. Det er ingen kunnskap som gjelder under alle omstendigheter og ethvert formål (Malterud 2008). Vi gjennomførte intervjuer og analysen med to studenter og veiledning av erfaren forsker. Dette medførte at vi kunne verifisere hverandres oppfatninger og konklusjoner i hele prosessen, og det styrker studiens interne validitet. Studien var gjennomført med en homogen gruppe, sykepleiere eller spesialsykepleiere uten lederansvar og med daglig pasientkontakt. Dersom studien hadde blitt gjennomført med ledere i gruppen kunne resultatene blitt annerledes. Studiens eksterne validitet kunne vært styrket ved at tilsvarende undersøkelse hadde blitt gjort ved flere sykehus. Studien ble gjennomført på ett middels stort sykehus i Norge med sykepleiere fra ulike somatiske og psykiatriske enheter. Det representerer et mangfold både i fagområder og sykepleiernes erfaringsbakgrunn, og kan være overførbar til andre sykepleiere ved andre sykehus. Studiens preliminare funn har vært presentert for medstudenter og erfarne forskere, som gjenkjenner funnene fra sin arbeidshverdag. Tidligere forskning viser at de organisatoriske og driftsmessige forhold ved så vel norske som andre vestlige lands sykehus er tilsvarende hva angår ressursknapphet og markedstilpasning. Derfor er studiens eksterne validitet er høy.

Refleksivitet

Forskerens person, ståsted og forforståelse vil alltid påvirke forskningsprosessen og dens resultater på et eller annet sett. Refleksivitet handler om å være seg bevisst sin egen påvirkning og erkjenne dette. I gjennom prosess og resultat må forskeren sette spørsmålstegn ved metode og resultater i gjennom tvil og ettertanke (Malterud 2008). Gjennom erfaringer

som sykepleier og tillitsvalgt i mange år har jeg opparbeidet meg en interesse, kunnskap og engasjement for oppgavens tema. Vi har intervjuet «våre egne» i den forstand at det var sykepleiere på samme nivå i organisasjonen og med mye lik erfaringsbakgrunn som vi selv har. Vi presiserte våre roller som forskende studenter, ikke kolleger, under intervjuene. Jeg anerkjenner at alle disse momentene kan ha påvirket forskningsprosessen og resultatene i alle faser.

5.0 RESULTATER

I dette kapitlet vil studiens resultater bli lagt frem. Med bakgrunn i oppgavens begrensning presenteres resultatene her i en noe forkortet versjon. De fleste av sitatene er av plasshensyn utelatt, men gjenfinnes i artiklene. Studiens resultater er utfyllende presentert i den populærvitenskapelige artikkelen (Hovedtema1) og i den vitenskapelige artikkelen (Hovedtema 2 og 3).

Studios resultater blir presentert ut fra de tre hovedtema som fremkom i analyse av intervjuer fra somatiske enheter.

1. Kjennskap til kjerneverdier
2. Verdier og refleksjon er viktig for sykepleierne
3. Tidspress og sykepleiefrustrasjoner i hverdagen

I disse resultatene har jeg fått svar på forskningsspørsmålene samt andre funn som er interessante opp mot forskningsspørsmålene. I det første hovedtema beskrives funnene som direkte relateres til kjennskap til kjerneverdier. I det andre hovedtemaet presenteres funn som i hovedsak beskriver hvordan kjerneverdier kommer, eller blir hindret fra å komme, til uttrykk i hverdagen. Det siste hovedtema tar for seg tidspress og de frustrasjoner dette skaper for sykepleierne. Resultatene presenteres i form av sammenhengende tekst og for å beskrive funnene gjengis informanters utsagn i kursiv.

5.1 Kjennskap til kjerneverdier

De nasjonale kjerneverdier for spesialisthelsetjenesten, KVALITET-TRYGGHET OG RESPEKT er som begrep ukjent for sykepleierne i de somatiske enheter. Sykepleierne fra somatiske enheter sier de kjenner seg igjen i, og identifiserer seg med ordlyden i kjerneverdier, og mener at dette bør være grunnleggende verdier. Sykepleierne ønsker at

kjerneverdiene var mere synlige i arbeidshverdagen. I stedet opplever de at kjerneverdiene ofte bare er betydningsløse, uoppnåelige ord.

De fleste informantene fra psykiatriske enheter er kjent med kjerneverdiene som begrep, og innholdet i disse. Flere av disse sykepleierne har jobbet med kjerneverdiene i forbindelse med verdiprojektet. Dette har gitt dem et forhold til kjerneverdiene, som er tydeliggjort og definert i gjennom gruppearbeid.

Sykepleierne fra samtlige enheter mener at alle ledd og nivåer i helseforetaket må ha interesse for kjerneverdienes betydning for at de skal bli kjent og ha reell betydning i praksis. Samtlige informanter presiserer at etterlevelse av kjerneverdiene er alles ansvar, men at ledelsen har hovedansvar og må legge til rette for det.

«Det er jo et ledelsesansvar å presentere det her for oss som arbeider i avdelinga - at her er kjerneverdiene til sykehuset og hva de tenker det ligger i disse verdiene for vår avdeling. Hva medfører det for driften av vår avdeling? Og hvordan forventer de da at vi skal forholde oss til de her, for vi må jo kjenne til de, ja... Det er jo første bud»

Informantene fra psykiatriske enheter sier at etterlevelse av kjerneverdiene gjøres for eksempel ved aktiv bruk av eksisterende systemer, som avviks og skademeldinger, og at det er viktig med fokus på respekt i relasjon til kollegaer og pasientene.

5.2 Verdier og refleksjon er viktig for sykepleierne

Sykepleierne fra alle enheter gir en beskrivelse av at etikk, verdier og verdirefleksjoner har stor betydning for kvaliteten i sykepleietjenesten. Informantene ser behov for nedfelte verdier og spesifikke målsetninger for arbeidsplassen, men mener at verdiene står sterkt selv om de ikke er nedfelt. Informantene fra somatiske enheter sier at det merkes når verdiene ikke er til stede, og at det er jobben deres å si fra om uverdige forhold.

Informantene sier at som sykepleier må du ha et verdigrunnlag, og det viktigste, er å se pasienten, og ha respekt for han. Sykepleierne forteller at de jobber ut fra grunnleggende sykepleieverdier, som de har lært i sykepleieutdanningen, og fra kolleger med fine verdier. Sykepleierne i somatiske enheter opplever at verdier fortrenses, og kan komme langt bak i hverdagen på grunn av tidspress og mangel på ressurser. Informantene fra somatikken beskriver at ledelsen i liten grad setter av tid til snakk om verdier eller har fokus på dette på for eksempel personalmøter.

Sykepleierne fra de psykiatriske enhetene beskriver en reflektert arbeidshverdag hvor diskusjoner om rett og galt, verdier og verdirefleksjoner er til stede i de fleste situasjoner.

Dette virker å være en internalisert måte å jobbe og tenke på for disse sykepleierne.

Sykepleierne fra psykiatriske enheter står i mange etiske dilemmaer, og sier det er viktig og nødvendig å være flere i slike diskusjoner.

«Respekt i møte med pasienten»

Sykepleierne fra alle enhetene beskriver at de ønsker å møte pasienten slik de selv vil bli møtt. Respekt, ærlighet, holde avtaler, høflighet er verdier og egenskaper som trengs. Informantene fra somatikken sier de synes det er viktig at pasientene ikke opplever manglende fokus pga. arbeidspresset, og sier at det ofte er lite som skal til for at pasienten føler seg sett og respektert i en travel hverdag.

«Kvalitet i prosess og resultat»

Sykepleierne i de somatiske enheter opplever kvaliteten på sykepleietjenesten som varierende på grunn av manglede ressurser og tidspress i hverdagen. Informantene fra de somatiske enheter beskriver at kvaliteten er bra når pasienten får ivaretatt sine grunnleggende behov, får et rom, og det er tid til å prate med pasient og pårørende.

«Ja det er at de grunnleggende behovene blir ivaretatt. At man har tid til alt fra det, aller viktigste, som er medisiner, til mat og hygiene, og faktisk har man tid til å sitte og prate i fem minutter da tror jeg man har utøvd god sykepleie, for da er det den prioriteringa igjen, da er de andre tingene gjerne gjort så prioriterte man til slutt kaffekoppen og prat med pasienten... og at de har fått et rom, luksus, ja vært så heldig og fått et rom»

Informantene fra psykiatriske enheter beskriver at god kvalitet på sykepleien avhenger av evidensbasert faglig kunnskap, for eksempel kvalitetssikret medisiner og miljøterapi.

Sykepleierne fra psykiatrien mener også at et fleksibelt og individuelt tilrettelagt psykiatritilbud, med brukermedvirkning, øker kvaliteten og viser respekt for pasienten.

I de psykiatriske enhetene har fagsykepleiere med ansvar for kvalitetssikring, sørget for forbedret informasjon og fagutvikling. Denne utviklingen har bidratt til at sykepleiernes arbeidssituasjon er blitt mere forståelig og målrettet, og at det høyner sykepleiekvaliteten og bidrar til refleksjon mellom kollegaer.

«Trygghet for tilgjengelighet og omsorg»

Respekt og ekte tilstedeværelse overfor pasient og pårørende beskrives som avgjørende for

kvaliteten, og særlig i forbindelse med avslutning av livet er det essensielt. Det er nødvendig å samtale og informere ut fra den enkeltes situasjon, og det er krevende å samtale med mennesker i krise. Å formidle trygghet og skape tillit er en del av god kvalitet i sykepleie.

«Det som virkelig er vanskelig og utfordrer meg som sykepleier er de situasjonene der pasienten skal forlate livet. Det å gjøre det slik at den som skal forlate livet kan ha det så bra som mulig, og at de som skal sitte igjen får en sånn opplevelse med seg at de kan leve videre. Det å få kvalitet på det, da går det på helt grunnleggende sykepleiefaglige ting, å se på, ha respekt for dem, og selvfølgelig å være der både fysisk og mentalt. Gi informasjon og la dem få oppfølging og kontakt med de personene som de ønsker og ha kontakt med, ja det å få kvalitet på det, det kan være en stor utfordring i en sånn hektisk hverdag»

Tid til refleksjon

Faglig og etisk refleksjon er viktig for sykepleiefaget sier samtlige sykepleiere, men det mangler formelle arenaer og tid for dette i de somatiske enheter.

«Vi prøver jo å få til litt samtaler på vaktrommet, men det er ikke noen ideell måte å gjøre det på fordi at vi blir avbrutt hele tiden»

Veiledning

Flere av sykepleierne fra somatikken har etterspurt sykepleiefaglige veiledning, men det har ikke vært et etablert tilbud eller tradisjon for det. Sykepleierne sier at man kan lufte ut, få tilbakemeldinger og ha verdiene med seg i veiledning, og mener det kan gjøre deg til en bedre sykepleier. Informantene fra de psykiatriske enhetene hadde erfaring fra formell sykepleiefaglig veiledning. I tillegg beskrev de en kultur og en organisering av arbeidshverdagen som ga nødvendig tid for refleksjon og veiledning. Noen beskrev organisert «summing» på slutten av arbeidsdagen for å bearbeide opplevelser. Informantene sier at det til tider er stort behov for slik «summing», og at det bidrar til at de unngår å ta med seg jobbsituasjoner hjem. Sykepleierne fra psykiatriske enheter forteller at det er viktig å se, og være tilgjengelig for nyansatte med behov for veiledning.

5.3 Tidspress og frustrasjoner i hverdagen

Konstant dårlig samvittighet

Informantene fra de somatiske enheter er ofte frustrerte og slitne på grunn av stort arbeids og tidspress. Sykepleierne gjør så godt de kan, men går ofte hjem med en dårlig følelse og føler at de burde gjort mere for pasientene. Flere av informantene gir uttrykk for konstant dårlig

samvittighet. De beskriver at de skal strekke seg lengre og springe fortere, og dette arbeidspresset gir en følelse av masseproduksjon, og brannsløkking i hverdagen, noe som oppleves utilfredsstillende og slitsomt.

Knallharde prioriteringer

Noen av informantene fra somatikken frykter at de skal bli likegyldige og overfladiske sykepleiere fordi det ofte er knallharde prioriteringer på grunnleggende behov i hverdagen, og mest mulig skal gjøres på kortest mulig tid.

«Jeg tror vi blir lett litt sånn overfladiske sykepleiere for vi er så fort inn og ut, altså vi blir veldig effektiv og veldig god på masseproduksjon og får gjort mange ting på en gang, men vi får liksom ikke reflektert over helheten i det å være sykepleier. Det mangler vi»

Sykepleierne fra de somatiske enheter skal gjøre like mye, selv om personalressursene er mindre på grunn av sykefravær, og det store antallet korridorpasienter bidrar også til at pasientene må vente lenge før sykepleierne får tid til dem.

Informanter fra kirurgiske enheter forteller at pasienter med kreft eller sår må vente fordi henting og tilbringning av operasjonspasienter blir prioritert, og dette oppleves som en etisk vanskelig prioritering for sykepleierne. Informantene i somatikken beskriver at forskjellen mellom liv og lære er stor, og det oppleves frustrerende når virkeligheten er så langt fra det ideelle de har lært i utdanningen. Sykepleierne beskriver at disse forhold går ut over deres yrkesstolthet, at de er oppgitte og føler at de så vidt holder hodet over vann.

Når det ble snakk om tidspress i de psykiatriske enhetene ble det presisert fra informantene at det må være god tid i psykiatrien. I psykiatrien er tidspress uforenlig med de verdier og prinsipper som pleie og behandling er tuftet på.

Forhold til ledelsen

Sykepleierne fra somatikken opplever varierende støtte og forståelse fra ledelsen. Noen opplever at lederen gjør så godt hun kan ut fra de forutsetninger som finnes, og at hun er opptatt av hvordan sykepleierne har det i arbeidshverdagen. Andre informanter beskriver en avstand til ledelsen, og at ledelsen ikke skjønner hvordan det er å være sykepleier «midt i maurtua». Sykepleierne opplever manglende medbestemmelse, at de ikke blir hørt, og mener at de har noe å bidra med om de fikk lov. Ingen av informantene fra somatiske enheter hadde

regelmessige medarbeidersamtaler med nærmeste leder, mens informanter fra psykiatrien forteller at medarbeidersamtaler blant annet ble brukt til å diskutere verdier.

«Det hadde vært kjærkomment om vi hadde fått lov å være med å bestemme litt. For vi påvirker jo ingen ting, føles det som, det hadde vært fantastisk å få lov til å få være med og si sin mening om enkelte ting. Jeg tror ikke de skjønner hva vi holder på med om dagene...så.. vi skal bare springe fortere og fortere og holde kjeft»

Avviksmeldinger

Sykepleierne fra somatiske enheter forteller om manglende tid til å skrive avviksmeldinger, og det er ulik kultur på behandling av avviksmeldinger i de somatiske enhetene. Enkelte enheter diskuterer alle avvik på personalmøter, mens andre informanter forteller at de aldri hadde fått svar på en eneste avviksmelding. Hvilke avvik som meldes varierer også. Noen steder er det avvik på prosedyrer og teknisk utstyr, mens andre steder meldes det om avvik når kvaliteten på omsorgen og sykepleietjenestene blir mangelfull pga. mangel på ressurser.

«De siste to årene har jeg skrevet avviksmelding på det jeg ikke rekker over. Når det gjelder kvalitet så kan jeg gå på det konkrete. Jeg har ikke tid til å sitte i en time å gi en pasient mat, okey, da skrur vi bare opp sondematen sånn at pasienten får sitt næringsbehov dekket, men vedkommende får ikke prøvd å spise, jeg får ikke kommunikasjon med pasienten, eller at han får brukt mage tarm systemet sitt på en bedre måte enn med sondematen. Det er et avvik at arbeidsgiver ikke har tilrettelagt min arbeidsdag sånn at jeg kan gjøre det som blir best for pasienten, og som jeg kan argumentere for med sykepleiefaglige prinsipper er best.»

Systemet

Informantene fra somatiske enheter legger ansvaret for de rådende forhold på systemet uten og nærmere definere hvem eller hva systemet er. Sykepleierne sier at når systemet ikke fungerer så ødelegger det for pasienten. Systemet og dets økonomiske begrensninger blir oppgitt som årsak til at organisatoriske forhold utfordrer kjerneverdiene. Systemet er nærmest umulig å forandre eller gjøre noe med var inntrykket. Sykepleierne unnskylder systemet overfor pasientene når forholdene er uverdige.

«Men vi er blitt verdensmestre i og si beklager. Beklager, beklager, det skal ikke være slik, vi vet det. Vi vet dette er uverdige, vi vet vi burde gjort noe annet, beklager igjen. Det sier jeg ofte i løpet av en arbeidsdag»

6.0 DISKUSJON

I diskusjonen vil jeg med bakgrunn i oppgavens begrensninger bare reflektere over enkelte av funnene fra de somatiske enheter. Relevante funn fra de psykiatriske enhetene er diskutert i artiklene. Jeg vil starte med å belyse sykepleiernes vektlegging av verdier og etikk i faglig sammenheng ut fra et kritisk perspektiv på tradisjonelle sykepleieverdier. Deretter vil diskutere sykepleiernes helhetlige ansvar og varegjøringen («varifisering») av helsetjenester og pasienter. Avslutningsvis vil jeg drøfte momenter vedrørende sykepleiernes organisatoriske kompetanse og maktposisjon i sykehuset, og hvordan Caritativ ledelse kan møte dette. Jeg vil relatere disse momenter og begreper til det verdifokus, og de frustrasjoner og den dårlige samvittighet sykepleierne gir uttrykk for.

6.1 Verdifokus eller moralsk selvjustis

Sykepleierne i vår studie sa alle at fokus på verdier og etiske refleksjoner var viktig for deres profesjonelle selvforståelse, og for kvaliteten på sykepleiefaget. I praksishverdagen i de somatiske enhetene ble verdier og etisk refleksjon ofte fortrenget på grunn av tidspress og ressursmangel. Særlig de yngste sykepleierne ga uttrykk for et stort sprik mellom det de hadde lært i utdanningen og realitetene. Dette førte til en rekke frustrasjoner og dårlig samvittighet hos sykepleierne og de følte at de ikke gjorde en god nok jobb. Videre opplevde de manglende medbestemmelse og varierende støtte og forståelse fra ledelsen. Sykepleierne var ukjente med de nasjonale kjerneverdiene som begrep, men kjente seg igjen i disse, og følte at verdier stod sterkt selv om de ikke nødvendigvis var nedfelt noe sted. De sa at de jobbet ut fra grunnleggende sykepleieverdier som de hadde lært i utdanningen og fra kolleger med fine verdier.

