

**Nyutdannede sykepleieres opplevelser og erfaringer med moralsk
stress**



**Universitetet
i Stavanger**

**Institutt for Helsefag
Master i Helsevitenskap, Spesialisering:
Masteroppgave**

Student: Susanne Jeanett Edvardsen

Veileder: Førstemanuensis Ellen Ramvi

27. juni 2016

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Vår 2016

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Susanne Jeanett Edvardsen

VEILEDER: Ellen Ramvi

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Nordisk tittel: Nyutdannede sykepleieres opplevelser og erfaring med moralsk stress

Engelsk tittel: Graduate nurses experiences with moral distress

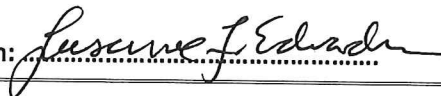
EMNEORD/STIKKORD: Nyutdannede sykepleiere – Kvalitativ studie – Moralsk stress

ANTALL SIDER: 67

TAL ORD: 20.720

STAVANGER 27.06.16

Susanne Jeanett Edvardsen sign:



FORORD

Denne masteroppgaven kan være et lite bidrag til å gi økt innsikt og forståelse av nyutdannede sykepleieres opplevelse og erfaring med moralsk stress, og hva det gjør med dem. Kanskje den kan bidra til bevisstgjøring og forbedring av praksis, og være en inspirasjonskilde til et videre arbeid og utforskning av fenomenet moralsk stress hos nyutdannede sykepleiere.

Jeg vil rette en stor takk til alle som har bidratt til at prosjektet lot seg gjennomføre. Først vil jeg takke mine 10 informanter som har vært åpne og sårbare gjennom å fortelle om sine erfaringer og opplevelser, slik at jeg har fått et innblikk i deres livsverden.

Så til arbeidsplassen min, Helse Vest, kirurgisk divisjon. En særlig takk til Anne og Karen Helen som har gitt meg mulighet til å fullføre mastergraden min med mye tilrettelegging.

Til min dyktige og gode veileder på UIS Ellen, som har vært min stødighet i denne prosessen med skriving av masteroppgaven. Du har hatt et smittende engasjement og masse av kunnskaper om emnet som har gitt meg innsikt og større forståelse. Tusen takk for all hjelp i en krevende prosess!

Det er mye som skjer på 1,5 år i en slik prosess, og jeg vil takke min familie som har vært tålmodige med meg denne tiden, spesielt mine barn Vanessa og Oliver. Viktige støttespillere som hele tiden har hatt troen på meg har vært min farmor og sykepleier Ingrid, min mor Gunn, bror og søster Sonny og Natalie, og mine beste venner Anette, Susanne og Sophie! Takk!

Stavanger, juni 2016

Susanne J. Edvardsen

INNHold

FORORD

INNHoldSLISTE

FORKORTELSER

SAMMENDRAG	1
1 INNLEDNING OG PROBLEMSTILLING.....	3
1.1 Bakgrunn for valg av tema	3
1.2 Hvorfor viktig tema	4
1.3 Utdypning av begrepet moralsk stress.....	5
1.4 Forskjell mellom moralsk stress og nærliggende begreper	6
1.5 Tidligere forskning	7
1.5.1 Reaksjon på moralsk stress.....	8
1.5.2 Utbrenthet og turnover	9
1.5.3 Økonomisk og organisatorisk påvirkning	10
1.5.4 Kompetanse og yrkeserfaring.....	11
1.6 Problemstilling	12
2 TEORETISK PERSPEKTIV	13
2.1 Oppgavens etiske grunnlag	13
2.1.1 Sykepleiens etiske og moralske side	13
2.1.2 Løgstrup og «Den etiske fordring».....	15
3 METODE OG ANALYSE.....	17
3.1 Forskningsmetode og vitenskapsteoretisk ramme.....	17
3.2 Studiens utvalg	18
3.3 Datainnsamling og transkribering	19
3.4 Analyse.....	21
3.5 Forskerens egen forforståelse	22
3.6 Reliabilitet og validitet	23
3.7 Forskningsetiske vurderinger	24
3.8 Metodekritikk	25
4 RESULTAT	26
4.1 Overordnede funn.....	26
4.1.1 Idealer satt under press	27

4.1.2	Vanskelig å prioritere	28
4.1.3	Å føle på usikkerhet	30
4.1.4	Når andre bestemmer hva som er rett.....	31
4.1.5	Nedsatt trivsel og livskvalitet	33
4.1.6	Følelsesmessige og kroppslige reaksjoner.....	34
5	OPPLEVELSEN AV MORALSK STRESS HOS NYUTDANNEDE SYKEPLEIERE, OG HVA DET GJØR MED DEM – EN DRØFTING	35
5.1	Profesjonelle og personlige idealer blir presset på grunn av travelhet og tidspress	36
5.2	Profesjonelle og personlige idealer blir presset på grunn av andre bestemmer hva som er rett 38	
5.3	Profesjonelle og personlige idealer blir presset på grunn av de nyutdannede sykepleierne føler de «burde» kunne ting de ikke kan	40
5.4	Reaksjoner på å ikke gjøre det de vet er rett eller føler de «burde» visst.....	42
6	AVSLUTTENDE KOMMENTAR.....	44
	REFERANSER	46

Vedlegg 1 Utdrag fra søkehistorikk

Vedlegg 2 Informasjonsskriv til informanter

Vedlegg 3 Samtykkeerklæring for informanter

Vedlegg 4 Intervjuguide

Vedlegg 5 Trinnvis analyseprosess med utgangspunkt i Interpretative Phenomenological
Analysis

Vedlegg 6 Skriv fra Personvernombudet

Forkortelser:

IPA - Interpretative Phenomenological Analysis

NPM – New Public Management

Tabeller:

Tabell 1 Initial list of themes

Tabell 2 Clustering of themes

Tabell 3 Tabel of themes

Tabell 4 Funn

Tabell 5 Master table of themes for hele gruppen med informanter

SAMMENDRAG

Denne masteroppgaven presenterer en kvalitativ studie, der formålet var å få innsikt i hvordan nyutdannede sykepleiere som har jobbet mellom 1-3 år på en kirurgisk avdeling opplever moralsk stress. Ønsket var å få tak i deres erfaringer og opplevelser omkring dette. Det overordnede målet var å synliggjøre den erfaringsbaserte kunnskapen for å bidra til bevisstgjøring, og slik være et innspill til forbedring av praksis. På den måten kan studien bidra til å forhindre moralsk stress og utbrenthet hos sykepleiere, og styrke kvaliteten i omsorgen for pasientene. Et semi-strukturert dybdeintervju med 10 nyutdannede sykepleiere ble analysert i en trinnvis prosess inspirert av en fenomenologisk og hermeneutisk tenkning, som også var styrende i fortolkningen av de empiriske dataene. Studien kom frem til at de nyutdannede sykepleierne opplevde moralsk stress i situasjoner der de utførte handlinger som ikke følte rett, og der de «burde» visst hva som var rett. I slike situasjoner hadde de opplevd at handlingsrommet deres ble hindret på grunn av indre og ytre begrensninger, som dermed gjorde det vanskeligere for dem å oppfylle viktige personlige og profesjonelle verdier. Studien stadfester at nyutdannede sykepleiere er ekstra sårbare ovenfor moralsk stress og utbrenthet når de kommer ut i yrkeslivet, og at de er mer utsatt for dette på grunn av manglende faglige- og erfaringsbaserte kunnskaper.

Nøkkelord: Nyutdannede sykepleiere – Kvalitativ studie – Moralsk stress

ABSTRACT

This master thesis presents a qualitative study that aimed to gain insight into how graduate nurses who have worked between 1-3 years on a surgical ward experience moral distress. The purpose was to get hold of their experiences about this phenomenon. The overall goal was to bring attention to the experiential knowledge to help raise awareness, and to be a contribution towards the improvement of practice. In doing so, this study can help prevent moral distress and burnout among graduate nurses, and strengthen the quality of care for patients. Semi-structured in-depth interviews with 10 graduate nurses were analyzed in a stepwise process inspired by a phenomenological and hermeneutical thinking, which also governed the interpretation of the empirical data. The study concluded that the graduate nurses experienced moral distress in situations where they performed actions that did not feel right, and where they "should" have known what was the right thing to do. In these situations they had experienced that their ability to act on what they felt was right was prevented because of internal and external constraints, which made it difficult for them to achieve important personal and professional values. This study confirms that graduate nurses are extra vulnerable to moral distress and burnout when they enter the professional life as nurses, and that they are more exposed to this due to a lack of academic- and experience based knowledge.

Keywords: Graduate nurses – Qualitative study –Moral distress

1 INNLEDNING OG PROBLEMSTILLING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

"Jeg hadde gledet meg til å bli ferdigutdannet og endelig jobbe som sykepleier. Jeg likte veldig godt å hjelpe mennesker, og det gav meg glede og energi. Som sykepleierstudent var jeg flink med pasientene og likte at jeg hadde god tid til dem. Da jeg avsluttet dagen hadde jeg en god følelse, selv om jeg også var sliten etter en lang dag med mange inntrykk.

Da jeg først begynte som nyutdannet sykepleier kjente jeg på et enormt stress over alt som skulle gjøres på kort tid, det store ansvaret og redselen for å gjøre en alvorlig feil. Som student var jeg vant til å jobbe i mitt eget tempo på en nøysommelig måte. Jeg ble fortalt at det første året var ganske slitsomt og at man ville ha konstant dårlig samvittighet over alt man ikke kom til å rekke. Jeg så fram til å lære masse nytt, og bli mer effektiv etter som jeg fikk rutinene inn i fingrene, slik at jeg kom igjennom alle arbeidsoppgavene mine. Det aller viktigste var at pasientene fikk den pleien og behandlingen de trengte. Det var i hvert fall målet mitt. Jeg jobbet på en travel avdeling med ofte litt for lite bemanning, mange pasienter og mange oppgaver på hver sykepleier. Det ble ofte begrunnet med økonomisk innstramming og knappe ressurser. Etter hvert ble jeg mer effektiv og trygg på rutiner, men jeg opplevde ikke å få mer tid til pasientene og oppgavene mine. Jeg satt fortsatt igjen med en skyldfølelse og usikkerhet etter en endt arbeidsdag. I starten kom jeg ofte hjem og var lei meg over hvor sliten og maktesløs jeg følte meg. Det opplevdes tungt og en belastning for familien at jeg ikke alltid klarte å være mentalt og fysisk tilstede med dem når jeg kom hjem fra jobb. I en lengre periode følte jeg meg veldig sliten og utmattet av høyt tempo over lang tid, at jeg begynte å oppleve manglende energi, engasjement og motivasjon. Det krevde mye av meg både fysisk og psykisk å ta med barnet mitt ut en liten tur på ettermiddagen, og jeg hadde en del vondt i rygg, nakke og hode. Jeg hadde skyldfølelse ovenfor pasientene mine fordi jeg opplevde at jeg ikke klarte å være den sykepleierne jeg virkelig ønsket og visste jeg kunne være.

Etter hvert begynte det å gå "bedre". Jeg tenkte at for at jeg skal klare meg i dette yrket måtte jeg finne frem til en mestringsstrategi. Det var å finne meg i hvordan dette systemet var, hvor jeg gikk på akkord med meg selv og mine profesjonelle og personlige verdier. Oppgavene ble gjort, men pasientene, jo de måtte dessverre bare godta den tiden de fikk av meg, selv om jeg egentlig ønsket å gi dem mer. Sånn var det jo for alle! Jeg følte meg mange ganger mer oppgaveorientert fremfor pasientorientert i måten å jobbe på for å rekke igjennom oppgavene mine. Jeg begynte etterhvert på videreutdanning innenfor master i helsevitenskap for å ha

flere muligheter på sikt innenfor arbeidsmarkedet, for jeg visste at dette ikke var sånn jeg ville ha det resten av yrkeskarriæren min."