Som vist, og diskutert i den vitenskapelige artikkelen har etisk og moralsk sensitivitet implikasjoner ut over hva som har relevans for moralsk dømmekraft, det er viktig for å generere relevant klinisk kunnskap (Nortvedt 1997, 2001 og 2008). Dette støttes av våre funn ved at sykepleierne opplevde etikk og verdier som viktig for kvaliteten. Et annet perspektiv på dette fremkommer i rapporten *Maktens samvittighet*. Der hevdes det at sykepleierne, i motsetning til andre yrkesgrupper i helsevesenet, bedriver sterk moralsk selvjustis og selvgranskning av seg selv og andre. Vike m.fl. setter dette i sammenheng med at det i de siste tiår har vært et stort fokus på tradisjonelle sykepleieverdier, som har preget sykepleieideologien, slik den er presentert i sykepleielitteratur og i utdanningsinstitusjoner. Det hevdes at disse verdiene aksentuerer sykepleierens moralske ansvar overfor pasienten, og

at det ofte blir formulert som et personlig ansvar. Det eksemplifiseres ved utsagn og formuleringer fra Alvsvåg om at sykepleierens menneskesyn, reflektert eller ureflektert, setter seg i kroppen og kommer frem i møtet med andre. Det vises også til at andre forfattere, og sykepleierens tidsskrift Sykepleien, støtter en antagelse om at sykepleierens selvforståelse er preget av en streng selvjustis, nærmest selvrefs, og at sykepleierne har svært høye krav til seg selv (Vike m.fl.2002 s.118-119). Sykepleielitteraturen det vises til legger også vekt på sykepleierens betydning for pasientens opplevelse av sykehusoppholdet, og på sykepleierens plikt til å utnytte denne muligheten. Forfatterne av Maktens samvittighet hevder at dette er en forenkling som kan bidra til å gjøre sykepleieren ansvarlig for organisasjonens verdimeslige prioriteringer. Det hevdes at sykepleielitteraturen, her eksemplifisert ved Alvsvåg og Kristensen, unnlater å sette sykepleierens kropp og kroppsspråk inn i en videre kontekst, og at dette er beslektet med mye faglitteratur om sykepleierollen som setter søkelyset på sykepleierens indre verdier og holdninger. Et godt indre hos sykepleieren vil sørge for at pasienten opplever møtet med helsevesenet på en god måte. (Vike m.fl.2002 s.119)

Sykepleierne i vår undersøkelse presiserte at som sykepleier var det nødvendig å ha et verdigrunnlag og at det var deres jobb å si fra om uverdige forhold, de var altså pasientens «gode advokat». Sykepleierne fortalte også at de forsøkte «å skjerme» pasientene for konsekvensene av arbeidspresset og at de unnskyldte systemet overfor pasienten når det sviktet, ja, at de var verdensmestre i å beklage. Dette samsvarer med at sykepleierne gjennom utdanningen og praksis har lært å ha fokus indre verdier og holdninger og at de tar ansvar for organisasjonens verdimeslige prioriteringer på et individuelt plan.

Sykepleiere i vår undersøkelse uttrykte kroppslige fenomener som at de følte seg slitne, at det var ikke trivelig eller at de var redd for å bli overfladiske når praksis var uforenlig med grunnleggende verdier. Motsatt sa de at de kjente en god følelse innvendig når de hadde ytt god sykepleie og gjort det lille ekstra som de visste betydde noe for pasienten. Den gode sykepleie er, ifølge fortolkningen til Vike m.fl., ikke bare et resultat av profesjonell hjelp, men også et resultat av sykepleierens gode indre, som materialiserer seg i sykepleierens kropp.(Vike m.fl. 2002 s.118) Av dette trekker jeg den slutning at det materialiserer seg som gode eller dårlige kroppslige uttrykk, dvs. velbefinnende eller ubehag av et slag, og at dette er av betydning for sykepleierens profesjonelle selvforståelse. Dårlig samvittighet og følelse av ikke å strekke til, bidrar til gjøre sykepleieren sliten og frustrert og kan gi henne en opplevelse av å være en dårlig sykepleier. Tilfredshet vil gi sykepleieren en god følelse innvendig, og vil virke positivt på hennes profesjonelle selvforståelse. Dersom betraktningene og

fortolkningene hos Vike m.fl. stemmer kan man trekke den slutning at sykepleierne i vår undersøkelse var frustrerte, slitne og hadde dårlig samvittighet fordi de stilte for høye krav til seg selv, og dømte seg selv for strengt når de ikke kunne oppfylle sine faglige krav og idealer. Jeg kan imidlertid ikke se at våre funn ubetinget støtter en slik antagelse. Sykepleierne sa at god sykepleie var avhengig av at pasientene fikk dekket sine grunnleggende behov og at de slapp å ligge på korridoren. Når de hadde gjort det «lille ekstra» for pasienten, som å snakke med pasient og pårørende, var de veldig fornøyde. Dette er altså helt basale behov som er dekket, og kan ikke relateres til for høye krav eller noen slags «luksus» standard på sykepleien. For å komme videre i denne tankerekken må konteksten utvides, og innlemme de organisatoriske forhold i relasjon til sykepleieetikken.

6.2 Helhet, «varifisering» og ubegrenset ansvar for pasienten.

Sykepleiernes faglige og moralske ansvar omfatter hele pasienten, altså fysisk, psykisk åndelig og sosial velferd. Det er dette som kalles helhetlig eller holistisk sykepleie. Nina Olsvold viser også til at omsorgsforskere og sykepleiefagets perspektiv er blitt kritisert for å ha sett bort fra de sosiale, ideologiske og organisatoriske vilkår for et slikt omfattende moralsk ansvar. Det er nødvendig å erkjenne at moralske dilemma som oppstår i sykepleiernes praksis er knyttet til sosiale og strukturelle forhold i sykehuset. Man må derfor ikke betrakte hver enkelt sykepleier, men hele helseorganisasjonen som en moralsk aktør. Det er nødvendig å studere sammenhengen mellom moralske problemer i sykepleiernes hverdagspraksis og organisasjonsstrukturen i sykehuset. Etikk må kobles til rammene for møtet mellom helsepersonell og pasienter, men dette har det ikke vært fokus på. Konsekvensen er at de etiske implikasjoner av helsevesenets hierarkiske struktur, maktrelasjoner og rutiner, dvs. praksis ikke blir fanget opp av profesjonsetikken. Resultatet er at omsorgsetikken uttrykt i en sykepleiefaglig forståelsesramme blir idylliserende, individualistisk og lite realistisk (Olsvold 2003)

Sykepleierne i studien vår fortalte om manglende tid og arenaer for refleksjon og veiledning. De ga også uttrykk for varierende støtte og forståelse fra ledelsen. Informanter opplevde at det var forventet at de arbeidet hardere og holdt kjeft, de hadde ikke noen medbestemmelse og mente at ledelsen ikke visste hva de holdt på med eller hvordan det var å være «midt i maurtua». Etikk og verdier var ikke til debatt på personalmøter eller i andre formelle arenaer. Under slike forhold blir det svært vanskelig for sykepleierne å komme i reell dialog med de som har makt og myndighet til å kunne forandre på betingelsene. Manglende refleksjon og veiledning med kollegaer gjør at sykepleieren ikke får faglige og etiske innspill og impulser,

eller bekreftelse og støtte på sine erfaringer og opplevelser. Dette vil etter mitt syn være en svært effektiv måte å unnlate å sette praksis, og moralske problemer derfra, opp mot profesjonsetikken, og dette skaper passiviserte og frustrerte sykepleiere som frykter å bli overfladiske. Deres dårlige samvittighet fungerer da i beste fall som en varselklokke, en alarm, som varsler om vanskelige eller uverdige forhold. Sykepleiernes frykt for å bli overfladiske er i følge både nasjonal og internasjonal forskning begrunnet. Kompromisser med verdier og idealer kan ha konsekvenser for helsepersonell ved at de blir ufølsomme for det moralske aspektet av arbeidet og står i fare for å utvikle moralsk nød, og i verste fall ønsker å forlate yrket (Hamric 2012; Aiken 2001). Disse aspekter er drøftet nærmere i den vitenskapelige artikkelen. Innføring av ISF og «varifisering» av pasienter og helsetjenester påvirker helsearbeidere og forholdet mellom pasient og hjelper. Helsearbeidernes verdier er basert på fagkunnskap og humanistiske verdier som gir klare anvisninger på rett og galt, mens ISF preges av økonomiske lønnsomhetsbetraktninger (Lian 2000). Vår undersøkelse ga eksempler på dette ved at «lønnsomme» operasjonspasienter ble prioritert foran «ulønnsomme» kreftpasienter. En «lønnsom» pasient er en pasient som gjennom ISF og DRG poeng gir sykehuset netto gevinst. En pasient er «ulønnsom» dersom refusjonen ikke dekker behandlingsutgiftene (Lian 2000). Å være nødt til å foreta slike prioriteringer var etisk vanskelig for sykepleieren og berørte henne dypt. Dette er i samsvar med Pellegrinos undersøkelse som viser at varegjøringen av helsetjenester har praktiske og etiske konsekvenser for helsearbeiderne og pasientene ved at det terapeutiske forhold mellom helsearbeidere og pasienten blir affisert (Pellegrino 1999). Helsemyndighetene har som tidligere nevnt også vært oppmerksomme på denne konsekvensen ved de formuleringer som er gjort i NOU 1997:2 Pasienten først og Stortingsmeldingen nr. 26 (1999-2000) Om verdier for den norske helsetenesta. I begge disse rapportene er det vektlagt at helseinstitusjonene må organiseres slik at helsepersonellet kan handle i samsvar med verdigrunnet i en tid med vekt på reformer knyttet til økonomi, organisering og lovgiving (Orvik 2004). Innføringen av ISF kan medføre en økt vekt på instrumentell medisinsk behandling og samtidig gå på bekostning av pleie og behandling av pasientene (Olsvold 2003). Dette kan føre til at verdien av sykepleie blir påvirket og til forandring av sykepleieverdiene da dette påvirkes av endring og utvikling i for eksempel kultur, medisin og teknologi (Horton et al. 2007). En organisasjonskulturell endring vil påvirke sykepleien som fag og profesjon. Edgar Schein definerer organisasjonskultur som et mønster av grunnleggende antagelser, som fungerer så bra at det blir oppfattet som sant og læres bort til nye medlemmer (Schein 1987 s.5-7). Den populistiske måte å si det på er at «sånn gjør vi det her». En prioritering av «lønnsomme»

foran «ulønnsomme» pasienter og instrumentell medisinsk behandling foran sykepleie er rotfestet i kulturen når det er tatt for gitt, og oppfattes som en del av virkelighetens beskaffenhet. Det er blitt sant, og læres bort til nye medlemmer (Schein 1987 s.12). Vår undersøkelse viste at slike forhold langt på vei var blitt en akseptert del av kulturen ved at medisinske oppgaver og «lønnsomme» pasienter ble prioritert foran sykepleie og psykososiale aktiviteter. Dette er også i overensstemmelse med norsk forskning fra sykehus og sykehjem som viser at komplekse sett av kontekstuelle begrensninger influerer på omsorgen som blir gitt, og at vitale og medisinske behov prioriteres på bekostning av god praksis og helhetlig omsorg. Dette er også diskutert i den vitenskapelige artikkelen (Slettebø et.al 2010; Nortvedt et. al 2008).

Olsvold og Vike m.fl. hevder at sykepleierne føler seg moralsk forpliktet til, og tar ansvar for å utføre det som sykehuset gjennom lovgivning er pålagt å gjøre, men som de ikke, om de skal holde budsjettet, har råd til eller legger til rette for. Dette blir betegnet som «ansvarsoversvømmelse» Et annet viktig moment i denne ansvarsoversvømmelsen, eller ubegrensede ansvaret, hos sykepleierne, er at de påtar seg og blir pådyttet oppgaver og ansvar fra andre yrkesgrupper. Dette gjelder ofte oppgaver som i utgangspunktet er legenes ansvar, for eksempel kurveføring og medisinforskrivning (Vike m.fl.2002 s.121; Olsvold 2010 og 2003). Dette bidrar til at sykepleieren blir en ufri moralsk aktør og ikke kan oppfattes som en autonom aktør i sykehuset. Sykepleierne oppfatter seg selv som profesjonelle helsearbeidere med selvstendig ansvar knyttet til faglige og etiske verdier, og de har kunnskap om hva som utgjør faglig forsvarlig sykepleie. Når de i stor grad blir pålegges å utføre oppgaver på vegne av andre skaper det et krysspress som fører til en rekke frustrasjoner av moralsk karakter(Olsvold 2010 og 2003). Dette gjaldt for eksempel sykepleieren i vår undersøkelse som sa at hun aldri fikk gjort det hun skulle med kreftpasientene, fordi henting og bringing av inntektsgivende operasjonspasienter måtte prioriteres. Til forskjell fra for eksempel legene har ikke sykepleierne tradisjon for å delegerer oppgaver og ansvar til andre i organisasjonen. Kompensatorisk avgrensning av eget arbeid er en mekanisme som andre yrkesgrupper gjør utstrakt bruk av, men sykepleierne inngår ikke slike «bufferavtaler» med for eksempel hjelpepleiere (Vike m.fl.2002 s.120-124). I denne sammenheng er det verdt å nevne at personell som hjelpepleiere, portører og renholdere i stor grad er blitt rasjonalisert eller «outsourcet» bort fra sykehusene de senere år. Resultatet er kjent, sykepleiere vasker senger og nattbord og utfører portørtjenester for å få pasientene til og fra undersøkelser og behandling.

6.3 Organisatorisk kompetanse

Sykepleierne i vår studie uttrykte en organisatorisk forståelse og innsikt ved at de så at det var økonomiske begrensninger og personalmangel som var årsaken til at kjerneverdiene ble utfordret og neglisjert i praksis. Samtidig ga de uttrykk for at «systemet», som var «skyld» i forholdene, var nærmest umulig å påvirke eller forandre. Når de forsøkte å bidra til forbedringer ved å bruke avvikssystemet erfarte flere av sykepleierne at kulturen for avviksbehandling var varierende. En del av enhetene hadde gode rutiner på avvikshåndtering, men noen sykepleiere fikk aldri tid til å melde avvik, og andre fikk aldri respons på avviksmeldinger. Flere av sykepleierne opplever manglende støtte og forståelse fra ledelsen og det er trolig at dette bidrar til ytterligere belastning, de blir frustrerte, oppgitte og føler avmakt.

Mange av informantene ga konkrete eksempler som tyder på at de tar et individuelt ansvar for at pasientene får mangelfull eller ikke tilfredsstillende sykepleie. Dette kan for eksempel sies om sykepleieren som gikk hjem med dårlig samvittighet for pasienten med nyoppdaget kreft som måtte ligge på korridoren. Sykepleierne la skylden for slike forhold på systemet uten og nærmere definere dette systemet. Når sykepleierne individualiserer ansvaret og ikke klarer å plassere ansvaret nærmere enn til «systemet» tyder det på manglende organisatorisk kompetanse. (Orvik 2004)

Det er to former for organisatorisk kompetanse. Organiseringskompetanse, som er en handlingsrettet kompetanse, dreier seg om å organisere eget og andres arbeid. Den andre formen er organisasjonskompetanse, og det er denne form for organisatorisk kompetanse jeg vil utdype og benytte videre i diskusjonen. (Orvik 2004 s. 38)

Organisasjonskompetanse er først og fremst refleksiv og innebærer å forstå sykepleiens og sykepleierens plass i de komplekse helseorganisasjonene. Kravet om å gi god omsorg, pleie og behandling til pasientene i en helseorganisasjon med stramme effektivitetskrav innebærer sprik mellom verdier og mål. Sykepleierens mål om helhetlig omsorg og tilstrekkelig tid blir et urealistisk ideal i en slik virkelighet og kan bidra til rollekonflikter og «realitetssjokk» hos de som står nærmest pasienten. Orvik hevder at for å kunne utøve sin yrkesrolle trenger sykepleieren kompetanse om den organisasjonsvirkelighet som sykepleien foregår i, og at en slik kompetanse er nødvendig for at sykepleierne ikke skal bli bærere av konflikter når verdier og produksjonsmål ikke er forenelig. Dersom det er et gap mellom idealer og realiteter kan det skape avmakt hos sykepleierne. (Orvik 2004 s. 37-40)

Noen av sykepleierne i vår undersøkelse plasserte ansvaret for de rådenende forhold direkte hos arbeidsgiver. Dette vises for eksempel ved at de plasserte hovedansvaret for definering og etterlevelse av kjerneverdier hos lederne, og at det var arbeidsgivers ansvar å organisere arbeidsdagen og personellressursene slik at det ga reell og praktisk mulighet for sykepleierne å kunne utøve trygg, respektfull og kvalitativ sykepleie. Enkelte av sykepleierne fortalte at de skrev avviksmelding hver gang de ikke fikk tid til å utføre sykepleien slik de ønsket. De sykepleierne som tok til ordet for dette hadde organisatorisk kompetanse slik at de forstod at dette ikke var et individuelt ansvar, men et system og ledelsesansvar. Disse sykepleierne er både ansvarsbevisste og ansvarlige. Ansvarsbevissthet handler om kontinuerlig oppfølging av pasienten, sikre overganger i pasientforløp og ivareta helhetlig omsorg. Ansvarlighet er å ta ansvar for konsekvensen av egne handlinger, og å si fra til leder eller tilsynsmyndighet når grensen for faglig forsvarlighet er nådd (Orvik 2004 s. 140). Faren er, som tidligere beskrevet, at idealet om helhetlig omsorg kan bli et ansvar uten grenser. Dette kan motvirkes dersom sykepleieren har organisasjonskompetanse, som vil styrke sykepleieren i rollen som organisasjonsmedlem ved at hun har innsikt i motstridende mål og konkurrerende verdier i organisasjonen, og det kan sette sykepleieren i stand til å forandre på forhold som skaper uverdigg pasientomsorg og arbeidsmiljø. Dette krever kunnskap om organisasjonens mål og innsikt i beslutningsveier, og hvilke forhold i organisasjonen som fremmer og hemmer sykepleien som omsorg og arbeid. Orvik hevder at mange sykepleiere mangler perspektiver, språk og metoder som gjør dem i stand til å forbedre pasientomsorgen og egne arbeidsbetingelser, og at de blir defensive i forhold til sykepleiens rammebetingelser. Organisasjonskompetanse angår spesielt verdikonflikter, og en sykepleier som reflektert håndterer krysspresset mellom pasienthensynet, egen arbeidssituasjon og effektivitetskrav har organisasjonskompetanse. Dette uttrykkes ved at organisasjonskompetanse handler om å se, og stå i spenningen mellom pasient, profesjon og produksjon.(Orvik 2004 s.39-42)

6.4 Sykepleiernes makt i organisasjonen

Resultatene fra vår studie viser at sykepleierne opplever å ha liten makt og innflytelse over praksis og i organisasjonen. De mangler medbestemmelse og mener de har noe å bidra med om de fikk anledning. De sier gjentatt at de er oppgitte og føler avmakt overfor et system som de ikke kan gjøre noe med, og ledelsen er heller ikke lydhør. Sykepleierne har langt større ansvar enn makt, og det er sammenfallende med de resultater som beskrives både hos Olsvold 2003 og 2010, Vike m.fl. 2002. og Orvik 2004.

Den form for forskyvning av oppgaver og ansvar som ble beskrevet tidligere vil påvirke maktforholdet. Når sykepleiere får ansvar for områder hvor legen har beslutningsmyndighet, vil sykepleierens maktbasis svekkes, og det forsterker forholdet mellom leger og sykepleiere i retning av underordning. Dette handler også om hvilke verdier som skal prege pasientbehandlingen og kan medføre en underordning av omsorgsverdier i forhold til verdien av medisinsk behandling. Da kan en vesentlig dimensjon ved pasientbehandling og omsorg bli borte (Orvik s. 144-145). Sykepleie og omsorg anerkjennes ikke som likeverdig med medisinsk behandling, og er heller ikke en integrert del av dette, men sekundært og underordnet. Denne todelingen av helsevesenet er tatt for gitt og naturliggjort, og det blir ikke stilt spørsmål ved den hierarkiske organisering og at leger og sykepleiere står i et over og underordningsforhold til hverandre (Olsvold 2003). Dette bekreftes i vår undersøkelse. Ingen av informantene var på noe tidspunkt inne på denne tematikken som et moment i diskusjonene. Når det ble snakk om tidspress og påfølgende prioriteringer av oppgaver, ble delegerte medisinske oppgaver og prosedyrer nevnt som det viktigste.

Nina Olsvold viser til at det også er nødvendig å se sykepleiernes maktforhold i et kjønnsperspektiv. Hun refererer til forskning som viser at kvinners erfaringer og kunnskapstradisjoner har blitt naturalisert og marginalisert slik at verdier som knyttes til omsorgsarbeid er blitt og blir oversett både i helsevesenet og samfunnet for øvrig (Wærness 2003, Bækken 2001 i Olsvold 2003). Olsvold viser til Wærness, som sier at omsorgens status og forholdene for dem som yter omsorg bare kan endres dersom omsorg forstås som en politisk idé, og forholdet mellom etikk og politikk er derfor av stor betydning (Olsvold 2003). Utfordringen for sykepleierne, deres utdanningsinstitusjoner, sykepleieorganisasjoner og helsevesenet blir derfor å få dette politisert. Det krever en bred forståelse for at de største problemene i tilknytning til helsetjenesten er strukturelle og ikke et resultat av mangelfull moralsk utrustning hos personalet (Chambliss 1996 i Olsvold 2003).

6.5 Caritativ ledelse kan gi sykepleiefaget mere makt

I kapittel tre er den sykepleiefundamenterte caritative ledelsesteori beskrevet. Jeg mener at denne teorien fremstår som en motsats til dagens ledelsesstilpreget av markedstenkning og NPM. Jeg har i det foregående diskutert hvordan de siste tiårs tradisjonelle sykepleieverdier og idealet om helhetlig sykepleie sammen med «varifisering» og manglende organisatorisk kompetanse kan føre til at sykepleierne tar et individuelt ansvar for organisasjonens verdiprioriteringer, og at dette leder til frustrasjon og avmakt. Til sist har jeg vist at sykepleierne og omsorgen, som idé mangler makt og myndighet i dagens sykehus, og at bare

ved å politisere omsorgen kan sykepleierne og omsorgsverdiene gjenvinne makt i sykehuset. Det faktum at sykepleierne er underordnet, for eksempel leger, og må ta imot ordrer fra en yrkesgruppe som har større makt og prestisje, hindrer sykepleierne i å ta ansvar i situasjoner hvor de føler moralsk harme. Sykehuset må derfor vurderes ut fra de mulighetene sykepleierne har til å handle moralsk. Her må ikke bare etiske problemer og dilemmaer som individet står over tas med, men også utforming av roller, rollemoral og ansvarsforholdet mellom individ og organisasjon (Olsvold 2003). Den caritative ledelsesteori kan ivareta disse hensyn. Denne teorien beskriver en modell hvor ledelsen er rollemodeller og setter pasientens behov i sentrum samtidig som helsearbeidernes og organisasjonens behov for evidensbasert kunnskap, veiledning, utvikling, ledelse og administrasjon blir ivaretatt på en effektiv måte. CT kan gi omsorgen og sykepleiefaget større makt og innflytelse i organisasjonen ved at sykepleie og omsorg gis større fokus og betydning. Lederens grunnholdning er preget av et ønske om å yte omsorg, og et ønske om å handle, og dette gir henne et ansvar for alle menneskene i denne kulturen. CT er basert på Scheins teorier om organisasjonskultur, og han skriver om hvordan lederne kan implementere og forsterke en ønsket kultur. Det er fem primære mekanismer som beskrives; 1. Det ledere er opptatte av, det de evaluerer og kontrollerer. 2. Ledernes reaksjoner på avgjørende hendelser og kriser i organisasjonen. 3. Ledernes bevisste utforming av roller, undervisning og veiledning. 4. Kriterier for tildeling av belønninger og status. 5. Kriterier for rekruttering, seleksjon, forfremmelse, pensjonering og oppsigelse. Schein hevder at ledere kan påvirke til ønsket kultur (Schein 1987 s. 191). Vår undersøkelse viste at sykepleierne opplevde ikke å ha en ledelse som klarte å ivareta alle disse hensyn. Jeg tror at en ledelsestil som tar utgangspunkt i Caritasmotivet, omsorgens ideal, som er kjærlighet til mennesket og barmhjertighet, kan bidra til at sykepleie og omsorg blir verdig for pasientene og sykepleierne. Dette er i overensstemmelse med Scheins mekanismer og forklares i CT med at ledelsen kan være en katalysator, og fungere som organisasjonens samvittighet. Lederen må ha mykhet, styrke og mot til å krysse grenser, og lederens faglige kunnskaper, redelighet, rettferdighet og ærlighet vil utvikle tillit i organisasjonens kultur. Lederne må legge til rette for refleksjon, gjensidig lydhørhet, toleranse og respekt, og skape rom for ideer slik at ønsker og visjoner som kan skape en mer omsorgsfull kultur kan bli realisert (Bondas 2003). Dette står i motsats til våre funn hvor lederne ikke tok opp etikk og organisasjonens verdier til diskusjon eller var lydhøre og inviterte sykepleierne til medbestemmelse og innflytelse på praksis. Vår undersøkelse viser at dette har implikasjoner for kjerneverdiene, kvaliteten på sykepleietjenesten og for sykepleiernes velbefinnende og profesjonelle selvforståelse.

7.0 AVSLUTNING

Min masterstudie har vist at kjerneverdiene er ukjente både for sykepleierne i somatiske enheter og i tidligere forskning. Som beskrevet i den populærvitenskapelige artikkelen er kjerneverdiene blitt et papirprodukt som ikke benyttes aktivt i praksis. Resultatene fra psykiatriske enheter var i så måte oppløftende, der hadde de benyttet verdiprosjektet til å definere kjerneverdiene og satt det på dagsorden. Verdier og refleksjon rundt dette var i høy grad internalisert i praksis i de psykiatriske enheter. I de somatiske enheter hvor kjerneverdiene var ukjente som begrep var de allikevel oppfattet som gjenkjennelig og viktige verdier, men i praksis ble verdiene utfordret og neglisjert på grunn av en rekke kontekstuelle begrensninger. Våre resultater og tidligere forskning viser at dette fører til suboptimale faglige standarder. Kontekstuelle begrensninger kan dreie seg om en rekke forhold som tidspress og ressursmangel og i tillegg manglende organisatorisk kompetanse hos sykepleierne og påfølgende avmakt i et system hvor ledelsen ikke tilbyr sykepleierne medbestemmelse, eller gir omsorgen som idé makt og innflytelse. Videre har jeg vist at sykepleielitteraturens fremstilling av, og sykepleiernes ideal om helhetlig omsorg i et effektivisert og markedstilpasset sykehus kan medføre at sykepleierne føler et individuelt ansvar for organisasjonens verdiprioriteringer, og videre at de påtar seg, og blir pådyttet, andre yrkesgruppers oppgaver og ansvar uten at det følger makt og myndighet med. Dette resulterer i slitenhet og dårlig samvittighet hos sykepleierne, og relevant forskning viser at dette har implikasjoner for kvaliteten på sykepleiefaget så vel som sykepleiernes profesjonelle selvforståelse og velbefinnende. Som beskrevet i den vitenskapelige artikkel er utvikling av moralsk nød hos helsepersonell internasjonalt omfattende, og dette relateres til den etiske dimensjonen i praksis og vanskeligheter med å ivareta profesjonelle plikter og ansvar. For å møte denne utfordring har jeg introdusert den Caritative ledelsesteori, som en motsats til NPM, og det overgripende økonomiske fokus. CT presenterer et lydhørt lederskap som tar utgangspunkt i caritasmotivet og hovedoppgaven, pasienten og dennes lidelse. Dette kombineres med effektivitet, evidensbasert kunnskap og administrasjon og skaper en utviklende og omsorgsfull kultur til beste for pasienten, pårørende og helsearbeiderne. I en tid hvor det stadig meldes om at behovet for sykepleiere og helsearbeidere vil øke de nærmeste år er det viktig at organisering, ledelse og drift av sykehusene er tilpasset faglige krav, verdier og idealer så vel som økonomisk tilpasning. Både nasjonal og internasjonal forskning viser at markedstanken og NPM i helsevesenet har flere uheldige konsekvenser for pasienter og helsearbeidere, og det bør derfor forskes videre på alternative organiserings og ledelsesformer for helsetjenestene med påfølgende implikasjoner for pasienter og helsearbeidere.

Referanser

1. Aiken, L. H., Clarke, S.P., Sloane, D. M og Sochalski, J.A (2001) "An International Perspective on Hospital Nurses' Work Environments: The Case for Reform", *Policy, Politics & Nursing Practice* 2: 255-263.
2. Barbour, R.S (1995) "Using focus groups in general practice research", *Family Practice* 12: 328-334.
3. Bondas, T.E. (2003) "Caritative Leadership: Ministering to the Patients", *Nursing Administration Quarterly* 27, 249-253.
4. Bondas, T. (2008) «Det caritative ledarskapet», *Vård i Fokus* (3): 4-8.
5. Bondas, T. (2010) «Nursing leadership from the perspective of clinical group supervision: a paradoxical practice» *Journal of Nursing Management* 18, 477-486.
6. Cavaliere, T.A, Daly, B., Dowling, D. og Montgomery K. 2010 "Moral Distress in Neonatal Intensive Care Units RNs", *Advances in Neonatal Care*, 10(3):145–156, 2010.
7. Corley, M.C., Minick, P., Elswick R.K. og Jacobs, M. (2005) "Nurse Moral Distress and Ethical Work Environment", *Nursing Ethics*, 12(4): 381–390.
8. Elo, S og Kyngäs, H. (2008) "The qualitative content analysis process", *Journal of Advance Nursing* 62(1): 107–115.
9. Epstein, E. G. og Hamric, A.B. (2009) "Moral Distress, Moral Residue, and the Crescendo Effect", *The Journal of Clinical Ethics* 20 (4):330-342.
10. Evans, R.G (1997) «Going for the Gold: The Redistributive Agenda behind Market-Based Health Care Reform». *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 2: 427-65.
11. Førde,R., Pedersen, R.,Nortvedt,P. og Aasland, O.G. (2006)«Får eldreomsorgen nok ressurser/ Care for the elderly in Norway still suffers from lack of resources», *Tidsskrift for Den norske legeforening* nr 15; 126: 1913-6.
12. Graneheim, U.H og Lundman, B. (2004). "Qualitative content analysis in nursing research:concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness", *Nurse Education Today*, 24(2):105-112.
13. Guitierrez, K. M. (2005) "Critical care Nurses' Perceptions of and Responses to Moral Distress" *Dimensions of Critical Care Nursing*, 24(5): 229–241.
14. Halvorsen,K., Førde,R og Nordtvedt, P. (2008) «Professional Challenges of Bedside Rationing in Intensive Care», *Nursing Ethics* 15(6):715-28.
15. Hamric, A. B. (2012) "Empirical Research on Moral Distress: Issues, Challenges and Opportunities", *HEC Forum*, 24(1):39-49.

16. Hardingham, L. B (2004) "Integrity and moral residue: nurses as participants in a moral community", *Nurse Philosophy*, 5 (2):127–134.
17. Helse - og omsorgsdepartementet NOU 1997: 2 Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus.
18. Helse- og omsorgsdepartementet LOV 1999-07-02 nr. 63: Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).
19. Horton, K., Tschudin, V. og Forget, A. (2007) "The value of Nursing: a Literature Review". *Nursing Ethics* 14: 716-740.
20. Källemark, S., Höglund, A.T, Hansson, M.G. Westerholm, P., Arnetz, B. 2004 "Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system", *Social Science and Medicine*, 58 (6) :1075–1084.
21. Kirkevold, M. (2009) *Sykepleieteorier: analyse og evaluering*. - 2. utg. Ad Notam Gyldendal
22. Krueger, R. A. og Casey, M. A. (2009) "Focus Groups A Practical Guide for Applied Research", London, SAGE Publications, 4th edition.
23. Lian, O.S. (2000) «Reformpolitikk og organisasjonskultur – et eksempel fra sykehussektoren», *Tidsskrift for Velferdsforskning* 3 (3):172-187
24. Lian, O.S. (2007) *Når helse blir en vare*. Kristiansand S: Høyskoleforlaget 2.utgave.
25. Malterud, K. (2008) «Kvalitative metoder I medisinsk forskning», Oslo, Universitetsforlaget 2.utgave 2003.
26. Mosaker, A.K, «Med verdier fra forvaltning til forretning», masteroppgave i verdibasert ledelse 2008, upublisert.
27. Nortvedt, P. (1997) «Vi skaper ikke verdiene, men holder dem oppe – Et bidrag til sykepleiens verditeori», *Vård i Norden* 17 (3): 10-13.
28. Nortvedt, P. (2001) "Clinical Sensitivity: The Inseparability of Ethical Perceptiveness and Clinical Knowledge", *Scholarly Inquiry for Nursing Practice* 15 (1): 25-43.
29. Nortvedt, P. (2008) "Sensibility and clinical understanding", *Medicine, Health Care and Philosophy* 11 (2): 209-219.
30. Nortvedt, P. Pedersen, R. Grøthe, K.H., Nordhaug, M. Kirkevold, M., Slettebø, Å. Brinchmann, B.S. og Andersen, B. 2008 "Clinical prioritisations of healthcare for the aged - professional roles", *Journal of Medical Ethics*. 34(5):332-5.

31. Olsvold, N. (2003) «Profesjonsetikk i helsereformenes tid». Sosiologi i dag, 2:5-30.
32. Olsvold, N. (2010) «Ansvar og yrkesrolle» Om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus. Avhandling for ph.d-graden, Det medisinske fakultetet Universitetet i Oslo, upublisert.
33. Orvik, A. «Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid, Oslo, J. W. Cappelens Forlag as, 1.utgave 2004.
34. Pauly, B.M., Varcoe, C. og Storch, J. (2012) “Framing the Issues: Moral Distress in Health Care”, HEC Forum, 24:1-11.
35. Pellegrino, E.D. (1999) “The Commodification of Medical and Health Care: The Moral Consequences of a Paradigm Shift from a professional to a Market Ethic”, Journal of Medicine and Philosophy 3: 243-266.
36. Ruyter, K.W, Førde, R. og Solbakk, J.H. (2007) *Medisinsk og helsefaglig etikk*. 2. utg. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.
37. Schein, E.H. (1987) *Organisasjonskultur og ledelse. Er kulturendring mulig?* Mercuri media Forlag AS.
38. Slettebø, Å., Kirkevold, M. Andersen, B. Pedersen, R. Halvorsen, K. Nordhaug, M og Nortvedt, P.(2010) “Clinical prioritizations and contextual constraints in nursing homes – a qualitative study”. Scandinavian Journal of Caring Sciences 24: 533-540.
39. Sporrang, S.K Höglund, A.T og Arnetz , B.(2006) “Measuring Moral Distress in Pharmacy and Clinical Practice”, Nursing Ethics, 13(4) : 416–427.
40. Stortingsmelding nr. 26.(1999-2000), Om verdier for den norske helsetenesta.(Verdimeldinga).
41. Sørfonden, W. og Finstad, H. H. (2000) “Forskerliv og hverdagsliv i samme rom – et tilbakeblikk på erfaringer med metoden fokusgruppe», Vård i Norden 20 (3):39-43.
42. Thornquist, E. (2003) «*Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*», Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, 1.utgave 2003
43. Torjuul, K. og Sorlie, V. (2006). “Nursing is different than medicine: ethical difficulties in the process of care in surgical units”, Journal of Advanced Nursing, 56(4):404-413.
44. Tønnesen, S., Nortvedt, P. og Førde, R. (2011) «Rationing home-based nursing care: professional ethical implications”. Nursing Ethics 18: 386-396.
45. Varcoe, C., Pauly, B., Webster, G. og Storch, J. (2012) «Moral Distress: Tensions as Springboards for Action”, HEC Forum, 24 (1): 51-62.
46. Vike, Bakken, Brinchmann, Haukelien og Kroken (2002) *Maktens samvittighet. Om politikk styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Makt og demokratiutredningen 1998-2003, Gyldendal Norsk Forlag AS 1.utg.

47. Webb, C. og Kevern, J. (2000) "Focus groups as a research method: A critique of some aspects of their use in nursing research", *Journal of Advanced Nursing* 33(6): 798-805.
48. Wilkinson, J. M. (1988) "Moral Distress in Nursing Practice: Experience and Effect", *Nursing Forum*, 23(1): 17–29, 1988.
49. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere ICNs etiske regler revidert 2011.

Vitenskapelig artikel

Research Article

«Values that vanish into thin air»

Nurses' experience of ethical values in their daily work.

Abstract

The objective of this study was to examine how nurses experience ethical values as they are expressed in daily practice in a Norwegian hospital impacted by health reforms and New Public Management. A growing focus in Western healthcare on effectiveness, production and retrenchment has an influence on professional nursing standards and nursing values. Lack of resources and subsequent ethically difficult prioritizations imply a strain on the nurses, and this strain can be understood as moral distress. The study is qualitative with an inductive approach. Data collection was carried out by conducting 4 focus group interviews with a total of 20 nurses. The data was analyzed with the help of content analysis. The results are presented in two main themes with sub-themes: (1) Values and reflection are important for the nurses. (2) Time pressure and nursing frustrations in daily work. The results of the study demonstrate that the nurses believe the ethical values to be of crucial importance for the quality of nursing; however, in the somatic units where there is a lack of resources and time pressure, the ethical values are often repressed in daily practice. This results in feelings of frustration, fatigue and guilty conscience in the nurses. There is a need for changes in the system which could contribute to the development of a caring culture which would take care of both patients and nurses. In an endeavour to reach this goal one could apply Caritative Leadership theory, which is grounded on the caritas motive, human love and mercy.

1. Introduction

Western health services are characterized by increasing demands for effectiveness, production and financial profit and economizing [1]. This has an impact on professional standards and clinical nursing values, and constitutes a source of job-related stress and unrest for the nurses [2]. Norwegian studies from hospitals and local health services show that lack of resources and heavy work pressure lead to ethically difficult prioritizations and a lowering of nursing standards [3]. Vital medical needs are prioritized, while psychosocial needs are not adequately met [4]. Clinicians find themselves being disloyal to professional ideals and expectations [3]. European studies demonstrate that professional ethical codes become unattainable ideals for many nurses due to the lack of resources and heightened effectiveness in the healthcare environment [6]. Lack of resources and the lowering of priorities cause considerable strain on

healthcare professionals both in hospitals and the local health services [4]. This strain can be understood as moral distress, a concept associated with the ethical dimension in practice and with issues related to difficulties in practice in terms of maintaining professional values, responsibility and duties [7-11]. Moral distress, even though it is understood differently in different studies, has shown to have negative consequences and contributes to emotional discomfort, such as, for example, anger, frustration, withdrawal, insecurity or poor quality in patient care, reduced job satisfaction and occupational fatigue [11-15].