Min personlige erfaring som jeg her har beskrevet ble styrende for valg av temaet til masteroppgaven. Moralsk stress defineres av Andrew Jameton som negative følelser som oppstår når en person vet hva som er en moralsk riktig handling i en situasjon men ikke kan handle ut i fra det (Oh & Gastmans, 2015). Begrepet moralsk stress favner på mange måter min opplevelse. Jeg gjorde søk i litteraturen etter hva som var gjort av tidligere forskning om moralsk stress, og fant ut at det var lite forskning og kunnskaper om moralsk stress blant nyutdannede sykepleiere. Det viste seg at det var mangel på kvalitativ forskning om moralsk stress blant sykepleiere med lite erfaring, og lav kompetanse (Corley et. al., 2005; Woods et. al., 2015). Ved å gjøre en kvalitativ studie på nyutdannede sykepleieres opplevelser og erfaringer med moralsk stress kunne jeg bidra til økt kunnskap, bevisstgjøring og kanskje også forbedring av praksis.

1.2 Hvorfor viktig tema

Forskning har vist at moralsk stress har mange negative konsekvenser for livet til sykepleieren, for pasienter, kollegaer og helsevesenet, og fortjener derfor større oppmerksomhet av ledere i helsesektoren, politikere, og av de som utdanner sykepleiere. Sykepleieren kan få utfordringer med å ivareta profesjonelle verdier, ansvar og plikter (Frøyland, 2013). Moralsk stress påvirker hvordan sykepleieren utøver helsehjelpen, og det påvirker også relasjonen til pasientene og kollegaene (Wilkinson i Schluter et. al., 2008). Det er rapportert at moralsk stress kan komme til uttrykk gjennom ubehagelige fysiske og psykiske symptomer hos sykepleiere (Woods et. al., 2015; Wiegand & Funk, 2012; Elpern, Covert & Kleinpell, 2005). Moralsk stress er blitt assosiert med utbrenthet, og det viser seg at over tid har det uheldige konsekvenser for helsevesenet, der sykepleiere føler seg utilfreds og velger å forlate jobben og yrket som en negativ mestringsmekanisme for å håndtere moralsk stress (Johnstone & Hutchinson, 2015; Shoorideh et. al., 2015; Miller, 2011; Oh & Gastmans, 2015). Det kan bli et nasjonalt problem når mange sykepleiere rapporterer om helseplager og ønske om å bytte arbeid, der for lite tid til pasientene er en av årsakene. Dette kom frem i Sykepleiens store tidstyvundersøkelse der 3509 sykepleiere fra Norge var deltakere (By, 2014).

Flere studier peker nettopp på at institusjonelle begrensninger som økonomiske hensyn og effektivisering har en negativ innvirkning på sykepleieres mulighet til å utøve en kvalitetsmessig, god og etisk standard på helsehjelpen (Woods et. al., 2015; Oh & Gastmans, 2015). Dagens styringsideologi i helsesektoren preges av New Public Management (NPM), som kjennetegnes av kostnadsreduksjon, effektivitetskrav og kontroll utenfra. Det hevdes at en konsekvens av NPM er at presset på den enkelte helsearbeider blir større, og at helsefaget dehumaniseres når verdigrunnlaget overstyres av et slikt fokus. (Kirkevold et. al., 2013). I NOU 1997:2 (s. 9) står det at pasientens behov skal være kjernen i all pleie og dette skal prege oppbygning, praksis og ledelse av alle helsetjenester (Kirkevold et. al., 2013). Helsepersonell er også lovpålagt å utøve forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp (helsepersonelloven § 4). At sykepleiernes verdigrunnlag presses slik harmoniserer ikke med sykepleiernes profesjonelle verdier og etiske idealer om å gi god omsorg og ivareta pasientenes behov. Dette stiller sykepleiere kontinuerlig ovenfor etiske problemstillinger, og kan gi grobunn for moralsk stress (Aakre, 2009).

Min kvalitative studie vil kunne gi et viktig bidrag til det norske praksisfeltet og kan være relevant også internasjonalt, gjennom å fremskaffe erfarings basert kunnskap om hvordan nyutdannede sykepleiere erfarer og opplever moralsk stress på en kirurgisk avdeling. Dette for å belyse viktigheten av å forebygge og redusere negative konsekvenser av moralsk stress for sykepleieren, pasienten og arbeidsgiveren.

1.3 Utdypning av begrepet moralsk stress

Moralsk stress ble definert i 1984 av Andrew Jameton som "a phenomenon in which one knows the right action to take, but is constrained from taking it" (Epstein & Delgado, 2010). Flere studier om moralsk stress baserer seg på Jametons originale definisjon, og jeg vil derfor ta utgangspunkt i denne. Jameton var den som formelt gjenkjente og beskrev begrepet moralsk stress på 1980-tallet (Woods et. al., 2015). Senere er det andre forskere som har bidratt til å beskrive og videreutvikle begrepet (Elpern, Covert & Kleinpell, 2005). Jeg vil ta utgangspunkt i flere forskeres beskrivelse av innholdet i begrepet for å gi en mer helhetlig forståelse av hva moralsk stress er. I følge Corley kan moralsk stress oppstå fordi det kommer i konflikt med hva som er til det beste for organisasjonen, andre pasienter, familien eller samfunnet (Epstein & Delgado, 2010). Et nøkkelementet i moralsk stress er følelsen av maktesløshet som personen får når han eller hun ikke evner å utføre handlinger som etisk sett

oppleves som mest riktig på grunn av begrensninger som er satt på sykepleierens handlingsrom (Jameton, Corley et. al., i Epstein & Delgado, 2010). Slike begrensninger kan være indre eller ytre begrensninger som skaper moralsk stress og handler om at personlige og profesjonelle verdier eller etiske forpliktelser brytes (Corley, i Lang, 2008). Indre begrensninger kan ifølge Hamric, Davis, og Childress være frykten for å miste jobben, å tvile på seg selv, angst for å skape konflikter og dårlig selvtillit (Epstein & Delgado, 2010). I følge Jameton kan indre begrensninger være sykepleierens mangel på moralsk kompetanse, autonomi, maktesløshet til å handle, og for lite kunnskaper og forståelse av hele situasjonen (Johnstone & Hutchinson, 2015). Ytre begrensninger kan være på grunn av ubalanse i maktforholdet blant de ansatte på avdelingen, dårlig kommunikasjon mellom kollegaer, press om å redusere kostnader, frykten for straff, lite støtte fra ledelsen, og sykehus politikk som kommer i konflikt med pasientens behov for behandling (Epstein & Delgado, 2010). NPM og dagens styringsideologi som er beskrevet tidligere bidrar til å skape en form for ytre begrensning.

1.4 Forskjell mellom moralsk stress og nærliggende begreper

I litteraturen er det identifisert flere nærliggende begreper som har en relasjon til konseptet moralsk stress. Jeg vil her gå inn på relevante begreper som tydeliggjør hva moralsk stress er og hva som er forskjellen mellom dem, men også for å vise at begrepene fanger mye av det samme.

Moral residue

Uløst moralsk stress er ifølge Webster & Baylis noe som resulterer i “moral residue” (Oh & Gastmans, 2015). En varig følelse av moralsk stress er kjent som “moral residue”, som er den psykologiske effekten av å være bevisst på hva som burde blitt gjort som man ikke gjorde. Det kan skyldes begrenset makt eller ressurser, og kan resulterer i skyldfølelse og en følelse av utilstrekkelighet (Lützen et. al. i Rice et. al., 2008). I følge Webster & Bayliss kan “moral residue” være ødeleggende for sykepleieren og hennes karriere, spesielt når moralsk stressende episoder gjentar seg over tid (Epstein & Delgado, 2010).

Moralsk dilemma

Å yte helsehjelp handler om å gjøre det gode, og innebærer å treffe verdivalg der valgene ikke

alltid er opplagt (Molven, 2012). Et av sykepleiernes yrkesetiske prinsipper er å beskytte pasienten mot skade. Sykepleiere kan ofte føle seg forhindret fra å ivareta prinsippet om å ikke skade, og befinner seg i situasjoner der de må velge mellom flere alternativer som kan være etisk problematiske. Slike etiske eller moralske dilemmaer oppstår når en sykepleier har problemer med å velge mellom to eller flere valg som er like moralsk akseptable eller uakseptable. Det kan for eksempel være situasjoner der man har for lite tid til pasientene, begrensede ressurser, verdikonflikter eller ved spørsmål om forlengelse av liv. I noen situasjoner vet sykepleieren hva som er moralsk riktig å gjøre men hindres i å gjøre det på grunn av institusjonelle begrensninger. Dette kan føre til moralsk stress. I motsetning til moralsk stress har man i moralske dilemmaer valg mellom ulike alternative løsninger. (DeKeyser Ganz & Berkovitz, 2012).

Moralsk usikkerhet

Moralsk usikkerhet oppstår når man mangler kunnskaper som skal til for å ta en vurdering, eller når man ikke kjenner konsekvensene en handling vil få (Kjølborg, 2014). Det kan være usikkerhet i forhold til hva det moralske problemet er eller at man ikke vet hvilke moralske prinsipper eller verdier som står mot hverandre i den aktuelle situasjonen. Dette kan være en form for indre begrensning, som ifølge Jameton kan føre til moralsk stress (Epstein & Delgado, 2010).

Emosjonelt stress

Emosjonelt stress kan forekomme i stressende jobbsituasjoner, men til forskjell fra moralsk stress har ikke emosjonelt stress et moralsk element, og det er ingen trussel mot ens moralske integritet (Epstein & Delgado, 2010). Moralsk integritet er på sin side følelsen av helhet og egenverd som kommer fra å ha klart definerte verdier som kommer tydelig frem av ens egne handlinger og oppfatninger (Hardingham i Epstein & Delgado, 2010).

1.5 Tidligere forskning

For å finne frem til tidligere forskning gjorde jeg systematiske søk etter vitenskapelige og fagfelleverderte artikler fra 2005 til 2015 i 3 ulike databaser: Ovid Nurse, PubMed og Cinahl. I tillegg brukte jeg Oria som hører til Stavanger universitetsbibliotekets samlinger for å utvide treffene mine, og SveMed+ og Sykepleien for å lete etter skandinaviske artikler. Se vedlegg 1

for søkehistorikk. Under søkeprosessen oppdaget jeg at det var generelt mye tidligere internasjonal forskning på området moralsk stress og sykepleiere, men få norske og skandinaviske vitenskapelige artikler. Det er også gjort flere kvantitative studier enn kvalitative. Jeg fant ut at det er mangelfull forskning og kunnskaper på området *nyutdannede sykepleiere og moralsk stress*, som dermed ble tema for min studie. Søkene jeg gjorde gav mange treff, men etter gjennomsyn av flere vitenskapelige artikler endte jeg til slutt opp med noen aktuelle artikler og ett par fagartikler som er med å belyser temaet mitt. Under dette punktet om tidligere forskning presenterer jeg aktuelle funn fra artiklene som gir bakgrunn for min studie.