The object of this study was to examine nurses' experience of how ethical values are expressed in daily practice in a Norwegian hospital where health reforms have been introduced as well as market thinking. We took our point of departure in the national core values in the Norwegian specialist health services: respect, quality and safety. We wanted to explore whether the focus in the daily work was on values and ethics and whether, when the focus is so much on budget and effectiveness, it will affect the significance of these values.

2. Materials and Methods

2.1 Participants

The collection of data was carried out by conducting focus group interviews with a total of 20 nurses from different somatic and psychiatric bed units in a medium large hospital in Norway. The participants consisted of 13 special nurses and 7 nurses. In terms of gender, there were 18 women and 2 men. The ages of the participants were from 27 to 60 years, with 2 to 38 years of experience as nurses, the majority around 20 years. The request for participants for the study was sent to the administration in each clinic, and the participants were then selected and asked by their immediate superior if they were willing to take part in the study.

2.2 Data collection and analysis

Focus groups

Focus groups is a qualitative method where a group of people with certain common qualities are gathered together to discuss a given, well-defined topic, in permissive and non-threatening surroundings. It is a carefully planned discussion where one aims at exploring and bringing forth the participants' views, feelings, thoughts and attitudes about a selected topic. Focus groups should be informal and the questions should be direct, comfortable and simple, but not

guiding [16]. One of the foremost advantages of focus groups is the interaction between the participants which may generate more profound and richer data than individual interviews [17].

Four focus group interviews were carried out with moderator and secretary [18]. Three interviews were conducted with nurses from different somatic units and one interview with nurses from different psychiatric units. The interviews lasted 90 minutes, they were tape recorded and ongoing notes were taken. The focus groups took place in the hospital's meeting room during the participants' working hours. A semi-structured topic guide ensured that the same key topic was under discussion in the different focus groups [16]. The topic guide's starting point was the national core values in the Norwegian specialist health service: quality, safety and respect, and how these values were expressed or challenged in everyday work. The interviews were carried out in the period from December 2010 to November 2011.

Data analysis

The analysis is inspired by qualitative content analysis [19-20]. The main key to content analysis is that the words in the text are classified into smaller content categories [20]. The study uses an inductive approach which is recommended when there has been done little research on the phenomenon [20]. In an inductive approach, the conclusions are drawn from the special to the general, a bottom-up approach in search of answers [21-22].

We experienced that the participants were greatly committed and candid in the focus groups, with the result that the material obtained was highly informative and comprehensive. In the analysis we emphasized the findings that generated most engagement and discussion among the participants.

The analysis started after each interview with listening to the tape and making a verbatim transcription of each interview. At first, all the interviews were separately analyzed. Then the results from the three interviews from the somatic units were considered across and analyzed as a whole. The interview from the psychiatric units was separately analyzed similarly to the three others, and one looked for comparable results.

The transcriptions were read through several times by each one of us. We chose to consider the manifest content, i.e. what the text says [19-20].

The next step was to find meaning units, condense and then encode these [19]. The codes were first sorted into five main categories:

1. Values and ethics.
2. The system.
3. Management.
4. Patient.
5. Nursing.

The codes and the content in all the main categories were analyzed, condensed and placed into subcategories, and a brief abstract was written summarizing the main content from the different subcategories. These abstracts were considered across and further meaning compacting was done in order to systematize and further abbreviate the text. In this process we identified two main themes containing and presenting the results.

1. Values and reflection are important for the nurses
2. Time pressure and nursing frustrations

2.3 Trustworthiness

The validity, or authenticity and trustworthiness of a study, is seen in two dimensions, internally and externally. Internal validity states what is true about it. External validity is about what is transferable. There is no knowledge applicable under all circumstances and for every objective [21]. Both the interviews and the analysis were carried out together with all the authors. This enabled us during the entire process to discuss and verify perceptions and conclusions which enhanced the internal validity of the study. The study was conducted with a homogeneous group, nurses and special nurses without leader responsibility and with daily patient contact. If the study had been carried out with nurse managers in the group, the results might have been different. The external validity of the study could have been strengthened if corresponding studies had been carried out in several hospitals. The study was carried out in a medium sized hospital in Norway with nurses from different somatic and psychiatric units. It represents diversity both in terms of fields of study and nurses' previous experiences, and can thus be transferable to other nurses in other hospitals.

2.4 Ethical considerations

The project has been reported to the Norwegian Social Science Data Services (NSD). The participants received verbal and written information about the study, and agreed in writing to voluntary participation. The collected data material is anonymized, and treated confidentially.

3. Results and discussion

3.1 Results

As earlier described, two main themes were identified in the analysis and the results are presented with sub-themes under each main theme.

1. Values and reflection are important for the nurses
2. Time pressure and nursing frustrations in daily work

3.1.2 Values and reflection are important for the nurses.

The nurses from all units describe how ethics, values and reflection on values are of great importance for the quality in nursing. The informants see the need for values that are formulated in writing and the need for specific aims for their workplace. Yet they feel that the values are solidly rooted even though they are not formulated in writing. The informants from somatic units say that they are aware of when the values are absent in practice, and that it is their task to speak up about undignified conditions.

“It would have been fine if it was like that, that we all went along the same road with values at the bottom. I feel, and can see it among my colleagues, that these values are solidly rooted. It has surely to do with the training and what one sort of has learnt”

“I would say that there is often more focus on the hustle and bustle and lack of space, so one would like to be reminded of the values. One needs it even though it lies deeply in us”

Respect is most important.

The informants say that being nurses they need to have basic values, and that what is most important is to see the patient and to treat him with respect. The informants tell that their work is based on the basic nursing values learned in their training, and from colleagues with good values. The nurses in somatic units experience that values are repressed, and may be neglected in their daily work due to time pressure, lack of resources and great challenges. Nurses from somatic units prioritize helping patients in grave and acutely life-threatening conditions. With limited resources, this can result in undignified conditions for other patients whose illnesses are not life-threatening. These patients, who, for example, have to wait a long

time without anyone keeping an eye on them, are given insufficient or unsatisfactory nursing. In these cases, the nurses feel that the job they are doing is not good enough. The nurses from somatic units describe how the management does not set aside sufficient time for talking about values or focusing on them, for example, in staff meetings.

“It has often to do with resources, unfortunately. At times these values vanish into thin air when it is a matter of whether the patient breathes or does not breathe, and so the prioritizing becomes tough and at that point I can’t exactly manage to see these values, well, and even if they are there in the tiny moment when you are with the patient, I do believe that there are many of us who think that we could have done a better job”

The leaders are specially responsible for creating targets in their units and what should be focused onbut as said before, we are all responsible for supporting and complying with it”

The nurses from the psychiatric units describe a reflective workday with discussions about right or wrong, values and reflection on values in most situations. This seems to be an internalized way of working and thinking for these nurses. The nurses from the psychiatric units confront many ethical dilemmas, and say that it is important and necessary that several people take part in these discussions.

“I don’t think we say that today we are evaluating values in our unit, but it goes on all the time. A lot of it in the staff room, but also at morning meetings, team meetings, where things are taken up and discussed whether this is right, or should we do it differently”

The quality varies

The nurses in the somatic units experience the quality in nursing as varying on account of lacking resources and time pressure in their daily work. The informants state that the quality is good when patients’ basic needs are taken care of, when they do not have to lie in the corridor but are given a room, and when one has time to talk with them and their families. If the nurse finds time to do this “little extra” for the patient, and does not have to run from room to room, she will feel that she has done a good job which will make her feel good inside.

The informants from the psychiatric units report that good quality in nursing depends on evidence based knowledge and a flexible and individually adjusted program for psychiatric treatment, with client participation. This improves the quality and is respectful of the patient. The informants tell us that the quality is totally dependent on the composition of the staff, and that experienced nurses can help to create an atmosphere of quiet and security in the milieu and also, for example, in a coerced treatment situation.

“It is about offering flexible psychiatric treatment. That’s what we are preoccupied with, the fact that no one is alike”

The informants from somatic units inform us that they will go to great lengths for quality, and that they feel it is important to adapt nursing measures to the patient’s needs rather than focusing on procedure. Nurses from all the units emphasize that procedures cannot be followed in all situations, and that one cannot produce recipes or procedures for interpersonal relationships.

“It has to do with interpersonal relationships. We can’t write it, provide a recipe or a procedure to be followed in all situations. Because things can really go wrong then, since every situation is unique and there are so many facets in what we do. Experience and basic values and ethical principles are required, and good child rearing, that is always welcome”

Safety is not always there

Respect, genuine presence and good communication with patients and relatives generate safety, and is described as decisive for quality as a whole. At times the informants from the somatic units experience insecurity and lack of control in their work situation. They feel that it all is haphazardly and that they have to rely on sheer luck when there is a lack of both time and resources.

“I’m thinking a little about it in terms of safety and procedures. One can of course say that when they are busy developing it, it is a form of safety, but it happens quite often that when I am working I feel that things are not safe. When it is too much for you to cope when there are so many you should give care to. And there can be long periods between each time you are with a patient, so there isn’t much safety to speak about”

In psychiatry, safety was described as a safe workplace which will not be closed down, where there is enough staff, and the technical and administrative systems are functioning. A candid and honest environment where nothing is too stupid to say among colleagues will also provide a sense of safety.

Time for reflection and supervision is lacking

All the nurses confirm that professional and ethical reflection is important for nursing professionals but in the somatic units formal arenas and time for reflection are lacking. The informants in the somatic units often have informal talks about reflection with other nurses and physicians in the course of their workday, but are continually interrupted because things are hectic and one certainly cannot stop the running of the ward.

“Well, the things that we know would be good for the quality we don’t get done in practice because one has to keep things going. We haven’t got the time to stop and even if the hospital maybe has taken a patient’s life, we don’t have time for reflection and certainly not together with a surgeon”

Only two of the informants from somatic units have been offered clinical nursing supervision. The nurses from the somatic units have requested clinical nursing supervision but regular offers have not been made nor has there been a tradition for it. The nurses say that one can ventilate ideas, get feedback and have one’s values with you to the supervision, and this they believe may turn you a better nurse.

“I’m in clinical nursing supervision and that is very useful since there are many cases that touch one deeply. It is mostly a place for letting it all come out, and then you get feedback from the others about what they are thinking, because they too have often been in the same situation”

The informants from the psychiatric units had experienced formal clinical nursing supervision. In addition, they described a culture and an organizing of the daily work which provided adequate time for reflection and supervision. The nurses from the psychiatric units say that it is important to be observant and available to new staff who need clinical supervision, and that clinical supervision has been important and essential for their own choice to continue in this profession.

“I am thinking about the report between the shifts, well, it becomes partly a kind of clinical supervision plus that when one is at work one keeps the discussions going”

3.1.3 Time pressure and nursing frustrations in daily work

Constant guilty conscience

The informants from the somatic units are often feeling frustrated and worn out on account of considerable work and time pressure. Several of the informants admit to constantly having a guilty conscience. They say they always have to go to greater lengths and run faster, and that this work pressure gives them a feeling of mass production, and of having to calm things down in their daily work which they feel is both unsatisfactory and tiring.

“The pressure is huge, and there is quite simply too much to do. One does what one can, but it is perhaps not quite what one actually wants to do or manages to do. And one has a constant bad conscience, well, one feels that one should have done more and that’s a strain”

Rock-hard priorities

Some of the informants from the somatic units fear that they might turn into indifferent and superficial nurses because of the frequent rock-hard priorities given to basic needs in their daily work, that as much as possible should be done in the shortest time. The great number of corridor patients also contributes to the fact that patients have to wait for a long time before the nurses can find time for them.

“In my opinion there is rock-hard prioritizing in our daily work. First of all, one must prioritize the things that are most important for the patient, be it shaving, taking a shower or medicine, but then it has also to do with this great number of corridor patients, the corridors have actually been filled up, and then there are patients with newly discovered cancer diagnoses who have to lie out there in the corridor. One doesn’t feel like going home and knowing that this is where she will be lying tonight, and.... she is 50 years old and has pulmonary cancer. That’s not good. Even if the patient seems to feel alright about it, it is clear that she only does so because she has cancer after all and that is much worse than lying in the corridor”

“The ethical values are actually challenged according to the way our employer organizes us within the existing staff resources. When there is sickness during the day one mustn’t call anyone for the first one who is sick, but we are then supposed to go to greater lengths, run faster, we have to be everywhere at once and that is at the expense of safety and quality and care and....”

The informants from the surgical units report that patients with cancer or chronic wounds have to wait because the picking up and bringing of patients to surgery is prioritized, and this is experienced by nurses as an ethically difficult prioritizing. The informants from the somatic units speak about the great gap between theory and practice, and they feel frustrated when reality is so far from the ideals they were taught in their training. The nurses also state that these conditions affect their professional pride, that they are discouraged and feel that they barely can keep their heads above water.

“I feel like taking care of the poor person who was admitted to our hospital six months ago and is getting more and more depressed. At the same time you have this pressure all the time. You have to go to the surgery. You must pick up someone from post-op (laughs resignedly). All the time, while you are standing there confused, you actually want to go to that patient but you did get that phone-call. This burdens you with a very guilty conscience. I can never manage to do what I ought to do with the cancer patients. No, it’s such a rush all the time. I feel that the management doesn’t understand. They see all the names on the list but they don’t quite understand what it feels like to be in the centre of the anthill”

When time pressure became the topic in the psychiatric units, the informants pointed out that in psychiatry there should be sufficient time. In psychiatry, time pressure is incompatible with the basic values and principles in nursing and treatment. The nurses claim that a possible demand from the management for greater efficiency is not consistent with the way they are working.

“It is alright to be busy, but never so busy that you feel that you are now losing your grip on someone. On the whole we have plenty of time, yes. We need that in psychiatry because we can’t go fast here, that is obvious. It is obvious that if the management comes with demands for far greater efficiency, then it will go all wrong, there will be a collision”

The managers does not understand what is happening

The nurses from somatic units experience varying support and understanding from the managers. They feel that they do not have a say in decisions, are not being heard and know that they would have much to contribute with if they were permitted to do so.

“We would have welcomed being permitted to take some part in the decisions. Because it feels like we have no influence on anything, it would have been absolutely fantastic if we were permitted to take part and speak up about some matters. I don’t believe they are aware of what we are doing during the day. We are just supposed to run faster and faster and keep our mouths shut. I feel that there won’t be much quality in the long run, I really do”

The system cannot be changed

The informants from the somatic units place the responsibility for present conditions on the system without defining more specifically who or what the system is. The nurses say that when the system does not function, it is to the patient’s detriment. The system and its financial limitations are stated as the reason why ethical values are challenged by structural issues. The same system causes difficulties in terms of bringing about improvements. One has the impression that the system is almost impossible to change or do anything about.

“We talk about quality and about what we can do about it, like with procedures, and deviations, but there is a lot in this system that has to do with quality that we cannot do anything about. Like economy, that there is too little funding and all that. We could certainly have sat in a group discussing values, how to put them to best use, but a lot has to do with having more staff in order to be able to include quality and safety in our work, and respect that we hopefully have in any case”

3.2 Discussion

Values in practice

All the nurses in this study experience that ethics, values and reflecting on values is of great importance for the quality in nursing. This is consistent with research on ethical sensitivity and clinical competence in nursing. The experiential basis in nursing is the encounter with ethics and value phenomena. The ability to be compassionately affected and empathic is anchored in ethics, as the basis for value susceptibility and depth of intentionality and

motivation behind the nurses' actions. Emotions are of importance for the normative demarcation between impartial justice and utility maximization on the one hand, and compassion on the other [23]. Moral and ethical sensitivity has implications beyond what is relevant for moral judgemental power. Moral sensitivity is essential for generating relevant clinical knowledge [24].

The nurses in our study say that it becomes obvious to them when the ethical values are absent in practice and that it is their duty to speak up about unworthy conditions. The fact that they are aware of the lack of values and unworthy conditions confirms their moral and ethical sensitivity which again rests on sensibility and the ability to be accessible in human encounters [25].

Our study demonstrates that the nurses' ability to be accessible in human encounters in their work is threatened by time pressure and lack of staff. The nurses in our study give expression to this by stating that they fear becoming superficial and indifferent nurses because their work load is too heavy for satisfactory nursing. This is a challenge involving professional healthcare education, the attitude of the entire national health service, politics and the financial structures which have an impact on this setting [25].

The youngest nurses in our study suffer the greatest reality shock. They witness that there is a big difference between theory and practice and this gives rise to frustration. It is consistent with research around this phenomenon which shows that reality shock is traumatic, it is a reaction in newly trained nurses who cannot practice what they have been trained to do, and wish to do [26].

In the opinion of our informants, what is most important is to see the patient and have respect for him, and they consider this to be a fundamental nursing value which they learnt in their training and from colleagues who have good values. None of the nurses refer to or mention codes for professional ethics as a basis for values. This is consistent with European studies that show that nurses lack knowledge about ethical codes and do not use them to evaluate moral aspects in practice. Nurses rely on personal values and experiences [6].

Caritative leadership theory

Nurses from the somatic units state that there is little focus on ethical values on the part of the management, and they maintain that it is the management that is mainly responsible for what is brought into focus. Bondas [1] has done research on nursing management and taken part in the development of Caritative Leadership theory. Caritative Leadership (CL) has been

developed from a Caring science perspective with the *caritas* motive as its point of departure, human love and mercy, focused on ministering to the patient. CL strives for an effective and sustainable development of nursing and caring, with a holistic view on patients, relatives and staff. Together with the staff, the leader creates a caring culture with the patient at its centre [1]. In this type of culture the ethical values must be included and focused on, both by staff and leaders. The nursing management's focus on human dignity, human love and mercy may be set aside by the introduction of a market oriented leader style derived from industry and business [1]. In her research on first line nursing management Bondas found that these leaders, together with the staff, have to prepare the ground for nursing care. Preparing the ground for nursing care is a continuous process for the nursing leaders which is important for the unit's core function, for creating direction and quality in nursing, and with the patient as main focus [27].

In our study, the nurses in somatic units repeatedly describe a culture where it seems that the managers does not prepare the ground for nursing care but are concentrating on production objectives, cost savings and effectiveness instead of on human dignity and compassion. This is illustrated by the fact that the nurses have to prioritize transport of remunerative elective surgery patients, i.e. part of the hospital's production, rather than giving care to cancer patients and other patients who are not part of the same production.

The nurses themselves experience this as an ethically difficult prioritizing and as unsatisfactory nursing. They also experience varying support from the managers, and that the management does not understand what is going on, or what it feels like to be a nurse "right inside the anthill". Such practice is not compatible with a caritative, nurturing culture which should prepare the ground for good nursing care in the best interest of the patient, relatives and the nurse [1, 27].