I min studie ønsket jeg å få større innsikt og forståelse for hva som bidrar til moralsk stress hos nyutdannede sykepleiere på kirurgiske poster, og hvilke opplevelser og erfaringer de har hatt som har bidratt til moralsk stress. Det er et viktig fenomen å få økt forståelse for, og skape en bevisstgjøring rundt, for å kunne forebygge negative konsekvenser som følge av moralsk stress. McCarthy & Gastmans (2015) har gjort en reviewstudie av 20 artikler fra 1984-2013 som sier noe om kilder til moralsk stress. Det er en generell enighet blant forskerne fra denne studiene at disse kildene kan samles i følgende grupper: kliniske situasjoner som kan påføre skade på pasienten, vanskelige arbeidsforhold der det er begrensede ressurser, strukturelle forhold som ved asymmetriske maktforhold, og moralske kilder som for eksempel verdikonflikter, normative forventninger til ens profesjon, og skade på sykepleierens moralske identitet på grunn av manglende mulighet til å oppfylle ansvaret deres.

Videre vil jeg gå nærmere inn på studier som belyser hvilke konsekvenser moralsk stress kan ha for sykepleieren, samt studier som beskriver slike faktorer og kilder som kan bidra til moralsk stress.

1.5.1 Reaksjon på moralsk stress

Moralsk stress kan gi mange ulike reaksjoner hos sykepleiere. I Oh & Gastmans (2015) reviewstudie var det fire studier som utforsket psykologiske responser på, eller i møte med moralsk stress. Hvor sterkt sykepleierne følte på moralsk stress hadde sammenheng med opplevelsen av utmattelse og ønske om mindre personlig kontakt med pasientene. Schluter et. al. (2008) indikerte at moralsk stress og sinne kunne ha en påvirkning på relasjonen sykepleieren skaper med pasientene og kollegaene sine, og hvordan de utøver pleie og

behandling. I følge Wiegand & Funk (2012) og Corley et. al. (2005) opplever sykepleiere følelser som angst, depresjon, skyldfølelse, tristhet, bekymring, frustrasjon og hjelpeløshet relatert til moralsk stress. De opplevde også søvnløshet, å miste selvtillit og troen på seg selv, skuffelse og mindreverd. Hvor kraftig og ofte sykepleiere opplever moralsk stress og symptomer på dette er nok individuelt, men flere studier indikerer at mange sykepleiere opplever et moderat nivå av moralsk stress (Oh & Gastmans, 2015; Shoorideh et. al., 2015; DeKeyser Ganz & Berkovitz, 2012). I reviewstudien til Oh & Gastmans (2015) ble forekomsten av hyppighet og intensitet av moralsk stress undersøkt. Syv studier rapporterte moderat nivå av moralsk stress, og to studier rapporterte lavt nivå av moralsk stress. Moralsk stress var for eksempel høyt i situasjoner der pasientene ikke fikk trygg og god nok behandling, der de måtte handle på en måte som ikke var til pasientens beste, og der det ble observert at sykepleiere gjorde feil.

1.5.2 Utbrenthet og turnover

Forskning viser at det er flere negative konsekvenser av moralsk stress, og at det blant annet kan føre til utbrenthet og turnover. Moralsk stress karakteriseres i sykepleielitteraturen som et stort problem som påvirker sykepleiere i hele helsesektoren. Det kan true sykepleierens integritet og dermed kvaliteten på pasientbehandlingen. Det kan også være en årsak til at sykepleiere mistrives, og at de velger å slutte i jobben og yrket. (Johnstone & Hutchinson, 2015; Miller, 2011; MacKusick & Minick, 2010; Schluter et. al., 2008; Shoorideh et. al., 2015; Woods et. al., 2015). At sykepleiere velger å slutte kan også være en negativ mestringsstrategi på grunn av moralsk stress, viser en reviewstudie av Oh & Gastmans (2015) og Corley et. al. (2005).

En studie indikerer også at moralsk stress kan være en årsak til at nyutdannede sykepleiere velger å slutte i jobben eller i yrket som helhet (Aiken, Clark & Sloan et. al, i Woods et. al., 2015). Som nyutdannet og uerfaren sykepleier er man ekstra sårbar ovenfor stress og utsatt for emosjonell utmattelse og utbrenthet (Charnleys, 1999; Rudman og Gustavsson, 2010). Det første året er spesielt vanskelig og utfordrende, og det er rapportert at 45% av 348 nyutdannede sykepleiere i Rhèaume, Clément & LeBel (2010) sin studie vurderte å slutte i jobben sin, og at 4,9 % skulle allerede slutte. Hver femte nyutdannede sykepleier i studien til Rudman og Gustavsson (2010) rapporterte høye nivåer av utbrenthet på et tidspunkt i løpet av de tre første årene etter endt utdanning. Forskerne påviste at dette hadde sammenheng med

depressive symptomer og et ønske om å slutte i yrket. Hvis nyutdannede sykepleiere føler at de har mer makt og jobber i et arbeidsmiljø som støtter en sykepleiefilosofi og sykepleievisjon kan det reduserer sjansen for at de slutter i jobben (Rhèaume, Clément & LeBel, 2010).

For å forhindre at sykepleiere blir utbrent og slutter i jobben eller yrket må de ifølge Schluter et. al., (2008) motta mer støtte i perioder med stress og utfordringer. Å hjelpe de ansatte med å styrke sine mestingsstrategier og å gjenkjenne følelser som oppstår fra moralsk stress ser ut til å bidra til å lette opplevelsen av moralsk stress hos sykepleiere (Schluter et. al., 2008). Hanna foreslår at dersom den enkelte håndterer moralsk stress vellykket kan man oppnå personlig vekst og endring (Oh & Gastmans, 2015).

1.5.3 Økonomisk og organisatorisk påvirkning

Institusjonelle hindringer blir trukket frem både i nasjonal og internasjonal forskning som en relevant faktor som kan bidra til at sykepleiere opplever moralsk stress. Jeg vil belyse hva noe av forskningen sier om dette, og ønsker spesielt å legge vekt på de norske forholdene når det gjelder institusjonelle hindringer ved at jeg trekke frem en norsk doktorgradsavhandling, en vitenskapelig artikkel og en fagartikkel.

I Olsvold (2010, s. 2) sin doktorgradsavhandling presenteres flere studier som viser at en omorganisering og strengere økonomisk styring som preger helsesektoren de siste årene har ført til et misforhold mellom oppgaver og tilgjengelige ressurser for sykepleiere og annet pleiepersonell. Dette skaper økonomiske og organisatoriske begrensninger, og er ytre faktorer som hemmer sykepleierens handlingsrom og fører til moralsk stress (Jameton, i Epstein & Delgado, 2010). Torjuul & Sorlie (2006) sin norske studie på kirurgiske sykepleiere og moralsk stress bekrefter at når sykepleieren blir hemmet i å handle ut i fra det han eller hun selv mener er riktig, som for eksempel ved institusjonelle begrensninger, kommer det i konflikt med sykepleierens verdsett, og det kan skape etiske dilemmaer i pleien.

Helsepersonell har plikt til å forholde seg til sykehusets rammebetingelser og har flere ansvarsområder som knyttes til det organisatoriske og administrative, og til individuelle, profesjonelle og moralske aspekter (Olsvold, 2010, s. 5-6). Det er utfordrende å balansere mellom så mange ulike forventninger og krav. Dette belyses i Torjuul & Sorlie (2006) sin studie der sykepleiere på kirurgiske avdelinger møter på etiske problemstillinger relatert til det å skulle ivareta pasientens integritet og utøve god og trygg behandling, samtidig som

andre plikter skal oppfylles. Dette gjør at arbeidsbelastningen blir stor, prioriteringene av oppgavene blir trangere på grunn av begrenset med tid og ressurser, som dermed går ut over kvaliteten på behandlingen. Dette trekker blant annet Aakre (2009) frem i sin fagartikkel, der hun viser til studier som sier at både sykepleiere og leger kun velger å fokusere på selve behandlingen fordi de ikke har tid til resten.

Internasjonale studier bekrefter også at dette er en konsekvens av institusjonelle hindringer, og på grunn av et større fokus på effektivisering og bedre lønnsomhet (Woods et. al., 2015; De Veer et. al., 2013; Kirkevold et. al. 2013). Corley et. al. (2005) og Oh & Gastmans (2015) reviewstudie er en av studiene som bekrefter dette, og belyser at dårlig lederskap og utilstrekkelige ressurser som er et resultat av organisatorisk kultur, politikk og praksis, har en negativ effekt på sykepleierne gjennom en opplevelse av moralsk stress og påvirker deres mulighet til å gjøre gode moralske handlinger. Dette kan være en konsekvens av moderniseringen av helsesektoren som NPM har ført med seg, og kan sette sykepleierens profesjonelle verdier på spill.

1.5.4 Kompetanse og yrkeserfaring

Nyutdannede sykepleiere er ofte unge, har lite yrkeserfaring og opparbeidet kompetanse, noe jeg kan tenke meg har en påvirkning på opplevelsen av moralsk stress. Jeg ønsket å finne ut om det var noe forskningen som har belyst dette temaet tidligere, men fant ingen studier der nyutdannede sykepleiere og moralsk stress hadde vært et hovedtema. Flere studier trekker frem at lav eller høy yrkeserfaring, og lav kompetanse kan være faktorer som kan bidrar til å forsterke opplevelsen av moralsk stress (Elpern, Covert & Kleinpell, 2005; Oh & Gastmans, 2015; Radzvin, 2011; Rice et. al., 2008; Schluter et. al., 2008; Shoorid et. al., 2015; Woods et. al., 2015). Dette begrunner behovet for å undersøke dette nærmere i min studie.

Woods et. al. (2015) utførte en kvantitativ nasjonal studie på moralsk stress og sykepleiere i New Zealand, og trekker frem at yngre sykepleiere er mer mottakelige for moralsk stress enn eldre, og de føler seg ute av stand til å ta den rette avgjørelsen ved etiske problemstillinger eller dilemmaer på grunn av flere institusjonelle begrensninger. De kom også frem til at det å jobbe med inkompetent og utrygt personale var blant noe av det som skapte mest stress.

DeKeyser Ganz & Berkovitz (2012) poengterer også at de med lavere sykepleieferdigheter oftere opplever etiske dilemmaer. Andre faktorer som kan bidra til moralsk stress er mindre yrkeserfaring ifølge Radzvin, (2011), og ung alder som bekreftes av Corley et al. (2005) og Dekeyser Ganz & Berkovitz (2012).

På en annen side kan man se i flere studier at eldre sykepleiere som har mer yrkeserfaring håndterer moralsk stress på en annen måte (Oh & Gastmans, 2015; Rice et. al., 2008; Shoorideh et. al., 2015). Den positive korrelasjonen kan ifølge Shoorideh et. al. (2015) ha en sammenheng med at eldre har mer erfaring med å håndtere moralske problemer. Schluter et. al. (2008) indikerer i sin studie at det har vist seg at nyutdannede sykepleiere opplever mindre følelse av moralsk stress enn mer erfarne sykepleiere. Av den grunn kan uerfarenhet og kunnskap ifølge Gutierrez påvirke sykepleierens oppfatning og reaksjon på etiske avgjørelser (i Schluter et. al., 2008).

De ulike funnene fra studiene som presenteres ovenfor er inkonsistente og forteller meg at det er uenigheter i om høy eller lav alder, erfaring og ferdigheter fører til mer moralsk stress, og om dette er et spesielt fenomen blant nyutdannede sykepleiere. Torjuul & Sorlie (2006) har gjort en studie som inkluderer sykepleiere med lang erfaring og hevder at en studie med sykepleiere som har kortere erfaring kunne gitt andre resultater. Corley et. al. (2005) mener også at det trengs mer forskning på dette området, blant annet fra kvalitative studier av sykepleiere med lite erfaring og kompetanse. Min studie kan være et bidra med ny kunnskap på dette området.

1.6 Problemstilling

Formålet med studien er å få innsikt i hvordan nyutdannede sykepleiere som har jobbet mellom 1-3 år på en kirurgisk avdeling opplever moralsk stress, og få tak i deres erfaringer og opplevelser omkring dette. Det overordnede målet er å synliggjøre den erfaringsbaserte kunnskapen for å bidra til bevisstgjøring, og slik være et innspill til forbedring av praksis. På den måten kan studien bidra til å forhindre moralsk stress og utbrenthet hos sykepleiere, og styrke kvaliteten i omsorgen for pasientene.

Problemstillingen formuleres slik:

- Hvordan opplever og erfarer nyutdannede sykepleiere på en kirurgisk avdeling moralsk stress, og hva gjør det med dem?

For å få kunnskap om dette ønsket jeg å studere nyutdannede sykepleieres opplevelser og erfaringer omkring moralsk stress. Følgende forskningsspørsmål guidet studien:

- Hvilke idealer og verdier var viktig for de nyutdannede sykepleierne å ivareta?
- Hvordan beskrev nyutdannede sykepleiere på en kirurgisk avdeling situasjoner der de følte de visste hva som er rett, men likevel ikke gjorde det?
- Hvordan opplevde og håndterte sykepleierne tanker og følelser de fikk i forbindelse med slike situasjoner?
- Hva mente sykepleierne ville hjulpet dem til å handle annerledes?

2 TEORETISK PERSPEKTIV

Her kommer en innføring i oppgavens etiske grunnlag, og det teoretiske perspektivet som ligger til grunn for å belyse moralsk stress og funnene i studien.

2.1 Oppgavens etiske grunnlag

Jeg har tidligere prøvd å beskrive hva moralsk stress er og nærliggende begreper som fanger mye av det samme. Videre i dette kapittelet skal studien plasseres i et mer etisk landskap. Sykepleiens etiske og moralske side blir gjort rede for ved hjelp av sykepleieteoretikerne Kari Martinsen, Joyce Travelbee og filosofen Ejler Løgstrups arbeid som kaster lys over etiske sider ved sykepleie. I dette kapittelet utdyper jeg også hvordan de institusjonelle hindringene kan påvirke sykepleierens handlingsrom og bidra til moralsk stress.

2.1.1 Sykepleiens etiske og moralske side

Etikk forstås som en systematisk refleksjon over moralsk atferd, og moral handler om hva som er rett og galt. Etikk kan deles inn i deskriptiv etikk, som handler om hvordan etikken kommer til uttrykk i menneskers handlemåte, og normativ etikk, som handler om hvordan folk bør handle, hva som er god og rett handling, og hvordan det faglige skjønnnet bør utøves. (Molven, 2012, s. 88). Sykepleiere har en egen yrkesetikk og yrkesetiske regler og prinsipper som skal gi grunnlaget for handlinger og valg (Molven, 2012). Sykepleierens verdier og etiske prinsipper bygger på FN's menneskerettigheter og internasjonal tenkning om at menneskeverdet er absolutt og ukrenkelig (Molven, 2012). De fire grunnleggende etiske prinsippene sykepleieren skal oppfylle er; autonomiprinsippet, velgjørhetsprinsippet, ikke-skade-prinsippet og rettferdighetsprinsippet. Fordi sykepleiere har mange hensyn som skal ivaretas begrenser det virkeliggjøring av prinsippene. Yrkesetikken skal være et ideal for

sykepleieren som skal hjelpe han eller henne til å gjøre gode beslutningsprosesser. De yrkesetiske reglene skal angi en retning for hva som er riktig valg. Samtidig gir den enkelte sykepleiers egne personlige verdier grunnlaget for etisk refleksjon og skjønn, som påvirker hvilke handlinger og valg sykepleieren tar. (Molven, 2012). Det faglige skjønn er viktig for en sykepleier å inneha for å mestre utfordringer som kliniske situasjoner krever. Faglig skjønn innebærer at sykepleieren gjøre gode faglige vurderinger for å kunne handle riktig i situasjoner, og krever faglig kunnskap, erfaringer og gode verdier, som igjen er med å påvirker prioriteringer og valg (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005, B. 1).

Sykepleie er et omsorgsyrke, og omsorg er knyttet til verdier som gjør at omsorgen har en moralsk side (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005, B. 1). Verdier en person har er en oppfatning av hva som er viktig å legge til grunn som basis for livet, og oppfatninger av hva som er rett og galt, godt og ondt (Molven, 2012, s. 93). Det som utgjør sykepleierens moralske kompetanse er hvordan sykepleieren bruker fagets verdier og sine etiske kunnskaper som de yrkesetiske retningslinjene og prinsippene. Sykepleieren møter ofte moralske utfordringer der hun skal bruke sin kompetanse og evne til å hjelpe mennesker i vanskelige livssituasjoner. Sykepleierens moralske kompetanse er med å påvirker denne evnen til å ivareta menneskelige verdier og etiske prinsipper, å se og forstå etiske utfordringer, å vurdere en situasjon, eller å handle riktig og godt. (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005, B. 1).

Sykepleiere har også et grunnleggende etisk ansvar ovenfor den pasienten som er basert på altruistiske verdier som nestekjærlighet, barmhjertighet og omsorg (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005, B. 1). Et av sykepleierens viktigste etiske prinsipper er å ikke skade og gjøre vel mot pasientene sine. Sykepleierens verdigrunnlag er altruistisk og mange sykepleiere styres av altruisme, der hensikten er å sette andres interesser foran egne ved å gjøre noe godt for den andres skyld (Blum, i Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005, B. 1). Sykepleieteoretikeren Kari Martinsen mener også at forholdet mellom sykepleier og pasient bygger på en slik uegennyttig gjensidighet som gjenspeiles i de altruistiske verdiene, der sykepleieren hjelper pasienten uten å forvente noe tilbake (i Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005, B. 4). Jeg vil komme nærmere inn på Kari Martinsen under neste punkt. Når sykepleiere blir hindret i å ivareta det de selv ser på som viktige verdier, og oppfyllelse av etiske prinsipper, kan de blir stilt ovenfor etiske dilemmaer som kan ha en negativ effekt på sykepleieren, hvor det kan fører til moralsk stress (Oh & Gastman, 2015). Denne studie kom frem til at moralsk stress hos sykepleierne var blant annet høy i situasjoner der pasientene ikke fikk trygg og god nok

behandling, der de måtte handle på en måte som ikke var til pasientens beste, og der det ble observert feil gjort av andre sykepleiere.

Institusjonelle hindringer som blant annet økonomi, tid og for lite personale kan gjøre det vanskelig for sykepleierne å handle rett ovenfor egne holdninger og verdier i praksis, og til å ivareta yrkesetiske prinsipper (jfr. Kapittel 1.5.3). Sykepleieren blir begrenset til å gjøre de viktigste arbeidsoppgavene, der tid med pasienten kan være en mangelvare.

Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee (2001) mener at sykepleieren skal ivareta den sykes behov, og forebygge sykdom og fremme helse gjennom å bruke seg selv terapeutisk. Når de skal bruke seg selv terapeutisk for å gi god omsorg og behandling men handlingene begrenses av institusjonelle hindringer, kan det føre til moralsk stress. Joyce Travelbee (2001) snakker også om et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleieren og pasienten hun har omsorg for som skapes gjennom nærhet og relasjon. I følge Travelbee er sykepleie “en mellommenneskelig prosess der sykepleieren gir hjelp til å forebygge, mestre og finne mening med sykdom og lidelse” (i Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005, B. 4). Når sykepleie skal dreier seg om effektivitet og lønnsomhet og de ikke får tid og rom til pasienten vil det mellommenneskelige aspektet som oppstår i nærhet og gjennom å skape en relasjon få mindre plass. Deres etiske funksjon der de skal hjelpe den syke med å mestre og finne mening ved sykdom vil avta mer og mer. Institusjonelle hindringer hemmer sykepleieren i å utøve god nok kvalitet på behandlingen som er til pasientens beste, og det gjør at de kan oppleve pleien som utilstrekkelig og langt under egen forventning (Shoorideh et. al., 2015). Flere studier viser at sykepleiere tar i bruk individuelle strategier for å imøtekomme vanskelige omgivelser, ved at de strekker seg enda lengre for pasienten og organisasjonen, at de bytter jobb eller yrke, eller at de personlig gjør problemet knyttet til rammebetingelser. Dette kommer av at de har et faglig og moralsk ideal om å gi helhetlig pleie og omsorg. (Olsvold, 2010, s. 7).

2.1.2 Løgstrup og «Den etiske fordring»

Ejler Løgstrup er en dansk filosof som har introdusert begrepet «Den etiske fordring» som fanger sykepleieutøvelsens moralske karakter, og bidrar til å tydeliggjøre det etiske grunnlaget i oppgaven (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005, B. 1). Han hører til en fenomenologisk tradisjon der menneskers livserfaring er viktig (Løgstrup, 1999). Løgstrup (1999, s. 47) skriver at man har noe av et menneskes liv i sine hender og at det er en prisgitt. I

en sykepleiekontekst kan det forstås dithen at sykepleierne holder både mye og lite av andre menneskers liv i sin hånd med det profesjonelle og moralske ansvaret de bærer med seg. Sykepleierens handlinger og måte å være på har dermed stor betydning for pasienten og pårørende. (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005, B. 1.; Løgstrup, 1999). Fordringen som oppstår i møte mellom mennesker er taus og kommer dermed ikke til uttrykk. Sykepleiere vil befinne seg av og til i situasjoner der det må fattes etiske avgjørelser på vegne av pasienten eller pårørende, der de ikke vet hvilke konsekvenser avgjørelsen vil ha. Den etiske utfordringen for sykepleieren er at hun har faglig og moralsk kompetanse, og hennes tolkning av hva som er best for pasienten kan være det motsatte av hva pasienten egentlig ønsker. Den etiske fordring er basert på godhet og kjærlighet for sin neste, og sykepleieren har dermed et moralsk og yrkesetisk ansvar som profesjonell omsorgsgiver til å handle rett og gjøre det som er best for pasienten. (Løgstrup, 1999). Løgstrup (1999) poengterer at det er opp til personen, som i dette tilfellet er sykepleieren, å avgjøre hvilke valg som skal tas som dermed vil gi konsekvenser og påvirke utfallet for pasienten. Sykepleieren kan på den ene siden handle slik at hun risikere å skade pasienten ved å gjøre ham urett. Dette kan for eksempel skje dersom hun velger å gjøre det pasienten mener er best. Det er uetisk og ansvarsløst, og sykepleieren gjør seg til et redskap for den andre. Sykepleieren kan også handle rett og gjøre pasienten vel ut i fra hennes egen tolkning og kompetanse, selv om det går imot pasientens ønsker. Det vil dermed oppfylle sykepleierens velgjørenhetsprinsipp og dermed den etiske fordring.

Spontane livsytringer som barmhjertighet, medfølelse, talens åpenhet og tillit er fenomener som oppfyller fordringen (Løgstrup, 1999, s. 18). I følge sykepleieteoretikeren Kari Martinsen er etikken og moralen de spontane livsytringene, og det fundamentale i de menneskelige relasjonene. De fullbyrdes spontant i møtet og i forholdet mennesker har til hverandre. (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005, B. 4, s. 61, 68). Martinsen tar utgangspunkt i Løgstrups teori om gjensidig avhengighet, der gjensidigheten er utlevert til personen gjennom det som sies, holdninger, kroppsspråk, forståelse og sansning (i Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005, B. 1, s. 139).