Supervision and reflection in practice

The nurses from the somatic units have little opportunity to get formal clinical supervision or to reflect on their practice, not even after serious incidents. In most somatic units, there is no established practice of clinical nursing supervision. The nurses who do have this offer are extremely pleased with it, they find it useful, and say that it can turn you into a better nurse. The nurses from the psychiatric units described a reflective workday where the ethical values and reflection on them were present in most situations. It was an internalized way of working which facilitated good conditions for the patients as well as for the nurses. The nurses in psychiatry said that they were caught up in many ethical dilemmas, and that it was important

and correct that several people took part in the discussion of these issues. Confronting the suffering of the depressed and mentally ill patient activates the nurses own feelings of pain, and they seek help from colleagues when they experience the relationship to the patient as painful. They need a forum which enables them to verbalize and explore their own feelings, where they are met with acceptance and response where feelings are set into a professional context [28]. The nurses from the psychiatric units had all had clinical nursing supervision, and their workday was organized in such a manner that there was time and room for constructive reflection on the practice. This contributed to an improvement of the practice and prevented the nurses from taking incidents and problems from their practice home with them. Some of the informants told that supervision had been decisive for their choice to continue in their profession. To be able to discuss feelings and experiences from the practice with other nurses will help the nurse to understand her own moral stance in terms of other nurses and the organization. Clinical supervision can have a positive effect on the nurses' experience of their own wellbeing inasmuch as psychic symptoms such as anxiety are reduced and the feeling of being in control grows [2]. Summarized research on clinical supervision demonstrates that clinical supervision can be both advantageous for professional practice and also for the patients. It is the health organizations who are responsible for developing and maintaining clinical supervision for nurses [29]. Clinical supervision is a reflective practice where nurses are given support and supervision on practice, which then will contribute to the nurses' professional and personal development [30].

Rock-hard prioritizations and moral distress

The nurses from the somatic units told about high work pressure, rock-hard prioritizations, varying quality and sometimes a lack of safety. They experienced that the values "vanished into thin air", i.e. became insignificant in what they referred to as rock-hard prioritizations of basic needs. As a result of their work situation, the informants felt frustrated, worn-out and feared becoming superficial. They describe a busy day with constant bad conscience and a feeling of not being adequate. Several studies from Norwegian hospitals and nursing homes show that lacking resources lead regularly to sub-optimal professional standards for nursing and medical treatment [5]. A lack of resources often results in poor hygiene and nutrition, and most frequently to postponement and waiting for the patient, as well as that the patient's needs for social contact and physical activity are not properly met [4]. The tendency is to lower the standard in order to safeguard the patient's vital needs, and this is at the expense of good practice and all-round care [31]. The nurses have to reduce their professional obligations

and adapt to reality, and this creates a state in the nurses that can be understood as moral distress. The nurses in our study tell about crowded corridors and patients with newly diagnosed cancer who must lie in the corridor. This affects the nurses deeply. This is in accordance with studies showing that crowded rooms and corridors make it difficult to safeguard the patient's dignity and private life, and that the nurse feel moral unease for not being able to give the patient care in accordance with professional ideals [3]. Research on moral distress shows that it can arise on the basis of clinical situations, internal factors in the nurse, for example a sense of powerlessness and lack of control over the situation, as well as external factors in the culture or organization, for example inadequate staff [32]. Research shows that moral distress is linked to stress of conscience, while moral stress is seen in a more psychological perspective. Moral distress and related concepts are linked to moral and ethical sensitivity, and the ethical climate which forms the basis for the nurse's moral freedom of action [33]. Moral distress is destructive for the staff's moral vigour and integrity. Compromises with ethical values or duties may have prolonged and negative effects causing the staff to become insensitive to the moral aspect of their work, or they may leave their profession [32]. The nurses in our study experienced that they did not have a say in the matter, and that there was nothing to be done with the system which caused these difficult conditions. They describe a feeling of powerlessness and lack of hope in terms of being able to influence and improve the conditions. None of our informants talked about leaving the profession, but they were discouraged and felt that they were barely keeping their head above water. Research shows that the concern about nurses leaving their profession as a result of moral distress has created a greater awareness among health leaders, and that the need for changes in the system is necessary as a partial response to the increasing level of moral distress in the health service [9, 11]. As shown before, the nurses in the psychiatric units had access to clinical nursing supervision and constructive professional reflection, and none of these expressed frustration or a guilty conscience as a result of time pressure and lacking resources. As shown above, reflective practice promotes moral practice and we therefore believe that formal clinical nursing supervision and reflection, in addition to changes in the system, will also promote the values in practice and thus contribute to a reduction in moral distress. Recent studies show that there is a high degree of moral distress among health professionals in many countries. This indicates an urgent need to consider the moral habitability of our practice environments. Health professionals themselves need to reaffirm the values and convictions that are important for their practice. The healthcare environment must be organized in a way that supports and promotes the health staff's moral considerations. If the healthcare

environment is not seen as a moral community, but rather as simulated market places, then the health staff's moral freedom of action will be reduced and make them more vulnerable to moral distress [34].

4. Conclusion

The results of the study demonstrate that all the nurses believe that ethical values are of decisive importance for the quality in nursing. Most important is respect for the patient. The nurses from the psychiatric units have a more reflective workday where the values are internalized in their work. They state that time pressure is incompatible with their values. The nurses from the somatic units experience that the values are repressed, and become meaningless words in a busy workday with time pressure and resource shortage. These nurses have to lower their professional standard, thus compromising their clinical nursing values and ideals. The nurses from somatic units are worn out and feel frustrated, they are constantly troubled by a guilty conscience and a sense of powerlessness. We understand this as an indication of moral distress. Financial and organizational structures contribute to the fact that the values are repressed in the nurses' practice, and that this, together with insufficient time for clinical supervision and reflection, can be the basic reason for moral distress. We suggest a change of system based on the caritative leadership theory which may contribute to a combining of nursing and administration in such a way that it prevents suffering in the patient, and will also further the development of nursing and care, humane and professional on all levels in the organization [1]. We also consider formal and regular clinical nursing reflection and supervision as crucial for safeguarding moral practice and thus preventing the development of moral distress.

Acknowledgements

This study was financial supported by the research unit of Nordland Hospital, Bodø, Norway and the The Norwegian Nurses Organisation.

References

- [1] T.E Bondas, “Caritative Leadership: Ministering to the Patients”, *Nursing Administration Quarterly* 27, 249-253, 2003.
- [2] I. Begat, B. Ellefsen and E. Severinsson, “Nurses` satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses` experiences of well-being – a Norwegian study”, *Journal of Nursing Management* 13, 221-230, 2005.
- [3] K. Torjuul and V. Sorlie, “Nursing is different than medicine: ethical difficulties in the process of care in surgical units”, *Journal of Advanced Nursing*, 56(4):404-413, 2006.
- [4] R. Førde, R. Pedersen, P. Nordtvedt and O.G. Aasland, «Får eldreomsorgen nok ressurser/ Care for the elderly in Norway still suffers from lack of resources”, *Tidsskrift for Den norske legeforening* nr 15; 126: 1913-6, 2006.
- [5] K. Halvorsen, R. Førde and P. Nordtvedt. «Professional Challenges of Bedside Rationing in Intensive Care”, *Nursing Ethics* 15(6):715-28, 2008.
- [6] W. Tadd, A. Clarke, L. Lloyd, H. Leino-Kilpi, C. Strandell, C. Lemonidou, K. Petsios, R. Sala, G. Barazzetti, S. Radaelli, Z. Zalewski, A. Bialecka, A. van der Arend and R. Heymans, “The Value of Nurses` Codes: European nurses` views”, *Nursing Ethics* 13(4):376-93, 2006.
- [7] E. G Epstein and A. B Hamric, “Moral Distress, Moral Residue, and the Crescendo Effect”, *The Journal of Clinical Ethics* 20 (4):330-342, 2009.
- [8] L.B Hardingham “Integrity and moral residue: nurses as participants in a moral community”, *Nurse Philosophy*, 5 (2) :127–134, 2004.
- [9] S. Källemark, A. T Höglund, M. G. Hansson, P. Westerholm, B. Arnetz, “Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system”, *Social Science and Medicine*, 58 (6) :1075–1084, 2004.

- [10] S. K. Sporrang, A. T. Höglund and B. Arnetz, "Measuring Moral Distress in Pharmacy and Clinical Practice", *Nursing Ethics*, 13(4) : 416–427, 2006.
- [11] B. M. Pauly, C. Varcoe and J. Storch, "Framing the Issues: Moral Distress in Health Care", *HEC Forum*, 24:1-11, 2012.
- [12] T.A. Cavaliere, B. Daly, D. Dowling and K. Montgomery, "Moral Distress in Neonatal Intensive Care Units RNs", *Advances in Neonatal Care*, 10(3):145–156, 2010.
- [13] M. C. Corley, P. Minick, R. K. Elswick and M. Jacobs, "Nurse Moral Distress and Ethical Work Environment", *Nursing Ethics*, 12(4): 381–390, 2005.
- [14] K. M. Gutierrez, "Critical care Nurses' Perceptions of and Responses to Moral Distress", *Dimensions of Critical Care Nursing*, 24(5): 229–241, 2005.
- [15] J. M. Wilkinson, "Moral Distress in Nursing Practice: Experience and Effect", *Nursing Forum*, 23(1): 17–29, 1988.
- [16] R. A. Krueger and M. A. Casey, "Focus Groups A Practical Guide for Applied Research", London, SAGE Publications, 4th edition 2009.
- [17] C. Webb and J. Kevern, "Focus groups as a research method: A critique of some aspects of their use in nursing research", *Journal of Advanced Nursing* 33(6): 798-805, 2001.
- [18] W. Sørfonden and H. H. Finstad, "Forskerliv og hverdagsliv i samme rom – et tilbakeblikk på erfaringer med metoden fokusgruppe», *Vård i Norden* 20 (3):39-43, 2000.
- [19] U.H. Graneheim and B. Lundman, "Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness", *Nurse Education Today*, 24 (2):105-112, 2004.
- [20] S. Elo and H. Kyngäs, "The qualitative content analysis process", *Journal of Advanced Nursing* 62(1): 107–115, 2008.

- [21] K. Malterud, «Kvalitative metoder I medisinsk forskning», Oslo, Universitetsforlaget, 2.utgave 2003.
- [22] E. Thornquist, «Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag», Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, 1.utgave 2003
- [23] P. Nortvedt, «Vi skaper ikke verdiene, men holder dem oppe – Et bidrag til sykepleiens verditeori», *Vård i Norden* 17 (3): 10-13, 1997.
- [24] P. Nortvedt, «Clinical Sensitivity: The Inseparability of Ethical Perceptiveness and Clinical Knowledge», *Scholarly Inquiry for Nursing Practice* 15 (1): 25-43, 2001.
- [25] P. Nortvedt, «Sensibility and clinical understanding», *Medicine, Health Care and Philosophy* 11 (2): 209-219, 2008.
- [26] M. Kramer (1974) in A. Orvik, «Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid, Oslo, J. W. Cappelens Forlag as, 1.utgave 2004.
- [27] T. Bondas, «Preparing the air for nursing care: A grounded theory study of first line nurse managers», *Journal of Research in Nursing* 14 (4): 351-362, 2009.
- [28] T. Sneltvedt, « Å være i en relasjon der en opplever en annens smerte», *Vård i Norden* 24 (4): 36-40, 2004.
- [29] T. Butterworth, L. Bell, C. Jackson, M. Pajnikihar “Wicked spell or magic bullet? A review of the clinical supervision literature 2001-2007” *Nurse Educ Today*, 28(3):264-72, 2007.
- [30] T. Bondas, “Nursing leadership from the perspective of clinical group supervision: a paradoxical practice, *Journal of Nursing Management*, 18(4): 477-86, 2010.
- [31] P. Nortvedt , R. Pedersen ,K. H Grøthe , M. Nordhaug , M. Kirkevold , A. Slettebø , B. S.Brinchmann , B. Andersen, “Clinical prioritisations of healthcare for the aged - professional roles”, *Journal of Medical Ethics*. 34(5):332-5, 2008.

- [32] A. B. Hamric, “Empirical Research on Moral Distress: Issues, Challenges and Opportunities”, HEC Forum, 24(1):39-49, 2012.
- [33] K. Lützen and B. E. Kvist, “Moral Distress: A Comparative Analysis of Theoretical Understandings and Inter – Related Concepts”, HEC Forum, 24(1):13-25, 2012.
- [34] W. Austin, “Moral Distress and the Contemporary Plight of Health Professionals”, HEC Forum, 24(1): 28-38, 2012.

For Peer Review

Populærvitenskapelig artikkel

Populærvitenskapelig artikkel.

«De ukjente kjerneverdiene»

Nasjonale kjerneverdier for spesialisthelsetjenesten ble vedtatt og innført allerede i 2002 i forbindelse med innføring av helseforetakene, har du hørt om dem?

I forbindelse med oppstart og innføringen av helseforetaksreformen i 2002 ble det vedtatt, og innført, felles nasjonale kjerneverdier for spesialisthelsetjenesten. Kjerneverdiene det ble enighet om er;

- * Kvalitet i prosess og resultat
- * Trygghet for tilgjengelighet og omsorg
- * Respekt i møtet med pasienten

Kjerneverdiene ble utarbeidet gjennom et samarbeid mellom daværende regjering, ved helseminister Høybråten, og de regionale helseforetaksledelsene. Utgangspunktet for kjerneverdiene som ble valgt var først og fremst helsefagenes verdier, og holdninger som gjenspeiles i helsevesenet og i velferdsstatens verdigrunnlag. Formålsparagrafene i Lov om spesialisthelsetjenesten og Pasientrettighetsloven lå også til grunn.

Innføringen av nasjonale kjerneverdier i spesialisthelsetjenesten skulle være med og sikre den norske befolkningen behandling og pleie av høy kvalitet når det trengtes på en måte som også ivaretok det komplekse samspillet mellom kropp, sjel og ånd. Slik uttrykte daværende helseminister Høybråten seg da han presenterte kjerneverdiene i sin tale ved åpning av nasjonalt ledelsesutviklingsprogram i april 2003.

I forbindelse med en studie om sykepleieres erfaringer med verdier i praksis valgte vi å ta utgangspunkt i de nasjonale kjerneverdiene for spesialisthelsetjenesten. Hovedfunnene fra denne undersøkelsen presenteres i en annen artikkel. Resultatene som omhandler sykepleiernes kjennskap til de nasjonale kjerneverdiene vil bli presentert og diskutert her.

Metode

Vi gjennomførte vår studie ved et middels stort sykehus i Norge. Vi gjennomførte 4 fokusgruppeintervjuer (1) i perioden desember 2010 til november 2011. Til sammen 20 sykepleiere i alderen 27 til 60 år deltok. Tre av intervjuene ble gjennomført med sykepleiere og spesialsykepleiere fra somatiske enheter. Det siste intervjuet ble gjennomført med spesialsykepleiere fra ulike psykiatriske enheter. Data er analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse (2-3)

Kjennskap til kjerneverdiene

Kjerneverdiene, KVALITET-TRYGGHET OG RESPEKT var som begrep ukjent for sykepleierne i de somatiske enheter. Noen få av disse informantene hadde hørt begrepet kjerneverdier, men kjente ikke til ordlyden i dem, eller visste at det var nasjonale kjerneverdier for spesialisthelsetjenesten. Ingen av sykepleierne i somatikken var heller kjent med at kjerneverdiene for spesialisthelsetjenesten også er nedfelt som interne basisverdier i det helseforetak de tilhører. Ingen av informantene fra somatiske enheter hadde fått kjerneverdiene presentert i noen form som de kunne gjengi. Sykepleierne fra somatiske enheter sa at de kjente seg igjen i, og identifiserte seg med ordlyden i kjerneverdiene, og mente at det burde være grunnleggende verdier. Sykepleierne ønsket at kjerneverdiene var mere synlige i arbeidshverdagen. I stedet opplevde de at kjerneverdiene ofte bare var betydningsløse, uopnåelige ord.

«Når dere leser opp dette i heftet (kjerneverdiene) så føler jeg at det er en avstand med det vi, ikke det vi gjør, men jeg har ikke noe forhold til de (kjerneverdiene). De som blir bestemt i, ja jeg vet ikke hvor de blir bestemt. Det blir liksom en lang vei fra oss og dit da. Jeg føler jo egentlig at veldig ofte er ting ikke sånn som jeg skulle ønske de var i forhold til den pleien jeg gir. Det er pasienter som ligger på korridoren og det er pasienter du nesten ikke har snakket med på en vakt, og da forsvinner de her verdiene litt føler jeg.»(sykepleier intervju 3 somatikk)

De fleste informantene fra psykiatriske enheter var derimot kjent med kjerneverdiene som begrep, og innholdet i disse. Flere av disse sykepleierne hadde jobbet med kjerneverdiene i forbindelse med et verdiprojekt. De hadde blant annet drevet med idemyldring rundt kjerneverdiene. Dette ga dem et forhold til kjerneverdiene, som ble tydeliggjort og definert i gjennom gruppearbeid. I somatiske enheter var det et fåtall av sykepleierne som hadde hørt om det samme pågående verdiprojektet, og ingen fra somatiske enheter hadde på intervjutidspunktet deltatt i prosjektet.

Sykepleierne fra samtlige enheter mente at alle ledd og nivåer i helseforetaket må ha interesse for kjerneverdiene for at de skal bli kjent og ha reell betydning i praksis. De mente at enhetslederne hadde lite de skulle ha sagt om ikke lederne lengre opp i systemet var interessert. Sykepleierne fra somatikken forventet klare mål og visjoner fra ledelsen, og at kjerneverdier ble presentert og definert for alle. Samtlige informanter presiserte at etterlevelse av kjerneverdiene var alles ansvar, men at ledelsen hadde hovedansvar og måtte legge til rette

for det. Informantene i somatikken opplevde at ledelsen var opptatt av turnus og møter og ikke hadde tid til verdiarbeid

«Lederne har et spesielt ansvar for å skape målsetning i sin avdeling og hva som får fokus... men som sagt vi har jo alle et ansvar. Det har vi, både å målbære det og etterleve det»(spes.spl intervju3 somatikk)

«Det er jo et ledelsesansvar å presentere det her for oss som arbeider i avdelinga - at her er kjerneverdiene til sykehuset, og hva de tenker ligger i disse verdiene for vår avdeling. Hva betyr det for driften av vår avdeling? Og hvordan forventer de da at vi skal forholde oss til de her, for vi må jo kjenne til dem, ja... Det er jo første bud» (spes.spl. intervju2 somatikk)

Informantene fra psykiatriske enheter sa at etterlevelse av kjerneverdiene gjøres for eksempel ved aktiv bruk av eksisterende systemer, som avviks og skademeldinger, og at det var viktig med fokus på respekt i relasjon til kollegaer og pasientene. Sykepleierne fra psykiatriske enheter sto i mange etiske dilemmaer, og sa at det var viktig og nødvendig å være flere i slike diskusjoner.

«Jeg tror ikke vi sier at i dag vurderer vi verdier hos oss, men det foregår hele tiden. Mye på vaktrommet, men også på morgenmøter, teammøter, der ting blir tatt opp og diskutert om dette er riktig eller burde vi gjøre det annerledes» (spes.spl, intervju 4, psykiatri)

Reelle verdier eller etisk glasur?

Intensjonene bak etablering av nasjonale kjerneverdier for spesialisthelsetjenesten var uten tvil de aller beste, men spørsmålet er om disse verdiene er levende og har betydning i praksis? Eller er de kun til ekstern bruk, og fungerer som en etisk glasur på glansede dokumenter til fest og taler? Det er mye som tyder på det ut fra de resultatene vi fikk i de somatiske enhetene. Ingen av disse sykepleierne hadde hørt om kjerneverdiene mer enn 10 år etter at de ble innført, og disse sykepleierne hadde heller ikke deltatt i et kjerneverdiprojekt som ble gjennomført i foretaket. For disse sykepleierne var kjerneverdiene som begrep ikke bare ukjent, men de opplevde også at verdiene ikke var til stede i praksis, og at det var lang vei fra de som hadde laget disse verdiene til praksisfeltet. Sykepleierne sier selv at det er ledelsen som har ansvar for hva som får fokus, og som må legge til rette for at kjerneverdiene skal bli kjent og ha reell betydning i praksis. Ledelsen i de somatiske enheter har ikke lagt til rette for dette, og en mulig årsak kan være for stort fokus på andre områder for eksempel drift og økonomiske innstramminger, som kan føre til at verdiarbeid kan komme ut av fokus, og bli en

salderingspost (4). Våre informanter mente at enhetslederne var opptatt med turnus og møter, og at det ikke nyttet for enhetslederne å sette fokus på kjerneverdier i praksishverdagen dersom ikke den overordnede ledelsen var med og interessert. Nyere forskning viser at manglende fokus på, og neglisjering av profesjonelle verdier og idealer kan føre til suboptimale faglige standarder (5- 8), og til utvikling av moralsk nød hos helsearbeidere (9- 13). Dette viser at manglende fokus og interesse for verdienes betydning i praksis har implikasjoner både for kvaliteten på pasientenes pleie og behandling, og for helsearbeidernes jobbtilfredshet og profesjonelle selvforståelse.

Top Down implementering av kjerneverdier

Både Einar Aadland og Clas Trollestad hevder i sin forskning at den tradisjonelle og autoritære Top-Down måten å innføre verdier på er urealistisk, og en fallgrube for verdiarbeidet.(4,14) De nasjonale kjerneverdiene for spesialisthelsetjenesten ble vedtatt og innført ved en såkalt diktatorisk Top-Down prosess, og har deretter tilsynelatende blitt et papirprodukt, som er lagt til siden med alle de andre. Kjerneverdiene er ukjent for de fleste sykepleierne i vår undersøkelse og har verken vakt refleksjon eller fått noen praktisk betydning i de somatiske enhetene. Et annet argument for ikke å benytte en Top-Down tilnærming i verdiarbeid er at det kan oppfattes som en uverdigg måte å behandle medarbeiderne på. Dette ved at medarbeiderne blir utelatt fra reell mulighet til aktivt å medvirke i et så viktig og grunnleggende arbeid. (14)

Demokratisk implementering av kjerneverdier

Verdiarbeid fungerer best når allerede eksisterende verdier i organisasjonen blir spissformulert, satt i system og innført på nye måter. En slik reflekterende prosess hvor de ansatte er aktive i analyse og refleksjon, uten ferdige svar, vil kunne gi helsearbeiderne ansvar for prosessen og et eierforhold til kjerneverdiene.(4) Våre resultater viste noe av dette i de psykiatriske enhetene. Informantene fra de psykiatriske enhetene kjente til kjerneverdiene og ordlyden i disse og hadde definert og gitt dem betydning blant annet gjennom kjerneverdiprojektet. Det er interessant at det er så stor forskjell mellom psykiatriske og somatiske enheter i det samme helseforetak. Hva kan ligge til grunn for en slik kulturforskjell? Dette har ikke vår studie gitt svar på, men basert på tidligere forskning tør vi komme med noen antagelser. En mulig årsak kan være at samtalen og kommunikasjon mellom helsearbeidere i psykiatrien er avgjørende for at sykepleierne kan sette sine følelser inn i faglig sammenheng. Å møte lidelsen hos den deprimerte og psykisk syke pasienten

beveger sykepleierens smertefølelse, og de søker hjelp i arbeidsfellesskapet når de opplever relasjonen til pasienten som belastende. Dette bidrar til utvikling av faglig skjønn og er nødvendig for å takle utfordringene på en profesjonell måte.(15) Våre informanter fra psykiatrien sa at de vurderte verdier hele tiden, altså en internalisert måte å arbeide og tenke på. I en slik kultur vil det kanskje være enklere og mere naturlig for ledere og helsearbeidere å sette verdier på dagsorden. En annen mulig årsak til at ledelsen får dette gjennomført kan være at psykiatriske enheter er rammefinansiert mens de somatiske enhetene har innsatsstyrt finansiering (ISF) beregnet ut fra DRG poeng. Helsearbeidernes verdier er basert på fagkunnskap og humanistiske verdier som gir klare anvisninger på rett og galt, mens ISF preges av økonomiske lønnsomhetsbetraktninger. ISF er utformet som om sykehuset er en privat bedrift, og den har bare et formål: Anvende ressursene til formål som maksimerer profitten. Det er forskjell på rett og galt, og det riktige er ikke alltid det mest lønnsomme.(16) Rammefinansiering kan ha bidratt til mindre fokus på økonomi og inntjening, og større fokus på verdier hos ledelsen i de psykiatriske enheter (4) I en nylig publisert kronikk i Tidsskrift for den norske legeförening blir det hevdet at ISF har mange negative konsekvenser, blant annet at det moralske språket fortrenkes av økonomiske nyttekalkyler, og at det noen steder gir større prestisje å være dyktig DRG koder enn empatisk omsorgsarbeider.(17)

Ledelsen har ansvaret

Alle informantene våre var klar på at etterlevelse av kjerneverdiene var alles ansvar, men at ledelsen hadde hovedansvar for dette, og måtte legge til rette. Det ble presisert at interessen for kjerneverdiene måtte være tilstede i alle ledd og nivåer i foretaket dersom kjerneverdiene skulle bli kjent og få reell betydning i praksis. Dette bekreftes både i Aadland og Trollestads forskning. Lederne kan ikke delegere verdioppfølgingen til andre. Alle ledere, og toppledelse i særdeleshet, må til enhver tid opprettholde det overordnede fokus på organisasjonens verdier. Dersom ledelsen delegerer det overordnede ansvaret for verdier gir det et signal til medarbeiderne om at verdier er av underordnet betydning, og kan overlates til underordnede. Dersom verdispørsmålene ikke blir løftet frem, synlig og bevisstgjort, vil det felles verdigrunnlaget smuldre bort. Fellesskapsfølelsen blir borte, hver og en har nok med sitt. (4,14) I den travle, og på mange måter utfordrende hverdagen i dagens sykehus, må det settes av tid til refleksjon og samtale om de grunnleggende verdiene i organisasjonen. Vår undersøkelse viste at sykepleierne, uavhengig av kjennskap til de nasjonale kjerneverdiene, var genuint interessert i, og opptatt av verdienes betydning for kvaliteten på sykepleiefaget.

Det er påkrevet at helseledere på alle nivå deltar i, skaffer ressurser til, og legitimerer verdiarbeidet, og videre at alle helsearbeidere gjøres delaktige. Først da kan det skapes et felles eierforhold og ansvar for kjerneverdiene (4,14).

Medforfatter til denne artikkelen er Berit Støre Brinchmann, professor i sykepleie ved Universitetet i Nordland.

Forfatterne ønsker å rette en stor takk til Anita Harsvik for deltakelse i datainnsamling og analyse av materialet til studien om sykepleieres erfaringer med verdier i praksis.

Referanser

1. R. A. Krueger and M. A. Casey, "Focus Groups A Practical Guide for Applied Research", London, SAGE Publications, 4th edition 2009.
2. U.H. Graneheim and B. Lundman, "Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness", *Nurse Education Today*, 24 (2):105-112, 2004.
3. S. Elo and H. Kyngäs, "The qualitative content analysis process", *Journal of Advanced Nursing* 62(1): 107–115, 2008.
4. E. Aadland, H. Askeland, E. Flatebø, H. Haugen, A. Kaasa, L. M. Stapnes, «Verdibasert ledelse i praksis» en studie av 8 medlemsvirksomheter i HSH, Seksjon for Verdibasert ledelse, Diakonhjemmet Høgskole 2006.
5. K.Torjuul and V.Sorlie, "Nursing is different than medicine: ethical difficulties in the process of care in surgical units", *Journal of Advanced Nursing*, 56(4):404-413,2006.
6. R.Førde, R.Pedersen, P.Nordtvedt and O.G. Aasland, «Får eldreomsorgen nok ressurser/ Care for the elderly in Norway still suffers from lack of resources», *Tidsskrift for Den norske legeforening* nr 15; 126: 1913-6, 2006.
7. P. Nortvedt , R. Pedersen ,K. H Grøthe , M. Nordhaug , M. Kirkevold , A. Slettebø , B. S. Brinchmann , B. Andersen, "Clinical prioritisations of healthcare for the aged - professional roles", *Journal of Medical Ethics*. 34(5):332-5, 2008.
8. K.Halvorsen, R. Førde and P. Nordtvedt. «Professional Challenges of Bedside Rationing in Intensive Care», *Nursing Ethics* 15(6):715-28, 2008.
9. E. G Epstein and A. B Hamric, "Moral Distress, Moral Residue, and the Crescendo Effect", *The Journal of Clinical Ethics* 20 (4):330-342, 2009.
10. L.B Hardingham "Integrity and moral residue: nurses as participants in a moral community", *Nurse Philosophy*, 5 (2) :127–134, 2004.

11. S. Källemark, A. T Höglund, M. G. Hansson, P. Westerholm, B. Arnetz, “Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system”, *Social Science and Medicine*, 58 (6) :1075–1084, 2004.
12. S. K. Sporrang, A. T. Höglund and B. Arnetz, “Measuring Moral Distress in Pharmacy and Clinical Practice”, *Nursing Ethics*, 13(4): 416–427, 2006.
13. B. M. Pauly, C. Varcoe and J. Storch, “Framing the Issues: Moral Distress in Health Care”, *HEC Forum*, 24:1-11, 2012.
14. Claes Trollestad, “Etik og Organisationskulturer” Att skapa en gemensam värdegrunn, Svenska Förlaget, Stockholm 2000.
15. T. Sneltvedt, “ Å være i en relasjon der en opplever en annens smerte», *Vård i Norden* 24 (4): 36-40, 2004.
16. Olaus S. Lian, «Reformpolitikk og organisasjonskultur – et eksempel fra sykehussektoren», *Tidsskrift for Velferdsforskning* 3 (3):172-187, 2000.
17. V. B. Wyller, S. E. Gisvold, E. Hagen, R. Heggedal, A. Heimdal, K. Karlsen, J. Mellin-Olsen, J. Størmer, I. Thomsen, T. B. Wyller, «Ta faget tilbake!», *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 133 (6):655 –659, 2013.

Vedlegg

Vedlegg nr. 1: Lesematrise

Vedlegg nr. 2: Informasjon og samtykkeerklæring

Vedlegg nr. 3: Temaguide

Vedlegg nr. 4: Melding fra NSD

Vedlegg nr. 5: Foto av analyseredskap

Vedlegg nr. 6: Forfattererklæring

Vedlegg nr. 7: Personvernombudet for forskning

Vedlegg nr.1: Lesematrise

Forfatter. Pub. år Land Hvor artikkelen ble funnet	Hensikt	Metode	Resultat
Olaug s. Lian 2000 Norge Referert til i Olaug S. Lians bok « Når helse blir en vare» 2007	Drøfte noen utfordringer ved overføring av styringssystemer fra privat sektor til sykehussektoren.	Kvalitativ. Sosiologisk perspektiv. Dybdeintervjuer med avdelingsledere i ortopediske avdelinger ved norske sykehus.	ISF har ikke nedfelt seg i organisasjonen slik den skulle, og dette forklares ut fra et misforhold mellom institusjonens og reformens verdier. Uformelle strukturer har større gjennomslagskraft enn de formelle. Ved bruk av økonomiske insentiver er det fare for at normene som virkemidlet selv er avhengig av for å fungere, brytes ned.
Nina Olsvold 2003 Norge Referert til i masteroppgave «Yrkesmotivasjon og arbeidsglede i helsereformenes» tid av Elisabet Breivik, mai 2010 UiT	Drøfte tendenser og utvikle perspektiver i tilknytning til helsefagenes profesjonsetikk i en tid med helsereformer.	Kvalitativ Teoretisk essay basert på empirisk forskning og teoretiske studier innen helsefelt, moral, profesjonsetikk.	Det er nødvendig å foreta moralske vurderinger av helsevesenet som helhet og ikke bare av den enkelte helsearbeider ettersom helsevesenets organisering og strukturer kan undergrave helsepersonellens moralske dyder.
Edmund D. Pellegrino 1999 Washington, USA Referert til i Lians bok 2007	Undersøke og beskrive konseptuelle, etiske og praktiske implikasjoner ved varegjøring av helsetjenester.	Kvalitativ Teoretisk essay basert på teori og empirisk forskning.	Helsetjenester er ikke en vare. Ved å behandle det som om det var det vil det være skadelig for etikken i pasientbehandlingen. Helse er et menneskelig gode som samfunnet må beskytte fra markedskreftenes påvirkning.
Evert van Leeuwen 2008 Nederland Ovid SP	Beskrive hvordan skifte i perspektiv og organisering av helsevesenet endrer begrepene solidaritet og moral i helsevesenet	Kvalitativ Teoretisk essay	Europeisk helsetjeneste er grunnlagt på moralske ideer om solidaritet og hjelp til de som trenger det. De siste tre tiårene ses en dreining mot økt individuelt ansvar. Helsetjenestene er blitt en del av markedstenkningen, og utviklingen setter solidaritet under press, og oppmuntrer individer og helsesystemene til å maksimere profitten og minimere kostnader.
Bernadette M. Pauly et. al 2012 USA og Canada Ovid SP	En innføring i begrepet moralsk nød, klargjøring av utfordringene assosiert med teoretiske og konseptuelle rammer for moralsk nød hos helsearbeidere.	Ekspert og forsknings - symposium Forsknings - gjennomgang og teoretisk oversikt.	Moralsk nød er forstått og definert forskjellig i tidligere studier og en klargjøring av begrepet og en styrking av den teoretiske tilnærming er nødvendig for videre forskning.
Kim Lützen B.E. Kvist 2012 Sverige Ovid SP	Oversikt over og komparativ analyse av begrepet moralsk nød og relaterte begreper.	Ekspert og forsknings - symposium Forsknings - gjennomgang.	Moralsk nød og relaterte begreper kan knyttes til moralsk bevissthet, og det etiske klima, og danner fundamentet for helse-arbeidernes moralske handlefrihet.

Forfatter Pub. år Land Hvor artikkelen ble funnet	Hensikt	Metode	Resultat
Wendy Austin 2012 Canada Ovid SP	Beskrive moralsk nød og dagens vanskelige situasjon for helsepersonell relatert til helsereformer.	Ekspert og forsknings - Symposium Forsknings- gjennomgang og teoretisk oversikt.	Høy grad av moralsk nød blant helsepersonell i mange land varsler om et presserende behov for å vurdere moralens betingelser i helsevesenet. Helsearbeiderne selv må bekrefte de verdier og overbevisninger som er viktig for deres praksis. Helsetjenestene må organiseres slik at miljøet støtter og fremmer helsepersonellens moralske overveielser.
Ann B. Hamric 2012 USA Ovid SP	Beskrive problemer, utfordringer og muligheter relatert til begrepet moralsk nød hos helsearbeidere	Ekspert og forsknings - Symposium Forsknings- gjennomgang og teoretisk oversikt.	Moralsk nød er ødeleggende for den moralske handlekraft og integritet hos helsepersonell. Kompromisser med kjerneverdier eller plikter, kan ha negative og langvarig effekter ved at helse - personell blir ufølsomme for det moralske aspektet av sitt arbeid eller de forlater yrket.
Varcoe et al. 2012 USA Ovid SP	Oppsummering av viktigste funn i artikkelserie om moralsk nød hos helsearbeidere. Bruke disse funn til å identifisere retning for handling blant utøvere	Ekspert og forsknings - symposium. Forsknings- gjennomgang og teoretisk oversikt	Det er behov for å politisere begrepet moralsk nød for å forstå hvordan og hvorfor en slik nød oppstår fra konkurrerende verdier i dynamiske og interrelaterede kontekster. De samme sosiopolitiske verdier som har en tendens til å individualisere og klandre folk for dårlig helse uten hensyn til sosiale forhold som helseulikheter sprer seg, og holder også helsepersonell ansvarlig for problemet med moralsk nød. Forankret i et kritisk teoretisk perspektiv av kontekst, er definisjoner av moralsk ubehag re-undersøkt og raffinert. Anbefalinger til tiltak som springer ut fra en re-begrepsfestet forståelse av moralsk nød er gitt.
Per Nordtvedt 1997 Norge Manuelt søk i tidsskriftet «Vård i Norden»	Klargjøre at sykepleiens erfarings-grunnlag er møte med det etiske og verdifenomener, og diskutere hvordan ontologisk moralsk realisme har normativ betydning i ressurs-prioriteringssammenheng	Kvalitativ Teoretisk essay	Evnen til medmenneskelig berørthet, empati, har fundamental plass i moral, som grunnlag for verdimottakelighet og intensjonsdybden og motivasjonen bak sykepleiernes handlinger. Følelsene har betydning for den normative grenseoppgang mellom upartisk rettferdighet og nyttemaksimering på den ene siden barmhjertighet på den andre siden

Forfatter Pub. år Land Hvor artikkelen ble funnet	Hensikt	Metode	Resultat
Per Nordtvedt 2001 Norge Treffliste Per Nordtvedt Google Scholar	Beskrive viktige egenskaper ved klinisk sensitivitet og samløpet mellom kunnskap og verdier og betydningen av dette for klinisk kompetanse i sykepleie.	Kvalitativ Teoretisk essay, fenomenologisk analyse.	Moralsk og etisk sensitivitet har implikasjoner utover hva som har relevans for moralsk dømmekraft. Moralsk sensitivitet er viktig for å generere relevant klinisk kunnskap. Det faktum at klinisk sensitivitet er så tungt lastet med verdier understreker dets strenge mellommenneskelige karakter og normative gyldigheten av, barmhjertighet individuell medfølelse og menneskelig nærhet. Dyrking og anerkjennelse av etisk sensitivitet i sykepleie er viktig for helsevesenet.
Per Nordtvedt 2007 Norge Treffliste P.N Google Scholar	Beskrive sensibilitet og hvordan det er en viktig del av etisk sensitivitet, og betydningen i utformingen klinisk kunnskap og praksis.	Kvalitativ Teoretisk essay	En vesentlig del av moralsk sensitivitet hviler på sensibilitet, og understreker betydningen av evnen til å være mottakelig i menneskelige møter. Det er en stor utfordring å dyrke frem disse egenskapene innen opplæring, fordi moralsk sensitivitet ikke kan læres gjennom vitenskap eller i klasserom, uten den komplekse kliniske setting. Av den grunn har vi en oppgave som ikke bare involverer helsefaglig undervisning, men hele helsevesenets innstilling og politikk, og de økonomiske strukturer som påvirker denne setting. Mens moralsk sensitivitet til en viss grad kan læres, er følsomhet en forutsetning for vår menneskelighet som kan ikke læres, men det kan tematiseres som en viktig forutsetning for reflektert og kompetent klinisk observasjon i helsevesenet. Vi trenger et helsevesen og helsepersonell som er åpen for egne sårbarheter og følsomme for egne svakheter og utilstrekkelighet
M. K Rognstad 2001 Norge Søk i ”Vård i Norden”	Beskrive, forklare og diskutere endringer i verdier som det postmoderne samfunn har gjennomgått de siste 20 år.	Kvalitativ Teoretisk diskusjon. Basert på empiri, historisk analyse av tekster og Ziehe's postmoderne teori	Viktig å synliggjøre omsorgsverdier i utdanningen, skape motivasjon og forståelse for sykepleiefaget og forme en klar sykepleieidentitet. Viktig at arbeidsgivere verdsetter sykepleiere som vil utøve yrket fordi de primært vil yte omsorg og pleie til syke og lidende.