Martinsen har utviklet en omsorgsfilosofi hvor sykepleierens omsorg skal handle om personlig engasjement, innlevelse, moralsk skjønn og faglig vurdering (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005, B. 4, s. 24, 59). I et sykepleie-pasient-forhold er sykepleieren en profesjonell omsorgsgiver, der pasienten er sårbar og spesielt avhengig av sykepleieren. Det moralske består i å være i en bevegelse fra seg selv til den andre, for å handle til den andres beste (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005, B. 4, s. 68). Når sykepleieren ikke har mulighet

til å handle til pasientens beste på grunn av begrensninger i form av tid og ressurser strider det mot sykepleierens etiske prinsipper og vil kunne føre til skyldfølelse, dårlig samvittighet og moralsk stress. Pasientene trenger tilstrekkelig sykepleie og tid uavhengig av hvilke kostnader det medfører.

3 METODE OG ANALYSE

I dette kapitlet har jeg redegjøre for fremgangsmåten og prosessen fra rådata til resultat. Det er i grove trekk gjort rede for valg av vitenskapsteoretisk ramme og forskningsmetode som er brukt. Videre presenteres utvalg og rekruttering av informanter, og det blir gjort rede for bruk av kvalitativ intervju som metode for å innhente data, og transkriberingen. Når analysearbeidet blir presentert vil jeg vise til eksempler på hvordan analysen er gjennomført, som er nødvendig med tanke på at grad av troverdighet og validitet blir ivaretatt. Det er også et eget underkapittel (3.6) som tar for seg reliabilitet og validitet. Deretter blir forskerens egen forforståelse beskrevet. Til slutt i dette kapitlet vil de mest sentrale forskningsetiske vurderingene bli nevnt, og avslutningsvis vil det være en metodekritisk refleksjon.

3.1 Forskningsmetode og vitenskapsteoretisk ramme

Min problemstilling gikk ut på å få en forståelse av nyutdannede sykepleieres opplevelser og erfaringer med moralsk stress, og hvordan dette påvirker dem. For å få en forståelse av dette ønsket jeg å søke etter kunnskaper om deres livsverden. Jeg valgte å gjøre en kvalitativ empirisk studie, med en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming. Analysemetoden som jeg valgte å bruke kalles for Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) (Smith, Flowers & Larkin, 2009; Smith & Osborn, 2003). IPA er en tilnæringsmåte som brukes innenfor kvalitativ forskning og er opptatt av en detaljert utforskning av menneskers livserfaringer (Smith, Flowers & Larkin, 2009, s.32). Denne analysemetoden passet dermed godt i denne oppgavens tolkning av de nyutdannede sykepleierens opplevelser og erfaringer av fenomenet moralsk stress.

IPA er ute etter erfaringer som har spesiell betydning for den enkelte personen, og er opptatt av å utforske hvordan et fenomen forekommer (Smith, Flowers & Larkin, 2009, s.28).

Fenomenologi betyr læren om fenomener (Dalland, 2012, s. 57). IPA er fenomenologisk på den måten at den prøver å komme så nærme som mulig den personlige erfaringen hos informanten, som var sentralt i denne studien for å forstå de nyutdannedes opplevelser og

erfaringer av fenomenet moralsk stress. Ved bruk av IPA som analysemetode var målet å få frem informantens erfaring og mening bak erfaringen, som gjorde at forskeren trengte tilgang til deres livsverden og «innenfra-perspektiv» for å kunne forstå (Smith, Flowers & Larkin, 2009). Det var et ønske for forskeren å stå ved siden av informantene for å kunne se fra en annen vinkel, stille spørsmål over det de sa, og deretter gå over til et mer fortolkende arbeid. Dette kan man kalle for forskerens «utenfra-perspektiv». (Smith, Flowers & Larkin, 2009).

Hermeneutikk betyr fortolkningslære og handler om å fortolke og beskrive meningsfulle fenomener, for at det skal være mulig å forstå meningen (Dalland, 2000, s. 55).

Fortolkningsprosessen kan bli sett på som en hermeneutiske sirkel der man kontinuerlig beveger seg mellom helhet og del. Hvilke betyr at forskeren ser de ulike delene i materialet i lys av de andre delene, og i lys av helheten som kommer til uttrykk i datamaterialet.

(Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010, s.364-366). På den måten måtte jeg begrunne tolkningen jeg gjorde fra delene av teksten, og vise til en fortolkning av teksten som helhet, og omvendt. I følge hermeneutikken finnes det ikke et sluttpunkt for fortolkningen. Forskeren bruker hele tiden sin forforståelse som et verktøy i tolkningen (jfr. *Kapittel 3.5 Forskerens egen forforståelse*). Tekst, tolkning, forståelse, ny tolkning og ny forståelse, er deler i en helhet som stadig vokser og utvikles. (Patel & Davidson, i Dalland, 2000, s. 57). I analysen bruker IPA en dobbel-hermeneutikk ved at forskeren både har fokus på det informanten forteller, men også på selve fortolkningsarbeidet hos forskeren for slik å få en større forståelse. Målet er å kunne kombinere disse perspektivene gjennom å være både empatisk og spørrende, for å få en dypere forståelse av fenomenet som undersøkes, som kan gjenkjennes fra hermeneutikken. IPA åpner opp for at de som tar den i bruk er innovative i måten de tar den i bruk på, og analyseprosessen er kompleks og fleksibel, men det er ingen lineær prosess. (Smith, Flowers & Larkin, 2009).

3.2 Studiens utvalg

Det var tre inklusjonskriterier for utvalget mitt:

- Nyutdannede sykepleiere som har jobbet mellom 1 og 3 år etter endt bachelor
- Jobbet på en kirurgisk sengepost
- Kvinnelige sykepleiere under 30 år

Jeg ønsket å fokusere på nyutdannede sykepleiere som har jobbet minst ett år for at de skulle ha litt erfaring i jobben som sykepleier og med etiske situasjoner, og maks 3 år fordi de da var fortsatt nye i sykepleieryrket. I følge Charnley (1999) sin studie er de med lite erfaring fortsatt sårbare og har lettere for å slutte i yrket. Kirurgiske poster ble valgt av egen interesse da jeg selv jobber på en kirurgisk avdeling. Jeg visste også av erfaring at det kunne være svært hektisk til tider og at sykepleiere kan komme borti flere ulike etiske situasjoner. 10 informanter ble valgt for at jeg skulle få nok variasjon og dybde til å kunne svare på problemstillingen min. Et kriterium var at informanter var under 30 år fordi jeg ønsket å intervju unge nyutdannede med lite erfaring fra jobb i helsesektoren. Fordi det er færre menn som jobber som sykepleiere, og fordi jeg kunne ende opp med å ha et stort flertall av kvinner som informanter ville jeg sette kvinner som et kriterium.

For å få adgang til forskningsfeltet tok jeg kontakte personvernombudet ved et Universitets sykehus på Vestlandet, og direktøren og fagsjefen for kirurgisk divisjon, for å få aksept til å utføre intervju av sykepleiere i kirurgisk divisjon på sykehuset. De fikk tilsendt et informasjonsskriv om studien og prosjektplanen min. De godkjente prosjektet slik at jeg kunne sette i gang med å innhente informanter og starte å intervju dem. Jeg tok selv kontakt med avdelingslederne for de ulike kirurgiske avdelingene som skulle hjelpe meg med å skaffe aktuelle informanter. De fikk informasjonsskriv om studien som de skulle gi til de aktuelle informantene (se vedlegg 2).

3.3 Datainnsamling og transkribering

Det er utført semi-strukturert dybdeintervju der jeg hadde en overordnet intervjuguide med noen hovedspørsmål som ble stilt alle informantene. Her kunne både spørsmål, tema og rekkefølge varieres. Jeg stilte oppfølgingsspørsmål og avklarende spørsmål der jeg følte behov for å få mer av den informasjonen jeg var ute etter og for å oppklare misforståelser. Jeg forberedte meg godt før intervjuene ved å øve på å stille spørsmålene mine fra intervjuguiden på en sykepleiervenninne og tok dette opp med diktafon. Her fikk jeg øynene opp for eventuelle mangler ved intervjuguiden og hva en annen person svarte på spørsmålene. Ut ifra det redigerte jeg litt på intervjuguiden. Jeg tenkte på forhånd over egne holdninger, oppfatninger og fordommer som vil kunne påvirke fortolkningen min. Som forsker blir man preget av sin egen forforståelse (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010). Fordi jeg bevisst og ubevisst har tatt valg som er preget av min forforståelse av fenomenet moralsk stress har

jeg beskrevet min egen opplevelse av moralsk stress i kapittel *1.1 Bakgrunn for valg av tema*, og hvordan forforståelsen kan ha hatt innvirkning er gjort rede for i kapittel *3.5 Forskerens egen forforståelse*.

For at informantene mine skulle forstå hva studien min gikk ut på og hva jeg la i begrepet moralsk stress fikk de et informasjonsskriv om studien på forhånd (se vedlegg 2), og ble presentert denne korte definisjonen av begrepet: «Moralsk stress er når du som sykepleier befinner deg i situasjoner der du føler du vet hva som er riktig å gjøre men likevel ikke gjør det». Alle de rekrutterte informantene fikk et samtykkeskjema de signerte før intervjuet startet der det stod beskrevet hva slags rettigheter de har som informanter i denne studien (se vedlegg 3). Selve intervjuet foregikk i arbeidstiden til sykepleierne etter godkjenning fra de ulike avdelingslederne. Jeg forsikret meg om at det ikke var forstyrrende momenter som kunne være ødeleggende for intervjuprosessen som å henge en lapp på døren der intervjuet foregikk. Rett før intervjuet startet fortalte jeg generelt om min bakgrunn, viste til informasjonsskrivet de hadde fått utlevert, og samtykkeskjemaet. Intervjuene varte fra 45 minutter til 1 time og ble tatt opp på diktafon. Jeg startet med noen generelle spørsmål om alder og hvor de har jobbet etter de ble nyutdannet. Det var et mål at informanten skulle være avslappet og oppleve en åpenhet i forhold til meg, hvor de følte seg trygge på å kunne fortelle og beskrive sine subjektive opplevelser, erfaringer, og deres følelser, og tanker i forhold til dette. Jeg startet med å stille dem spørsmål om de hadde idealer og verdier som var viktig for dem som sykepleiere. Dette var med tanke på at moralsk stress kan oppstå dersom personlige og profesjonelle verdier brytes eller ikke blir oppfylt, som det står litt mer om i kapittel *1.3 utdypning av begrepet moralsk stress*. Videre ba jeg sykepleierne fortelle detaljert om en eller flere situasjoner der de følte de viste hva som var rett men likevel gjorde noe annet. Hva de opplevde var grunnen til at situasjonen ble som den ble og hva som kunne fått dem til å gjøre det de mente var riktig. De ble spurt om situasjonene hadde preget dem på noen måte, og i så fall hvilke konsekvenser det hadde fått.

Intervjuene ble transkriberte samme dag og dagen etter slik at de var ferskt i minnet. Her ble de transkriberte intervjuene omgjort fra muntlig språk til skriftlig språk, og ble skrevet ned i bokmålsform der jeg inkluderte tenkepause og gestikulering der det var nødvendig for å få fram poenget i samtalen. Det som ble sagt ble skrevet direkte ned og på ny leste igjennom. Samtidig lyttet jeg på intervjuene enda en gang for å forsikre meg om at jeg fikk med meg det budskapet som informantene ville få frem.

3.4 Analyse

I analyseprosessen var utfordringen å sørge for å få frem den nyutdannede sykepleierens fenomenologiske «innenfra perspektiv», der deres erfaring, mening og opplevelse av fenomenet moralsk stress skulle være bærende i møte med forskerens perspektiv. Men for å få en større og dypere forståelse av dette fenomenet måtte også forskeren sin egen meningsfortolkning, som er et «utenfra perspektiv» komme frem i analysen. Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) (Smith, Flowers & Larkin, 2009; Smith & Osborn, 2003) var som nevnt analysemetoden som ble brukt som fremgangsmåte for å håndtere og få frem møtet mellom disse to perspektivene.