Forfatter Pub. år Land Hvor artikkelen ble funnet	Hensikt	Metode	Resultat
Horton et al. 2007 Storbritannia PubMed	Undersøke om verdien av sykepleie hadde endret seg globalt de siste 5 år og eventuelt på hvilken måte.	Review studie 32 primærstudier fra 14 land i perioden 2000-2006	Funnene markerer betydningen av å forstå verdier og deres betydning i sykepleie og hvordan verdiene skapes. Verdien av sykepleie påvirkes av kulturell endring, globalisering, og utvikling i teknologi og medisin. Disse faktorene er avgjørende for å gi et mer strukturert og målbart syn på hva sykepleie er, noe som vil resultere i større trivsel blant sykepleiere, hindre at sykepleiere forlater yrket og gi forbedret pasientbehandling i en støttende og harmonisk organisasjon.
Win Tadd et. Al 2006 Storbritannia PubMed	Utforske og analysere de praktiske, etiske, deontologiske og disiplinære konsekvenser av eksisterende regler for sykepleieetikk i seks europeiske land, og gi anbefalinger for videre utvikling vedrørende etiske retningslinjer for sykepleiere i Europa.	Kvalitativ 65 fokusgrupper i 6 land. 436 deltagere. Sammenlignede analyse.	Sykepleiere mangler kunnskap om etiske regler og bruker dem ikke for å vurdere moralske aspekter i praksis. Sykepleiere støtter seg til personlige verdier og erfaringer. På grunn av ressursmangel og effektivisering i helsevesenet ble de etiske regler uoppnåelige idealer for mange sykepleiere. I mange land fremstår de etiske regler som "papir tigre" med tvilsom effekt på den tiltenkte målgruppen. Hvis etiske regler skal være meningsfull, anbefales det endringer i måten de er utviklet, skrevet på og introdusert i sykepleie utdanning og klinisk praksis.
Nåden og Eriksson 2004 Norge og Finland PubMed	Diskutere verdier og moralske holdninger i sykepleie sett fra pasientens perspektiv.	Kvalitativ Fenomenologisk-hermeneutisk design Intervjuer med 30 pasienter.	Pasientene holdt frem viktigheten av verdier som en integrert del av sykepleie. Respekt, ansvar, rettferdighet og en grunnleggende moralsk holdning ble sett på som viktig hos sykepleierne. Realisering av verdier og moralske holdninger ble knyttet til, og koblet med ønsket om å gjøre godt generelt, og for pasienten spesielt. Dette er relatert til en sensitiv tilnærming som er kontekstuel manifestert i sykepleieren. Sykepleierne ivaretar menneskelig verdighet og verdier både for pasienten og seg selv, ved å realisere verdier og moralske holdninger i praksis.

Forfatter Pub. år Land Hvor artikkelen ble funnet	Hensikt	Metode	Resultat
Torill Sneltvedt 2004 Norge Meddelelse fra forfatteren	Hvilken betydning sykepleierens følelsesmessige engasjement har for å kunne gi profesjonell og konstruktiv hjelp til deprimerede pasienter, og hvordan sykepleierne håndterer et slikt empatibasert engasjement.	Kvalitativ Deskriptiv design Halvstrukturerte intervju med 7 psykiatriske sykepleiere Fenomenologisk analyse.	Å møte lidelsen hos pasienten beveger sykepleierens smertefølelse og de søker hjelp i arbeidsfellesskapet når de opplever relasjonen til pasienten som belastende. Studien viser betydningen av at sykepleierne har et arbeidsfellesskap som gir vilkår for å arbeide med eget selvforhold. Det innebærer at sykepleierne har fora hvor de kan verbalisere egne opplevelser og følelser i møte med pasienten, og de blir møtt med aksept og gode gjensvar som bidrar til å sette følelsene inn i faglig sammenheng. Dette bidrar til utvikling av faglig skjønn og er nødvendig for å takle utfordringene på en profesjonell måte.
Torjuul og Sorlie 2006 Norge Pubmed	Beskrive etiske problemer som sykepleiere i kirurgiske enheter erfarer.	Kvalitativ Intervjuer med 10 sykepleiere Fenomenologisk-hermeneutisk analyse.	Studien viste at sykepleierne opplevde etiske problemer relatert til behandling og pleie av pasienten for eksempel pga. uenighet med leger om behandling. Stort arbeidspress, mangel på tid og personell førte til etisk vanskelige prioriteringer og redusert standard på sykepleien. Overfylte rom og korridorpatienter gjorde det vanskelig å ivareta pasientens verdighet og privatliv. Sykepleiernes selvbilde og profesjonelle integritet ble truet når sykepleien ikke var tilfredsstillende. Sykepleierne opplevde moralsk ubehag og utilfredshet ved og ikke kunne gi pasientene pleie i henhold til de profesjonelle idealer.
Arman og Rehnsfeldt 2007 Sverige Referert til hos Bondas 2008?	Finne empiriske kliniske indikasjoner på god etisk omsorg og å undersøke innholdet i ideell sykepleie i praksis	Kvalitativ Sokratiske dialoger med sykepleiere og sykepleiestudenter Intervju med to tidligere pasienter Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming.	Studien viser at symbolske handlinger, som å yte det "lille ekstra" kan bygge broer i den menneskelige samhandling. Det "lille ekstra" kan bidra til å ivareta pasientens verdighet og opplevelse av menneskeverd og gir håp.

Forfatter Pub. år Land Hvor artikkelen ble funnet	Hensikt	Metode	Resultat
Kirsti Kvåle 2006 Norge PubMed	Finne ut hva inneliggende kreftpasienter mener er viktig for opplevelsen av omsorg.	Kvalitativ. Intervju med 20 pasienter. Giorgis fenomenologiske forskningsmetode.	Den omsorgsfulle sykepleier, sier pasienten, tar seg tid til å snakke med meg som et medmenneske ikke bare som en pasient, hun bryr seg om meg, gir meg informasjon og forklarer. Hun smiler og har humor.
Linda H. Aiken et al. 2001 USA Canada Storbritannia Tyskland PubMed	Internasjonalt perspektiv på hvordan sykehusreformer påvirker organisasjonsklima i sykehus samt sykepleierbemanningen.	Kvantitativ. Flernasjonal survey. Spørreskjema til 43000 sykepleiere ved over 700 sykehus i USA, Canada, England, Scotland og Tyskland	Gjennomsnittlig 33 % av alle informanter er misfornøyd med nåværende jobb Gjennomsnittlig 32 % av alle informanter har tydelige tegn på utbrenthet Gjennomsnittlig 25 % av alle informantene planla å slutte i nåværende jobb i løpet av det neste året. Andelen sykepleiere under 30 år som planla å slutte i jobben var gjennomsnittlig 38 % Gjennomgående stor likhet i funnene i alle fem land, noe som også tyder på at det er grunnleggende feil i utformingen av kliniske omsorgstjenester og ledelse av sykehuspersonell globalt.
Førde, Pedersen og Nordtvedt 2006 Norge Treffliste Per Nordtvedt Google Scholar	Undersøke om helsehjelp til eldre har nok ressurser.	Kvantitativ Spørreskjema til 2103 leger og sykepleiere i spesialist og kommunehelsetjenesten	92 % av sykepleiere og 79 % av legene oppga at ressursmangel og nedprioriteringer medfører betydelige belastninger for de ansatte. For lite personell i forhold til pleietyngde, mangel på tid og for trange budsjetterrammer var hyppigste form for ressursmangel. 29 % oppga at de støtte på redusert kvalitet på behandling ukentlig eller daglig. 25 % oppga redusert kvalitet på utredning og diagnostikk til syke gamle. Ressursmangel førte oftere til dårlig hygiene og ernæring og hyppigst til utsettelse og venting for pasienten, utilfredsstillende dekning av behov for sosial kontakt og fysisk aktivitet.

Forfatter Pub. år Land Hvor artikkelen ble funnet	Hensikt	Metode	Resultat
R. Pedersen, Nordtvedt et.al 2008 Norge Treffliste Per Nordtvedt Google Scholar	Beskrive hvordan klinikere forstår sin profesjonelle rolle i kliniske prioriteringer til eldre pasienter.	Kvalitativ Semistrukturerte intervjuer med 20 leger og 25 sykepleiere fra sykehus og sykehjem i Norge. Hermeneutisk innholdsanalyse.	Klinikere kjemper med ikke å være i stand til å ivareta de omfattende behovene til eldre pasienter, og opplever å være utro mot profesjonelle idealer og forventninger. Tendensen er at standarden senkes og klinikerens rolle innsnevres. Dette gjøres for å sikre pasientens vitale behov, men er på bekostning av god praksis og helhetlig omsorg. Økt spesialisering, og økning i medisinske fremskritt og intervensjoner samt økonomiske incentiver, organisasjonsstrukturer og biomedisinske paradigmer, kan også bidra til en innsnevring av klinikere rolle
Halvorsen, Førde og Nordtvedt 2008 Norge Treffliste Per Nordtvedt Google Scholar	Utforske hvordan begrensede ressurser påvirker sykepleie og medisinsk behandling i intensiv enheter, og om klinikere i intensivheter benytter nasjonale kriterier i kliniske overveielser.	Kvalitativ Dybdeintervjuer med intensivsykepleiere og leger samt feltobservasjon. Hermeneutisk analyse.	Knapphet på ressurser førte regelmessig til suboptimale faglige standarder på medisinsk behandling og sykepleie. Klinikere opplevde et økende dilemma ved at svært syke pasienter med lav sannsynlighet for overlevelse fikk avansert og kostbar behandling. Klinikere refererte sjeldent til nasjonale prioriteringskriterier som begrunnelse for sine prioriteringer. Fordi prioriteringer ble gjennomført implisitt, og sannsynligvis ofte uten å være en gjennomtenkt bevisst handling, kan sentrale pasientrettigheter som rettferdighet og likeverd komme i faresonen.
Tønnesen, Førde og Nordtvedt 2009 Norge Tips fra veileder	Å få kjennskap til pasientens erfaringer med hjemmesykepleiens tjenester når ressursene er begrenset.	Kvalitative dybdeintervjuer med 9 pasienter i hjemmesykepleien. Fenomenologisk- hermeneutisk analyse	Studien viser at verdier som hjemmesykepleien bygger på trues av organisatoriske begrensninger og tidsknapphet på grunn av ressursmangel. Sentrale verdier som respekt for pasienten og solidaritet med de svakeste trues ved ressursknapphet i omsorgstjenestene. Omsorgen som ytes ivaretar ikke pasientenes verdighet

Forfatter Pub. år Land Hvor artikkelen ble funnet	Hensikt	Metode	Resultat
Skirbekk og Nordtvedt Norge 2010 Treffliste Per Nordtvedt Google Scholar	Fokus for studien er konflikten mellom omsorg og bekymring for bestemte pasienter, versus upartiske hensyn hvor rettferdighet er sentral i de moralske overveielser	Kvalitativ Dybdeintervjuer og fokusgrupper med sykepleiere og leger i Norske sykehus	Det å gjøre en forskjell for pasienten er en overordnet verdinorm. Helsepersonells vurderinger av livskvalitet, og pasienten og pårørendes preferanser kan ikke utelate verdier og er viktig i alle kliniske prioriteringer.
Slettebø et al. 2010 Norge Treffliste Per Nordtvedt Google Scholar	Beskrive sykepleiere og legers erfaringer med prioriteringsfaktorer i sykehjem	Kvalitativ Semistrukturerte intervjuer med 13 leger og sykepleiere i 6 sykehjem Manifest innholdsanalyse.	Studien viste at det var et komplekst sett av kontekstuelle begrensninger som influerte på omsorgen som ble gitt. Funnene indikerte vanskelige prioriteringsdilemmaer hvor mangel på kvalifisert personell kunne føre til begrenset tilgang på nødvendig behandling og pleie. Akutte biologiske og medisinske behov ble prioritert fremfor psykososiale behov når leger og sykepleiere stod overfor prioriteringsdilemmaer.
Tønnesen, Nordtvedt og Førde 2011 Norge Treffliste Per Nordtvedt Google Scholar	Undersøke sykepleiernes avgjørelse vedrørende prioriteringer i hjemmesykepleien.	Kvalitativ Intervjuer med 17 sykepleiere i hjemmesykepleien. Hermeneutisk analyse.	Studien viser at sykepleierne rasjonerer på omsorgen for å kunne rekke over flest mulig pasienter. Hjemmesykepleien er organisert på en kostnadseffektiv måte hvor pasientomsorgen baseres på administrative vurderinger ut fra en kjøper - tilbyder modell. Dette fører til en rigid sykepleietjeneste som ikke er individualisert eller lydhør for omstendigheter som er av stor betydning for god sykepleie.
A. C Antonsson et al. 2000 Sverige Søk i "Vård i Norden"	Utforske hvordan sykepleiere i somatisk pleie lærer, integrerer og utvikler kunnskap i klinisk veiledning.	Kvalitativ Intervju med 8 sykepleiere. Kvalitativ innholdsanalyse.	Nesten all kunnskap ble integrert gjennom refleksjon. Gjennom refleksjon kunne sykepleierne lære av egne og andres erfaringer, utvikle sykepleiefaget og bli dyktigere sykepleiere.
Butterworth et. Al 2008 Storbritannia og Slovenia Referert til hos Bondas	Analyse av tema i siste 6 års forskning om sykepleieveiledning. Beskrive eventuelle nye trender og resultater som er utfelt gjennom bruk av klinisk veiledning.	Litteratur review 2001-2007, til sammen 92 artikler analysert	Litteraturanalysen viser at klinisk veiledning kan være en fordel for profesjonell praksis, men det er fortsatt et spørsmål om hvordan det skal gjennomføres. Det understrekes at helseorganisasjonene har ansvar for å opprettholde og utvikle klinisk veiledning for sykepleiere. Videre at klinisk veiledning kan utgjøre en fordel for pasientutfallene.

Forfatter Pub. år Land Hvor artikkelen ble funnet	Hensikt	Metode	Resultat
Ann Cummins 2008 Irland Referert til hos Bondas 2010	Hensikten med denne artikkelen er å vurdere klinisk veiledning som en strategi for å utfylle eksisterende støtteordninger for å løse dagens problemer med rekruttere og beholde sykepleiere i overgangen mellom student og sykepleier	Litteratur review 49 internasjonale artikler analysert.	Fremskaffet oversikt over begrepet klinisk veiledning og fremmet en bevissthet om dets etablerte relevans i forhold til å rekruttere og beholde sykepleiere. Klinisk veiledning har blitt fremhevet som en mulig strategi for å utfylle og forsterke eksisterende ordninger for å rekruttere og beholde sykepleiere.
Nina Olsvold 2010 Norge Doktoravhandling Det medisinske fakultet, institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo Sykepleien Forskning	Utforske den praktiske betydning av ansvar for sykepleiere i sykehus, og hvordan strukturelle og relasjonelle faktorer innvirker på hvordan ansvar organiseres og gjøres i sengeposter.	Kvalitativ Etnografisk design Med deltakende observasjon i fire sengeposter i tre sykehus og kvalitative intervjuer med 30 sykepleiere og syv leger.	Sykehusets struktur, postenes arbeidsorganisering og arbeidsrelasjonene mellom sykepleiere og leger hadde betydning for håndteringen av ulike ansvarsforhold i postene og hvem som følte og tok ansvar for hva. Høy grad av arbeidsdeling samt turnus og vaktordninger svekket personkontinuiteten i arbeidet og for den enkelte pasient. Rotfestede profesjonelle hierarkier og arbeidsmåter, samt ulik plassering i forhold til pasienten hadde innflytelse på hvordan sykepleiere og leger forholdt seg til eget og andres arbeid, og hva de følte seg forpliktet å ta ansvar for. Sykepleiernes ansvar var organisatorisk uavgrenset da de i tillegg til etablerte arbeidspraksiser også tok ansvar for en rekke uformelt delegerte og uspesifiserte oppgaver.
Ingeborg Strømseng Sjetne 2010 Doktoravhandling Avdeling for sykepleievitenskap og helsefag, det medisinske fakultet, universitetet i Oslo Sykepleien Forskning	Utforske sammenhengen mellom kvalitet på behandling av pasienter versus interne rammer og vilkår for helsepersonellens arbeid, med vekt på sykepleietjenesten, i norske sykehus.	Kvantitativ Spørreskjema fra 1297 sykepleiere i 96 sengeposter ble brukt til å klassifisere tre ulike modeller for organisering av sykepleie på postene som igjen ble brukt til å undersøke om oppfatninger av kvalitet på behandling, læringsklima, trivsel og samarbeid med legene varierte med organisasjonsmodell.	Studien påviste betydelige forskjeller mellom postene, men organisasjonsmodell alene kunne ikke forklare forskjellene. Bruk av personell fra utleiebyrå og korridorpasienter var assosiert med sykepleiernes vurdering av tjenestekvalitet.