Det var viktig at jeg som forsker var bevisst på hva jeg tilførte av mitt «utenfra-perspektiv» i analysen, da dette ville være avgjørende for hva som ble resultatet i studien. Den informasjonen som kom frem i intervjuene ble «silt» igjennom forskerens egen forhåndsoppfatning, det som opplevdes interessant og som forskeren ønsket å tillegge vekt. Fordi alle mennesker har et eget fortolkningsmønster, ønsker man som forsker å få frem informantens egen fortolkning, altså deres «innenfra-perspektiv». Dette kan man gjøre ved å være åpen og spørrende, fremfor å være lukket og stille ledende spørsmål. (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010). Det er i en kombinasjon av disse to perspektivene at det kan oppstå en dypere forståelse av fenomenet som utforskes, som gjenkjennes fra hermeneutikken. Det er på den måten man kommer frem til resultatet for studien. (Smith, Flowers & Larkin, 2009, s. 36-37). Selv om IPA er opptatt av informantens livserfaring, og hvordan den gir mening til informanten, vil resultatet av analysen alltid være en redegjørelse av hvordan forskeren tenker at informanten tenker, som kjennetegner en dobbel-hermeneutikk og er nevnt ovenfor.

Når råmaterialet skulle analyseres foregikk det trinnvis basert på IPAs metode og retningslinjer for analyse (Smith, Flowers & Larkin, 2009; Smith & Osborn, 2003). Se vedlegg 5 for detaljert beskrivelse av fremgangsmåten som er blitt brukt.

Trinn 1. Reading and re-reading

Trinn 2. Initial noting

Trinn 3. Developing emergent themes

Trinn 4. Searching for connections across emergent themes

Trinn 5. Moving to the next case

Trinn 6. Looking for patterns across cases

Analyseprosessen var i grove trekk slik at jeg startet med det første intervjuet til informantene som jeg analyserte i detalj, før jeg gikk videre på det andre og tredje intervjuet, og så videre. Hvert intervju ble analysert gjennom trinn 1 til 4. Når alle intervjuene var blitt analysert gjennom disse trinnene gikk jeg videre på trinn 6 der jeg begynte å se etter sammenhenger og mønstre mellom de ulike intervjuene og temaene som var framkommet i trinn 1 til 4, for å se om disse temaene belyste hverandre, og om det var noen temaer som var mer framtrædende enn andre. Jeg samlet alle de konkrete historiene om moralsk stress som informantene hadde fortalt om i ett dokument for seg selv. Siden IPA åpner opp for at forskeren kan være innovativ og fleksibel i analysen tok jeg videre for meg de konkrete fortellingene, kondenserte, tematiserte og deretter analyserte dem ved hjelp av IPA (Smith, Flowers & Larkin, 2009).

Jeg endte til slutt opp med åtte super-ordinate themes og enda flere sub-themes der jeg slo sammen de som passet sammen og fjernet de som ikke var like relevante. Da jeg begynte å skrive resultatdelen ble det oppdaget at det ikke kom tydelig nok frem selve funnene fra analysearbeidet, så super-ordinate themes og sub-themes ble nok en gang endret hvor jeg til slutt endte opp med tre super-ordinate themes og syv sub-themes som favnet det mest relevante ut i fra det informantene hadde fortalt. Dette gjenspeiler at analysen ikke er en lineær prosess.

Etter analyseprosessen var utført gjennom de 6 ulike trinnene gikk jeg videre til den siste delen «final writing up». Denne delen er opptatt av å gjøre temaene om til narrativer. Her ble analysen utvidet igjen gjennom forklaringer og nyanseringer av temaene med utgangspunkt i master tabel of themes (jfr. *Kapittel 4.0*). Det var her forskeren skulle få frem informantenes budskap gjennom deres erfaringer og forståelser og forskerens egen fortolkning. (Smith & Osborn, 2003). I denne delen ble resultatene fra master tabel of themes utformet og som blir presentert i kapittel 4.0.

3.5 Forskerens egen forforståelse

Valg av tema for denne studien er basert på interesse for temaet, men også fordi jeg som nyutdannet sykepleier har opplevd moralsk stress. Min opplevelse og erfaring er beskrevet tidligere i kapittel *1.1 Bakgrunn for valg av tema*, og er en del av min forforståelse av fenomenet. Jeg har utviklet kunnskapene mine ved å lese tidligere forskningsartikler om

moralsk stress. Min personlige erfaring og kunnskaper jeg har tilegnet meg om moralsk stress utgjør dermed min forforståelse, og har av den grunn satt sitt preg på studien. Forforståelsen påvirker hvordan man som forsker forstår «virkeligheten» (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010). Den har preget hvordan jeg har formulerer forskningsspørsmålene mine, hvordan det som kommer frem i analysen er blitt vektlagt og tolket, og hvordan dette er presentert i drøftingen. Den informasjonen jeg fikk fra intervjuene har blitt «silt» igjennom min forhåndsopfatning av moralsk stress og hva jeg opplever som interessant og ønsker å tillegge mest vekt. Alle mennesker har et fortolkningsmønster, og som forsker ønsket jeg å få frem informantens egen fortolkning ved å være åpen og spørrende, fremfor å være lukket og stille ledende spørsmål. Når datamaterialet skulle analyseres prøvde jeg å skape meg et helhetsinntrykk ved å lese materialet fortolkende og videre trekke ut fenomenet moralsk stress som gav en dypere mening for informantene. (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010). Det var et ønske om å la de nyutdannede sykepleiernes opplevelse og erfaring av moralsk stress skinne igjennom for å få frem det som var unikt med deres forståelse av fenomenet. Det var igjennom å kombinere deres forståelse og min egen forforståelse at jeg kom frem til resultatet i studien.

3.6 Reliabilitet og validitet

Validitet og reliabilitet er viktig å ivareta og er tatt hensyn til gjennom hele arbeidet i forskningsprosessen. Validitet handler om hvorvidt den metoden som er brukt undersøker det som den er ment å undersøke, om analysen og fortolkningen min virkelig avspeiler fenomenet jeg ønsket å studere. Det handler også om fremgangsmåten og funnene mine reflekterer formålet med studien på en riktig måte, slik at den representerer virkeligheten (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010, s. 230). Det var naturlig å velge en kvalitativ metode med en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming, og sammen med min veileder kom vi frem til at IPA som analysemetode var en god og relevant metode å velge. Dette er grunnlagt i kapittel 3.1 Forskningsmetode og vitenskapsteoretisk ramme.

Min veileder og medstudenter har gitt tilbakemelding på analysen av datamaterialet, som bidrar til å øke validiteten. Fremgangsmåten er beskrevet, og eksempler på hvordan jeg har kommet frem til resultatene i studien er presentert i oppgaven. Jeg har selv gjort en vurdering av hvorvidt mine fortolkninger er logiske, samtidig som min veileder også har gitt tilbakemelding underveis.

Reliabilitet handler om troverdighet og pålitelighet til forskningsresultatene (Kvale & Brinkmann, 2012). For å øke troverdigheten og pålitelighet har jeg prøvet å gi en åpen og detaljert beskrivelse av fremgangsmåten av hele forskningsprosessen. Jeg har vært lojal ovenfor mine informanternes budskap slik at dette kommer så tydelig frem som mulig. Dette viser jeg ved å belyse informantenes beskrivelser ved å eksemplifisere med deres utsagn, i tillegg trekke inn mine egne tolkninger.

Med tanke på ekstern validitet kan det tenkes at min studie på nyutdannede sykepleiere også kan overføres til sykepleiere med lengre arbeidserfaring enn 3 år. Fordi sykepleiere har ulike ståsted, kunnskaper og erfaringer vil det å generelt mangle faglige og praktiske kunnskaper kunne sette dem i situasjoner der de ikke føler de vet hvordan de kan handle til det beste for pasienten. Travelhet, og det at andre bestemmer hva som skal gjøres er også en realitet mange sykepleiere opplever på sykehus. Hvordan de nyutdannede opplever dette, og erfaringer de har med moralsk stress kan også overføres til sykepleiere med lengre erfaring og dermed være nyttig i en annen kontekst. Funnene representerer formålet med studien der de bidrar til bevisstgjøring av deres erfaringsbaserte kunnskaper. Dersom denne kunnskapen brukes av utdanningsinstitusjonen og arbeidsgivere vil man kunne forebygge moralsk stress og utbrenthet hos sykepleiere, og styrke kvaliteten i omsorgen for pasientene.

3.7 Forskningsetiske vurderinger

I denne studien ble forskningsetiske vurderinger gjort igjennom hele forskerprosessen. Disse ble gjort i tråd med de etiske prinsippene for medisinsk forskning og krav til vitenskapelig framgangsmåte, som er nedfelt i Helsinki-deklarasjonen (The World Medical Association, 2013), og i tråd med Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (30. juni 2006, nr 56). Formålet var å oppfylle etiske standarder og vise respekt og hensyn til informantenes helse og rettigheter, som skal gå foran hensynet til forskningen. Fordi studien ikke ble gjort på pasienter men på nyutdannede sykepleiere på et Universitetssykehus på Vestlandet trengte jeg ikke å søke til Regional etisk komité om godkjenning, men til Personvernombudet som hørte til sykehuset. (Skriv fra Personvernombudet i vedlegg 6).

Informantene hadde på forhånd fått god informasjon om formålet og fordelene med studien, og om metoden som skulle brukes. Dette fremkommer i vedlegg 2. De ble informert om forskerens taushetsplikt og at de var sikret full anonymitet for å ivareta respekt, deres integritet og privatliv. All sensitiv og personlig informasjon jeg fikk ble holdt konfidensielt

slik at andre ikke fikk kjennskap til opplysninger som er undergitt taushetsplikten etter personopplysningsloven § 13 (14. april 2000, nr. 31). Å sikre anonymitet ble gjort ved for eksempel å ta bort avdeling og sykehuset de jobbet på, og deres opprinnelige navn.

Deres frivillighet til å delta og mulighet til å trekke seg og sitt bidrag fra studien uansett grunn, når som helst i prosessen ble presisert. Sammen med informasjonsskrivet (vedlegg 2) fikk de et samtykkeskjema (vedlegg 3) som de skulle signere og ivaretok at de hadde fått og gitt skriftlig informasjon på at de sa seg villig til å delta i studien.

3.8 Metodekritikk

Ut i fra definisjonen de nyutdannede sykepleierne fikk før selve intervjuet som var *Når du som sykepleier befinner deg i situasjoner der du føler du vet hva som er riktig å gjøre men likevel forhindres i å gjøre det*, og med tanke på spørsmålene som ble stilt før selve intervjuet er det påfallende at flere trekker frem situasjoner der de gjør ting feil, eller de føler de «burde» visst hva som var rett, når de skal fortelle om situasjoner hvor de gjør noe som ikke føles rett. Det kan være ulike årsaker til dette, men det kan ha med at de nyutdannede sykepleierne i mange situasjoner ikke har nok kunnskaper, erfaringer og ferdigheter som trengs for å vite hva som er riktig å gjøre, som i seg selv kan føre til moralsk stress fordi det hindrer oppfyllelse av viktige verdier og idealer. Det kan også ha noe med at nyutdannede sykepleiere er veldig opptatt av å gjøre ting riktig, og når noe føles feil så assosieres det med at de «gjør feil». Musto & Rodney (2015) har kommet frem til at det fremdeles er uklarerheter i elementene som påvirker moralsk stress, og i hvilken grad det påvirker. Det som kommer frem i min studie er kanskje et nytt moment som kan bidra til en ytterligere forståelse av hva som bidrar til moralsk stress blant nyutdannede. Det er heller ikke utelukkende at det kan være noe med spørsmålsformuleringen min som gjorde at de svarte som de gjorde.

Forskeren satt igjen med et inntrykk av at det opplevdes positivt for både forsker og informant at de fikk utdelt en kort definisjon av moralsk stress på forhånd, og ble bedt om å tenke igjennom ett par situasjoner på forhånd. Det var ei som ikke fikk med seg dette og kom «uforbereid» til intervjuet. Forskeren opplevde at intervjuet ikke gikk like bra som de andre fordi hun opplevde det var vanskelig å svare på uten å ha tenkt igjennom. Dette ble også reflektert i svarene hun ga. Det kan tenkes at det kan være litt vanskelig å forstå «å ikke gjøre ting som du føler du vet er riktig», uten å tenke litt nøye igjennom det. Det var også ett par informanter som fortalte at de generelt syntes det var litt vanskelig å svare på. I følge Musto

& Rodney (2015) kan begrepet moralsk stress være vanskelig å forstå, også fordi man bare har en begynnende forståelse av begrepet. Dette kan kanskje reflektere noe av det informantene i denne studien opplevde.

4 RESULTAT

I dette kapittelet er det presentert et overblikk og en beskrivelse av funnene som ble utledet fra analysearbeidet. Informantene fikk i forkant av intervjuet denne definisjonen på moralsk stress slik det blir forstått i oppgaven: *Når du som sykepleier befinner deg i situasjoner der du føler du vet hva som er riktig å gjøre men likevel forhindres i å gjøre det.* Det var tre hovedtemaer som oppstod fra beskrivelsene av de nyutdannede sykepleiernes opplevelser og erfaringer med moralsk stress, som vil bli presentert i hvert sitt kapittel med undertemaer. Det er informantenes konkrete beskrivelser som ligger til grunn for de ulike temaene. Innledningsvis i kapittel 4.1 blir funnene presentert i en *master tabel of themes* (tabell 4 Funn).

4.1 Overordnede funn

Tabell 4 Funn

Sub-themes	Super-ordinate themes
Idealer satt under press Vanskelig å prioritere	Opplevelsen av travelhet og tidspress
Føle på usikkerhet Når andre bestemmer hva som er rett	Opplevelse av for mye ansvar og for lite kompetanse
Nedsatt trivsel og livskvalitet Følelsesmessige og kroppslige reaksjoner	Konsekvenser av å ikke gjøre det en «vet» (eller «burde» vite) er riktig

Hovedtema 1: Opplevelse av travelhet og tidspress

Alle de nyutdannede sykepleierne opplevde en form for travelhet og tidspress i sykepleiehverdagen, som for flere ble opplevd som en vond travelhet. I slike situasjoner ble sykepleieidealene deres satt under press og det gjorde det vanskelig for dem å være den sykepleieren de har sett for seg å være. De opplevde også at mangel på økonomi og ressurser, la både føringer og begrensninger på deres handlingsrom. De måtte gjøre vanskelige prioriteringer som gikk ut over den faglige forsvarligheten.

4.1.1 Idealer satt under press

Alle informantene ble i starten av intervjuet spurt om hvilke idealer og verdier som var viktige for dem før de begynte å arbeide som sykepleiere. Idealene som ble gjentatt av flere var «å hjelpe andre», «vise respekt», «omsorg og medmenneskelighet», «være faglig dyktig» og «ha kontroll». Det viste seg at det var disse idealene som ble satt på prøve i situasjonene de nyutdannede sykepleierne beskriver som moralsk stress. Brudd på disse idealene fikk informantene til å føle at de ikke var den sykepleieren de ønsket å være. En av informantene (7) sa det slik: «Det er vanskeligere å gi den hjelpen jeg vil gi. På skolen var det snakk om de idealistiske greiene, men det har du ikke tid til», En annen (informant 9) sa: «Av og til får du ikke tid til å være den sykepleieren du egentlig ønsker fordi det er travelt i avdelingen»

De klarte ikke følge sine idealer om å være faglig dyktige og omsorgsfulle. En av de nyutdannede sykepleierne (informant 6) sa: «Når du har ansvar for 12 pasienter går du ikke akkurat inn som sykepleier og føler at du har gjort en god jobb. (...) Det gikk jo fint, alle overlevde og fikk det de skulle til slutt, men den der gode omsorgsfulle... at du får tid til å snakke med de, og ikke bare sånn "her er den" og "her er den", "nå skal du ned!" Hvis du skal ha tid til å informere og snakke... det hadde vi hatt tid til dersom vi hadde vært flere (...). Det var helt grusomt!»

En annen sykepleier (informant 3) beskrev også en situasjon der det var travelt og lite personale, hvor idealene ble satt under press. Hun hadde ansvar for to døende pasienter og følte hun ikke strakk til. Hun sa: «Jeg står der og lurere på om jeg bare skal dele meg, jeg spør etter hjelp fra de andre kollegaene mine men de og hadde tusen ting å gjøre.. Det var helt kaos, jeg husker det, jeg ble så lei meg, jeg satt meg ned og grein for jeg greide ikke å strekke til (...) Akkurat der klarte jeg ikke å strekke til som sykepleier, som person, som menneske generelt (...) Dette er ikke god nok sykepleie, dette her er helt tragisk»

En annen sykepleier (informant 8) fortalte at travelheten førte til at hun ikke ga pasienten sin den tiden han trenger til rehabilitering og opptrening av ADL-ferdigheter. Hun sa: *«Mye blir gjort halvveis på grunn av tid, det er veldig dilemma og jeg kjenner det på samvittigheten. Sykepleieren inni meg sier at dette ikke burde blitt gjort, men vi har av og til ingen valg.»*

Vi hører her at når de nyutdannede sykepleierne møtte realiteten i avdelingene klarte de ikke å leve opp til idealene de hadde om å være til hjelp, vise respekt, omsorg, ha kontroll og være faglig dyktig. Det får dem til å føle at de ikke er den sykepleieren de skulle ønske at de var. De følte på et arbeidspress som de opplevde at gikk ut over dem selv, den faglige forsvarligheten, og pasienten. De fortalte at det var et stort problem, og at de ikke fikk mulighet til å ivareta pasientene slik de syntes de burde. Det ble hevdet at personalet tok dette jevnlig opp med ledelsen, men at ledelsen i for stor grad så på det økonomiske aspektet og ikke så mye på pasientens beste.

4.1.2 Vanskelig å prioritere

De nyutdannede sykepleierne fortalte om at travelhet og mange gjøremål som skulle rekkes på kort tid førte til vanskelige prioriteringer, og satte begrensninger på handlingsrommet deres. Når arbeidspresset ble for stort og kapasiteten til sykepleierne var for liten til å rekke over arbeidsoppgavene, måtte det gjøres tøffe prioriteringer som gjorde at de kun fikk tid til å gjøre de mest nødvendigste oppgavene. Informantene mente at det gikk på bekostning av pasientenes behov for pleie og forsvarlig behandling, og sykepleiernes egne verdier. En av informantene (5) sa: *«De gode tingene blir skvist ut og nedprioritert for du har så mange andre ting du må gjøre.»*

Informant 2 beskrev en situasjon der hun følte hun måtte prioritere, og på den måten mistet muligheten til å hjelpe alle pasientene slik hun ønsket: *«Jeg følte at jeg måtte prioritere (...), de på rommet ble liggende i ett par timer uten å få noe hjelp, og da følte jeg at det ikke var rett. Det går jo på meg som sykepleier at jeg ikke gjør jobben min, for jeg har ikke mulighet til å gå ifra (...) og så er det jo to pasienter som ikke har fått den hjelpen de trengte og bare ble liggende. Det er i grunn den som sitter igjen enda nå. (...) Jeg følte meg jo veldig presset, for jeg hadde jo lyst til å gå å hjelpe de, men da kunne jeg risikere at, ja.. det er verre å miste en pasient som ikke fikk hjelpen den trengte. Egentlig har man dårlig samvittighet for at man får ikke gjort det man skal og ikke får hjulpet pasientene, og litt irritert for at det ikke var nok*

folk på arbeid.. Du blir på en måte så fokusert på det du MÅ gjøre så det går litt i bakhodet, men så tenker du over det når du skal hjem.»

Informant 8 snakket om en situasjon med noen pårørende. Hun fortalte: *«Jeg hadde ikke tid til å prate med de hele tiden, og det var kanskje det de krevde. Jo lengre jeg sto jo flere spørsmål kom det. Det ble nedprioritert for andre viktigere ting. Det var en annen familie som også stod i samme situasjon. (...) Kanskje pårørende følte at jeg fikk masse tid der inne, men jeg følte at jeg ikke fikk nok. Du får jo en dårlig følelse inni deg.»* Sykepleieren virket usikker på om hun faktisk hadde vært nok tilstede for den ene familien som hun følte de trengte, og om hun dermed hadde gjort rett prioritering.

Et annet eksempel som også kan underbygge at noen av de nyutdannede opplevde det var vanskelig å gjøre prioriteringer på grunn av travelhet, og kanskje også på grunn av manglende kunnskaper (som jeg kommer tilbake til i neste hovedtema) kom til uttrykk i det informant 9 sa. Hun uttrykte en usikkerhet på prioriteringene hun gjorde med den knappe tiden hun hadde til rådighet: *«Jeg tror det var så travelt at du ikke får tid til å stoppe opp å tenke, du bare gjorde det du visste måtte bli gjort liksom, så var det ikke før etterpå at du tenkte burde jeg prioritert annerledes? (...). Når jeg gikk hjem så tenkte jeg åh! har jeg prioritert feil? Det er jo det du går hjem og tenker, om du har prioritert det som er viktigst (...) Jeg satt jo igjen med en vond følelse, at jeg ikke hadde gjort jobben min skikkelig. At en pasient blir liggende sånn er ikke riktig.»*

Hun visste at hennes prioritering hadde gått på bekostning av en annen pasient og det føltes ikke riktig. Denne usikkerheten hun uttrykker kan se ut til å handle om at hun faktisk ikke vet om hun burde prioritert annerledes.

Hovedtema 2: Opplevelse av for mye ansvar og for lite kompetanse

Det ble satt høye krav til de nyutdannede sykepleierne om at de skulle håndtere utfordringer de møtte i forhold til krav fra seg selv, pasienter, pårørende, og fra arbeidsgiver (presentert under hovedtema 1). Det viste seg at de nyutdannede sykepleierne også opplevde å stå med for mye ansvar samtidig som de hadde for lite kunnskaper til å håndtere dette ansvaret. De opplevde ofte situasjoner der de ikke fikk til å gjøre det de mente var rett eller var usikre på om de gjorde det som var rett, eller andre bestemte hva som var rett på tross av sykepleiernes meninger. De ble usikre, bekymret og fikk dårlig samvittighet.