Forfatter Pub. år Land Hvor artikkelen ble funnet	Hensikt	Metode	Resultat
Terese E. Bondas 2003 Finland Personlig meddelelse fra forfatteren	Generere en ontologisk teori for ledelse innen sykepleie og omsorg med utgangspunkt i Erikssons caritative teori om omsorg, og bygge broer til Scheins teorier om organisasjonskultur.	Kvalitativ Teoretisk deduktiv, utforske og analysere teorier og begreper knyttet til lederskap og administrasjon i et omsorgsvitenskapelig perspektiv.	Den nye teorien kalles caritativt lederskap ut fra motivet, kjærlighet til mennesket og barmhjertighet i tjenesten til pasienten. Teorien består av fem teser som relateres til menneskesyn, caritas motivet, verdighet, hva som kan måles og hva som gir mening i helsevesenet og det relasjonelle forhold mellom ledere og medarbeidere i organisasjonskulturen. Uten en klar visjon for pasientomsorgen er det en fare for at den blir borte i nye trender og krav fra forskjellige interessenter. Knutepunktet mellom omsorg og administrasjon er den lidende pasienten, det er derfor den caritative leder må inneha kompetanse fra begge disipliner.
Terese Bondas 2006 Sverige Personlig meddelelse fra forfatteren.	Utforske hvorfor sykepleiere søker lederposisjoner i helsevesenet. Studien er en del av et forskningsprogram om sykepleieledelse og evidensbasert omsorg.	Kvalitativ Semistrukturert spørreskjema besvart av 68 finske sykepleieledere.	En teori kalt «Paths to Nursing Leadership» er utviklet og fire veier ble identifisert med bakgrunn i variasjon i sykepleieledernes utdanning, primære forpliktelser og situasjonsbestemte faktorer. De kalles «Path of Ideals, Path of Chance, the Career Path og the Temporary Path». «Path of Chance» dominerte i denne studien. Situasjonsbestemte faktorer og gode og dårlige rollemodeller samt motivasjon og utdanning har spilt en stor rolle når Finske sykepleiere har valgt å bli sykepleieledere. Utdanningskravene til sykepleieledere bør vies større oppmerksomhet for å utvikle kompetente sykepleieledere.
Irene Post et.al 2005 Sverige PubMed	Kartlegge hva ledere, anestesi og operasjonssykepleiere ser som muligheter og hindringer for å innføre den perioperative dialog.	Kvalitativ Spørreskjema til 495perioperative sykepleiere og deres ledere. Hermeneutisk fortolkning.	Fortolkning ga to hoved - kategorier. «Nye vaner skapes i praksis» som innebærer nytenkning, samarbeidet utvides, nye rutiner utvikles og lederne ser seg selv som ildsjeler. Kategori to «Nye måter å tenke på kan bli hindret» innebærer uvilje til forandring, manglende myndighet over ressurser, organisatoriske hindringer, mangel på personell og ildsjeler.

Forfatter Pub. år Land Hvor artikkelen ble funnet	Hensikt	Metode	Resultat
Terese Bondas 2008 Finland og Sverige Personlig meddelelse fra forfatteren.	Beskrive teorien om caritativt lederskap som er utviklet på vårdvetenskapelig grunn.	Populærvitenskapelig artikkel basert på resultater fra forskningsprogrammet «Det caritative ledarskapet» ved Åbo Akademi og Høgskolen i Borås.	Det caritative lederskapet kjennes ved at det er utviklet på vårdvetenskapelig grunn og på caritasmotivet med fokus på pasientbehandling, bærekraftig vårdutvikling og søken etter helhetssyn på pasienter og pårørende, personalet og hele enheten basert på utnyttelse og forbedring av kunnskap om omsorg. Det er modig å overskride grenser med omsorg for pasienten i fokus og demonstrere omsorgens betydning. Lederen trenger selv å oppleve felleskap og støtte for å våge å være visjonær og arbeide med det alternativ som ikke er det enkle. Lederen skaper sammen med personalet en omsorgsfull kultur med pasienten i fokus. Det er etableringen av meningsfull omsorg til pasienter som fremmer helse og lindrer lidelse. Framtidens sykepleietjeneste behøver sykepleieledere som utvikler lederskap basert på omsorgsvitenskap.
Cummings et al. 2009 Canada Science Direct	Undersøke forholdet mellom forskjellige leder stiler og utfallet for sykepleiebemanningen og deres arbeidsmiljø.	Systematisk review. 53internasjonale kvantitative studier inkludert.	Studien viste karakteristiske mønstre mellom relasjonell og oppgavefokusert leder stil og resultater for sykepleiernes trivsel og arbeidsmiljø. 24 studier rapporterte at leder stil fokusert på mennesker og relasjoner var assosiert med høyere sykepleier trivsel, mens 10 studier fant at oppgavefokusert leder stil var assosiert med lavere sykepleier trivsel.
Persky et al. 2008 USA Pub Med	Skape en profil på sykepleierne som effektivt utøver sykepleie basert på caritas rammene.	Kvantitativ og kvalitativ. Psykometrisk studie. 85 sykepleiere og 85 pasienter «parret»	Studien viste at sykepleierne som fikk høyest score på caritativ omsorg også var de som var mest frustrerte over arbeidsmiljøet. De var i alle aldre. De var mest erfarne, arbeidet ikke overtid, ble mest påvirket av forholdet til pasienten, opplevde mest glede av forholdet til kolleger og sørget for kontinuitet i sykepleien.

Forfatter Pub. år Land Hvor artikkelen ble funnet	Hensikt	Metode	Resultat
Terese Bondas 2009. Sverige Personlig meddelelse fra forfatteren	Å få forståelse av sykepleieledelse fra førstelinje sykepleielederes perspektiv og deres erfaring med utvikling av sykepleiefaget som en del av et større forskningsprogram om sykepleieledelse	Kvalitativ Grounded teori 65 narrativer fra sykepleieledere	Kjernekategori som fremkom var «Preparing the air for nursing care», beskriver lederens fokus på utvikling av sykepleie tjenesten med et helhetlig fokus på sykepleiernes helse og kunnskap og omsorg for hele organisasjonen. Den andre hovedkategorien var «Creating the Direction and Content of Nursing Care» som beskriver sykepleielederens samarbeid med personalet for å oppnå individuell og familieorientert beste praksis som initierer samarbeid og dialog om sykepleiefaget og skaper en caritas kultur.
Terese Bondas 2010 Norge Personlig meddelelse fra forfatteren	Å øke forståelsen for lederskap i sykepleiefaglig gruppeveiledning sett fra veilederens perspektiv.	Kvalitativ Hermeneutisk fortolkning 24 deltagere/kliniske veiledere som skrev åpne narrativer basert på tre spørsmål.	Kontinuitet og reflekterende endringer ved hjelp av pleie- og omsorgsteorier synes å være sentrale ideer i sykepleieledelse fra perspektivet til klinisk veiledning. Separasjon og fellesskap er motsetninger i sykepleielederskap slik det fremkommer i klinisk veiledning. Funnene legger kunnskap til Bondas teori om caritativt lederskap.
Vaismoradi et al. 2012 Iran Norge Finland Storbritannia Personlig meddelelse fra Terese Bondas	Utforske og beskrive hvordan sykepleieledere legger rette for en sikker omsorg fra perspektivet til både sykepleiere og sykepleieledere	Kvalitativ Innholdsanalyse 16 sykepleiere og 4 oversykepleiere på et utdanningssykehus i Teheran. Semistrukturerte intervjuer og strukturert observasjon.	Dataanalyse frembrakte tre hovedtemaer. Sørge for miljømessige forutsetninger for sikker praksis. Forene og integrere helse og omsorgs arbeidere og skape en atmosfære av trygg omsorg. Resultatene viste at sykepleieledere må (for å sikre trygg praksis) forbedre sykepleiernes arbeidsforhold, utvikle sykepleiernes praktiske kompetanse. Gi sykepleierne oppgaver i tråd med deres evner og kompetanse. Sørg for tilstrekkelig veiledning og støtte. Forbedre helsearbeidernes profesjonelle forhold og oppmuntre til samarbeid, støtte sykepleiere og belønne deres trygge praksis.

Forfatter Pub. år Land Hvor artikkelen ble funnet	Hensikt	Metode	Resultat
Krogstad et al. 2006 Norge PubMed	Utforske hvilke områder i arbeidet som er viktig for trivsel blant leger, sykepleiere og hjelpepleiere og diskutere forskjeller mellom de profesjonelle gruppene sett i et mikro kulturelt perspektiv.	Kvantitativ, tverrsnittstudie, spørreskjema fra 1814 helsearbeidere fra 11 norske sykehus.	Det eneste området som hadde stor betydning for høy trivsel på jobb for alle gruppene var positiv evaluering av lokal ledelse. Analysen antydte at profesjonell utvikling er viktigst for leger. For sykepleiere er opplevelse av støtte og tilbakemelding fra nærmeste overordnede den viktigste forklaringsvariabel for jobbtilfredsheten. Hjelpepleiernes jobbtilfredshet var likeverdig basert på faglig utvikling og lokal ledelse.
Burhans og Alligood 2010 USA PubMed	Å avdekke en forståelse av betydningen av kvalitet for sykepleiere.	Kvalitativ Van Manens hermeneutiske fenomenologi. Intervjuer med 12 sykepleiere på amerikanske sykehus.	Den åpenbarte levde betydningen av kvalitet i sykepleie for praktiserende sykepleiere var å møte menneskelige behov gjennom omsorg, empatisk og respektfull samhandling hvor ansvar, målrettethet og «pasientens advokat» utgjør et integrert og essensielt grunnlag.
Elo og Kyngäs 2007 Finland PubMed	Beskrive induktiv og deduktiv innholdsanalyse	Teoretisk gjennomgang	Både induktiv og deduktiv analyseprosess har det til felles at det er tre stadier 1)forberedelse 2)organisering 3)rapportering. Induktiv tilnærming brukes når det ikke eksisterer tidligere studier omkring fenomenet eller kunnskapen er fragmentert. Deduktiv tilnærming brukes når hensikten er å teste en tidligere teori i en annen situasjon eller sammenligne kategorier fra forskjellige tidsepoker.
Graneheim og Lundman 2003 Sverige På pensumliste	Oversikt over viktige begreper relatert til kvalitativ innholdsanalyse.	Teoretisk gjennomgang	Oversikt over begrepene; Manifest og latent innhold, analyseenhet, meningsenhet, kondensering, abstraksjon, innholds område, kode, kategori og tema. Viser hvordan begrepene brukes i relasjon til forsknings prosessen og foreslår mål for å oppnå pålitelige resultater (troverdighet, pålitelighet og overførbarhet).Fortolkning diskuteres i lys av Watzlawick et.al.

Forfatter Pub. år Land Hvor artikkelen ble funnet	Hensikt	Metode	Resultat
Sørfonden og Finstad 2000 Norge På pensumliste	Beskrive erfaringer fra en fokusgruppe.	Kvalitativ Basert på pasientundersøkelse fra 1996 om å leve med reumatisme.	Fokusgruppen får fram pasientens erfaringer og tanker om det aktuelle fenomenet. Videre beskrives det viktige forholdet og samspillet mellom moderator, assisterende moderator og gruppen. Beskriver fokusgruppens fordeler når den er homogent sammensatt, og gruppeprosessen positive og negative effekter.
Webb 2001 Storbritannia Personlig meddelelse fra Helga Finstad.	Evaluerer og kriticere rapporter/forskning i sykepleie litteratur i perioden 1990-1999 vedrørende bruken av fokusgrupper som forskningsmetode	Litteratur review basert på søk i Cinahl.	Svært få artikler ble funnet som rapportert på en bestemt del av forskning ved hjelp av metoden. Metodiske diskusjoner var mer vanlig, og var noen ganger på et noe overfladisk nivå uten analyse og kritikk. De forskningsbaserte artikler ble funnet å være relativt enkle i deres bruk av metoden, særlig i forhold til data analyse og samhandling innad i fokusgruppen. Begreper som innholdsanalyse og grounded theory ble brukt på en uhemmet måte og uforlikelighet mellom den underliggende forsknings tilnærming og gjennomføring av metoden ble funnet i tilfeller av fenomenologi og grounded theory. Valget av fokusgruppe metoden ble ofte rettfærdiggjort i forhold til fordelene som deltakernes interaksjon kan gi, men dette samspillet ble sjelden rapportert eller diskutert i artiklene. En forfatter foreslo et skjema for å registrere og analysere denne typen interaksjon, og dette anbefales til fremtidige forskere som et mulig rammeverk for interaksjon analyse.
Barbour 1995 Storbritannia Personlig meddelelse fra Helga Finstad	Artikkelen utforsker den fremvoksende bruk av fokusgrupper og vurderer bidraget som denne metoden kan gjøre til forskning i allmennpraksis.	Litteratur review Teoretisk gjennomgang.	Artikkelen gir oversikt over fokusgruppens fordeler og hvordan metoden kan benyttes til forskning i allmennmedisin. Det legges vekt på interaksjon mellom deltagere og konkluderes med at fokusgrupper ikke er en lettvinnet forskningsmetode som kan brukes til alle formål. Det er metode som krever mye av forskeren gjennom hele prosessen.

Forfatter Pub. år Land Hvor artikkelen ble funnet	Hensikt	Metode	Resultat
I. Begat et al. 2005 Norge Tips fra medstudent	Undersøke sykepleieres tilfredshet med psykososialt arbeidsmiljø, deres moralske sensitivitet og utfall av sykepleiefaglig veiledning på tilfredshet	Kvantitativ, spørreskjemaer til 71 sykepleiere	Etiske konflikter er en kilde til jobb stress og uro hos sykepleiere og klinisk veiledning har en positiv effekt på sykepleiernes velbefinnende.
E. G Epstein et al. 2009 USA Referert til hos B.M Pauly et al	Foreslå en preliminær modell, crescendo effekten, som beskriver sammenhengen mellom moralsk nød og moralsk residiv.		

Vedlegg nr. 2: Informasjon og samtykkeerklæring

Til sykepleier/spes.sykepleier.....i enhet.....

Informasjon vedrørende deltakelse i fokusgruppeintervju i forbindelse med masteroppgave i klinisk sykepleie ved Universitetet i Nordland.

Hei!

Vi er masterstudenter i klinisk sykepleie ved tidl. Hibo, nå UiN, og skal skrive vår masteroppgave med utgangspunkt i de nasjonale kjerneverdiene for spesialisthelsetjenesten. Disse verdiene er; "Kvalitet i prosess og resultat", "Trygghet for tilgjengelighet og omsorg" og "Respekt i møte med pasient". Vi vil undersøke hvilken erfaring sykepleiere/spes.sykepleiere har med disse verdier i deres arbeidshverdag.

For å finne ut av dette gjennomfører vi fokusgruppeintervjuer. Det vil si at vi setter sammen en gruppe av sykepleiere fra forskjellige enheter, til sammen ca.6- 8 informanter i hvert intervju. Fokusgruppeintervjuet gjennomføres med åpne spørsmål om kjerneverdiene, som en gruppesamtale og diskusjon. Vi vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen.

Intervjuet vil bli gjennomført

Du er valgt ut og forespurt om å delta av din enhetsleder. Deltakelse i intervjuet er frivillig, og du kan når som helst, frem til intervjuet er gjennomført, trekke deg uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger som kommer frem i intervjuet samt alle personopplysninger vil bli anonymisert i vår oppgave. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Lydbåndopptak samt notater, vil bli slettet etter at oppgaven er ferdig skrevet, senest ved utgangen av 2012.

Vårt ønske er at vår oppgave skal sette fokus på kjerneverdienes plass i arbeidshverdagen. Vår masteroppgave vil bli presentert i to artikler, en vitenskapelig og en populærvitenskapelig.

Fokusgruppeintervjuet gjennomføres med tillatelse fra klinikkssjef i de ulike klinikker. Professor Berit Støre Brinchmann fra UiN er vår veileder på masteroppgaven og prosjektansvarlig. Studien er meldt til personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Dersom du har lyst til å være med på intervjuet må du skrive under på den vedlagte samtykkeerklæringen og ta den med til intervjuet. Ønsker du ikke å delta, eller vil trekke deg før intervjuet, ber vi om at du gir beskjed til din enhetsleder eller en av oss snarest mulig. Er det noe du lurer på kan du ta kontakt med Anita på tel 924 10 631 eller Gro på tel 906 17 342. Du kan også kontakte oss på mail grbentze@online.no.

Med vennlig hilsen

Gro Bentzen

Anita Harsvik

Masterstudent/Anestesisykepleier

Masterstudent/Operasjonssykepleier

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg bekrefter med dette at jeg har fått informasjon om formålet med, og gjennomføringen av undersøkelsen, og er villig til å delta i fokusgruppeintervju.

Dato.....

Underskrift

Temaguide

Kjenner dere til de nasjonale kjerneverdiene for spesialisthelsetjenesten?

- **Fra hvor?**
- **Verdiprojektet?**

Hvem har ansvaret for at kjerneverdiene etterleves?

- **Hvordan kan det gjennomføres**
- **Ledere/MAS, andre møter, formelle /uformelle**

Fungerer kjerneverdiene som en rettesnor i praksis?

- andre verdier, sykepleieverdier, yrkesetiske retningslinjer.**

Bruker dere å reflektere over verdispørsmål og etikk relatert til praksis?

- **når og hvor, med hvem?**

Hvordan viser verdiene seg i praksis hos dere?

På hvilke områder krenkes eller utfordres verdiene hos dere?

Hva mener dere kjennetegner sykepleie av god kvalitet?



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Berit Støre Brinchmann
Profesjonshøgskolen
Høgskolen i Bodø
8049 BODØ

Vår dato: 25.11.2010

Vår ref: 25519 / 3 / KS

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 11.11.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

25519	<i>Kjerneverdienes betydning i sykepleieres arbeidshverdag</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Bodø, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Berit Støre Brinchmann</i>
Student	<i>Gro Bentzen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

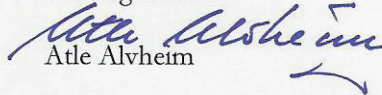
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

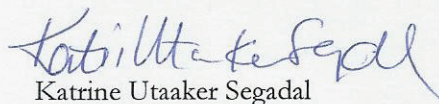
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.12.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Atle Alvheim


Katrine Utaaker Segadal

Kontaktperson: Katrine Utaaker Segadal tlf: 55 58 35 42
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Gro Bentzen, Årlokkveien 29, 8011 BODØ



SYKE- PLEIE

PASIENT

LEDELSE

SYSTEM

VERDNER & ETIKK

Vedlegg nr. 6.

Forfattererklæring vitenskapelig artikkel

Gro Bentzen, Anita Harsvik og Berit Støre Brinchmann. «*Values that vanish into thin air*”
The nurses` experience of values in their daily work.

Innsendt den 8. April 2013 til tidsskriftet Nursing Research and Practice, Special Issue,
Everyday Ethics in Nursing Practice.

Gro Bentzen, Anita Harsvik og Berit Støre Brinchmann var ansvarlige for studiens planlegging og design. Anita Harsvik, Gro Bentzen og Berit Støre Brinchmann gjennomførte datainnsamling. Gro Bentzen og Anita Harsvik gjennomførte innledende analyse av data med jevnlig diskusjoner og refleksjoner med Berit Støre Brinchmann. Gro Bentzen sluttførte analysen under veiledning av Berit Støre Brinchmann.

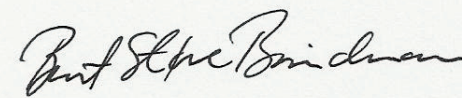
Gro Bentzen skrev artikkelutkast, Berit Støre Brinchmann leste manus og kom med kritiske innspill. Anita Harsvik ønsket ikke å bidra, men stilte seg bak den ferdigstilte artikkel.

Gro Bentzen og Berit Støre Brinchmann har lest gjennom artikkelen og godkjent den før innsendelse til tidsskrift.

Bodø 6. mai 2013


Gro Bentzen


Anita Harsvik


Berit Støre Brinchmann



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 25519

Det gis skriftlig informasjon og innhentes et skriftlig samtykke fra informantene. Personvernombudet finner at behandlingen av personopplysninger i prosjektet kan hjemles i personopplysningsloven § 8 (samtykke).

Prosjektslutt er angitt til 01.12.2012. Senest ved prosjektslutt vil datamaterialet være anonymisert, det vil si at verken direkte eller indirekte personidentifiserende opplysninger lenger foreligger i materialet. Lydopptakene slettes. Indirekte personidentifiserende opplysninger i det øvrige materialet slettes eller grovkategoriseres på en slik måte at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes.