4.1.3 Å føle på usikkerhet

Det kunne oppleves overveldende for de nyutdannede sykepleierne å stå i situasjoner der de følte de hadde mer ansvar enn de kunne takle, og at de ikke hadde den kompetansen som de trengte for å gjøre det som følte rett og til det beste for pasienten. Når informantene i intervjusituasjonen fikk spørsmål om de hadde vært i situasjoner der de mente de visste hva som var rett men likevel ikke gjorde det, ga flere av informantene eksempler på situasjoner som var preget av at de følte de hadde for lite kompetanse til å vite hva som var rett. De fortalte at opplevelse av for mye ansvar uten nok kompetanse opplevdes «*tungt psykisk*», de fikk «*bekymringstanker*,» og de beskrev at de følte seg «*usikre, dumme, flau, og redde*» i slike situasjoner. Noen opplevde at de fikk for lite opplæring og ble kastet uti det. Å møte gjøre ting «*halvveis*» fordi de hadde fått for lite opplæring, eller å stå i situasjoner der de var usikre på om en avgjørelse var rett faglig vurdering, var en del av realiteten og utfordringene de nyutdannede sto i. En av informantene (3) sa: «*Når du er ny så tørr du ikke si: «nei, dette er ikke faglig forsvarlig», det angrer jeg på. (...) Du føler deg såå liten, såå uerfaren, ny og utrolig teit mange ganger (...) ... og du vil prestere og tenker på hva andre tenker om deg.*

En nyutdannet sykepleier (informant 2) beskriver en situasjon som kan se ut til å handle om å føle på et moralsk ansvar og en moralsk usikkerhet ovenfor pasienten sin som er en døende ung gutt, og hans pårørende. Hun begynte med å si: «*Det var på en måte ikke sånn at ting ble gjort rett eller galt, men det er hele situasjonen der du skal følge en familie som venter på at sønnen deres skal dø, så er du like gammel og skal stå der å ha ansvar for foreldre som kunne vært mine foreldre (...)*» Igjen kan vi se at informanter fortolket min definisjon av moralsk stress på sin egen måte. Det var ikke det at «*ting ble gjort rett eller galt*» men «*hele situasjonen*». Videre forteller hun: «*(...) Litt hvordan du skal håndtere det og hvordan du skal si og gjøre ting på en god måte, det var veldig vanskelig. Han døde på nattevakten. Så vi måtte jo ringe til faren hans og si at han måtte komme inn på sykehuset. Vi så at pulsen gikk nedover, Det gikk veldig fort når det begynte så vi rakk ikke inn, så det var litt vanskelig å vite om vi skulle sagt ifra før eller hva vi skulle ha gjort egentlig.*» Hele situasjonen oppleves vanskelig fordi hun var usikker på hvordan håndtere situasjonen. Hun manglet kunnskapene og kanskje også moralsk kompetanse til å vite hvordan hun skulle håndtere ansvaret på en rett måte. Hun oppfattet det som en moralsk stressende situasjon å ikke vite.

Informant 4 fortalte om en situasjon der en pasient var dement og nektet å forberedes til operasjon. I situasjonen valgte de å utøve tvang selv om de egentlig var usikre på om det var lov, og dermed om det var rett avgjørelse å ta sa den nyutdannede sykepleieren. Hun sa hun

ville gjøre det som var best for pasienten, men hadde ikke kunnskaper nok til å ta et faglig og etisk riktig valg. Hun var usikker på hva som var rett. Hun beskrev denne historien da jeg spurte henne om å fortelle om en situasjon der hun mente hun visste hva som var rett men likevel gjorde noe annet. Dette gjorde hun sannsynligvis fordi hun mente at hun «burde» visst hva som var riktig: *«Så det blir jo litt sånn antagelse, men sånn som nå så vil ikke jeg si at det var direkte feil at vi klargjorde henne for operasjon likevel selv om hun nektet, men jeg syntes jo at det var en vanskelig situasjon. Jeg har jo spurt etterpå hvor grensen går og hva er akseptabelt, og sånn som vi har lært når jeg studerte så er jo all form for tvang ulovlig med mindre vi har noe vedtak på å gjøre det, men så er det jo det dilemmaet når det står om en nødvendig behandling som egentlig er livsnødvendig (...) Etterpå følte vi at vi hadde utøvd tvang ovenfor pasienten.»*

En annen nyutdannet sykepleier (informant 1) fortalte en liknende situasjon da jeg spurte om hun kunne fortelle om en situasjon der hun mente hun visste hva som var rett men likevel ikke gjorde det. Hun fortalte at hun hadde ikke tatt alle vitale målinger før MIT-teamet (mobilt intensiv team) kom. De påpekte dette strengt til henne, og hun følte at hun ikke hadde gjort en god nok jobb: *«Jeg følte at jeg burde ha sett ting, og jeg hadde nok ikke tatt noen målinger av han den kvelden, så det føltes jo så feil, og jeg klandrer meg selv veldig for at jeg burde ha oppdaget ting. Nei det tok litt på selvtilliten det. (...) Man går med en sånn klump i magen for at man føler man har gjort en stor feil, og så tenker en gjerne igjennom det om igjen, hva jeg kunne gjort annerledes.»* *«Jeg gjorde ikke det som var rett å gjøre, jeg følte meg inkompetent og visste ikke hva jeg skulle gjøre (...)»*

Den nyutdannede sykepleieren følte kanskje hun «burde» ha visst at hun skulle tatt disse målingene, og oppfattet det som en moralsk stress situasjon. Det er interessant at informantene på denne måten endret definisjonen av moralsk stress. De beskrev med moralsk stress som situasjoner der de følte de «burde» ha vist hva som var rett, men likevel ikke visste.

4.1.4 Når andre bestemmer hva som er rett

Flere informanter fortalte om situasjoner der andre bestemte hva som var rett og tok beslutninger om hva som skulle gjøres, på tvers av de nyutdannede sykepleiernes mening. Informantene fortalte at de ofte følte dårlig samvittighet i slike situasjoner. Den dårlige

samvittigheten kan knyttes både til en opplevelse av å gjøre pasienten urett og gjøre urett mot egne idealer om god sykepleie.

Informant 10 beskrev en slik opplevelse der hun og en kollega fikk beskjed fra legen om å måtte utøve tvangsmedisinering for å få innlagt et kateter på en delirisk dement pasient for å forhindre blodforgiftning. De hadde ikke fått et tvangsvedtak på dette. Sykepleieren måtte utøve tvang når det egentlig var feil, og pasienten opplevde det som et overgrep. Informanten følte usikkerhet i situasjonen fordi hun manglet kunnskaper om tvang, og noe inni henne ga henne en følelse av at det var uetisk: *«For det første så fikk jeg ikke gjort jobben min! Jeg hadde jo bare sittet der og slåss med han, og det føltes jo som et overgrep for det var ingen vedtak for tvang på han (...). Vi hadde medfølelse og syntes synd på han, vi kunne sette oss i hans situasjon og han mente vi voldtok han når vi måtte holde han fast og sette en sprøyte. (...) Det føltes feil, nytteløst og håpløst å måtte dope han for å få lagt inn kateteret»*

En sykepleier (informant 6) fortalte om en situasjon der hun følte seg maktesløs ovenfor representantene for systemet fordi en pasient som hun mente hadde trengt et korttidsopphold, likevel ble sendt hjem på grunn av kapasitet og økonomi. Sykepleieren opplevde å bli hindret i å gjøre det hun mente var best for pasienten:

«Pasienten var ustødig... det ble mye ansvar på konen da. (...) Han ville på korttidsopphold, han følte seg ikke trygg, og han var sånn snill og sa bare ok. Hadde han vært en av de som bare sa NEI, jeg reiser ikke hjem, så hadde vi jo bare måttet fikset det på ett vis. Dessverre for han var han for snill (...). Jeg følte at jeg virkelig stod på og kranglet (...) Nei, det er en situasjon jeg ikke kommer til å glemmer. Åh! Det var grusomt! (...) Jeg stod i midten av to ytre autoriteter som ikke ville det jeg ville, som var best for pasienten, mens jeg som stod nærmest pasienten egentlig ikke hadde et ord eller en stemme, jeg bare gjør som de sier, for at det er økonomisk det beste. Så det var jo det som hindret meg»

Det kom tydelig frem at de nyutdannede sykepleierne oppleve seg maktesløse ovenfor systemet og ledelsen, og at de ikke følte seg hørt i ulike situasjoner der de uttrykte sine meninger. Andre bestemte hva som var rett.

Hovedtema 3 Konsekvenser av å ikke gjøre det en vet (eller «burde» vite) er riktig

De to forrige hovedtemaene handlet om moralsk stress knyttet til travelhet og tidspress, og om det å oppleve å ha for mye ansvar og for lite kompetanse. I dette siste hovedtema vil jeg

tydeliggjøre konsekvensene av moralsk stress, slik det ble fortalt av de nyutdannede sykepleierne.

4.1.5 Nedsatt trivsel og livskvalitet

Flere av de nyutdannede uttrykte at de stort sett trives på de avdelingene de jobbet på, men i situasjoner der de ikke gjorde det som følte rett, eller ikke hadde kunnskapene de trengte for å gjøre det som var rett påvirket trivselen deres.

En av informantene fortalte blant annet at hun sluttet som sykepleier i en periode fordi hun opplevde at det var veldig tøft som nyutdannet på grunn av travelhet, og at hun ikke ble møtt med anerkjennelse fra lederen sin når hun sa ifra. Hun fikk store følelsesmessige og kroppslige reaksjoner, og hun følte seg til slutt utbrent. De to siste undertemaene handler nettopp om hvordan følelsesmessige og kroppslige reaksjoner preger dem, og at anerkjennelse er av betydning for trivsel og livskvalitet for de nyutdannede sykepleierne.

En av informantene (3) fortalte blant annet at hun ble oppgitt og frustrert fordi hun følte det var vanskelig å ta opp ting som ikke følte riktig med lederen sin, og ble ikke møtt med forståelse og anerkjennelse på det. Dette gikk veldig ut over trivselen hennes: *«Jeg gikk mye til avdelingssykepleieren og sa at dette ikke var forsvarlig sykepleie, at jeg følte meg usikker (...), så sa hun «nei det er ikke alle som passer å jobbe på denne avdelingen og det kan være tøft for noen». Den følelsen! Jeg har aldri vært så lei meg i hele mitt liv! (...) Det var vanskelig å snakke med avdelingssykepleieren og det var liksom jeg som ikke passet inn, det var jeg som var dårlig og problemet».*

Andre nevnte også støtte fra ledelsen som et savn. De ønsket *«medfølelse»* i situasjoner preget av moralsk stress og ikke *«enveiskommunikasjon»* (Informant 6.).

Flere viste til at det var av stor betydning med støtte fra sine nærmeste kollegaer, familie og venner når de opplevde det vanskelig og utfordrende på jobb. Å ha en god dialog, få støtte på at de har gjort det beste de kan ved vanskelige situasjoner, og at de ikke er alene om det, hjelper sa de. De uttrykte også at det hjalp å bare «få det ut» ved å snakke med familie og venner når de hadde hatt en tøff dag på jobb.

4.1.6 Følelsesmessige og kroppslige reaksjoner

Informantene beskrev en rekke følelsesmessige og kroppslige reaksjoner på at de ikke gjorde det som føltes rett eller ikke hadde kunnskapene som skulle til for å ta et rett valg. Informant 6 fortalte om sine reaksjoner etter en kveldsvakt der hun hadde hatt for mye ansvar og for mange pasienter, og der hun opplevde at det ikke var mulig å utføre alle arbeidsoppgavene sine fordi det var for få personale. Hun hadde følt hun måtte «*slokke små branner*» hele kvelden. Hun fortalte: «*Den kveldsvakten kommer jeg ikke til å glemme. Jeg tenkte dette kommer jeg aldri igjennom. Jeg tenker at hvis noen får ett hjertetans nå så vet jeg ikke hva jeg skal gjøre. (...) Jeg var så sliten og helt tom for energi når jeg kom hjem og la meg på sofaen og sov i mange timer (...) Jeg var jo helt nede i kjelleren. Jeg tenkte at hvis jeg ikke får ny jobb nå så kommer jeg til å bli sykemeldt. Utbrent rett og slett! Jeg følte meg helt på kanten, og jeg falt sammen når jeg kom hjem, og jeg kunne begynne å grine nesten, jeg orket ingenting, jeg lå og skalv når jeg kom hjem*»

En annen (informant 5) fortalte også om en svært travel kveldsvakt: «*Når det er noen som blir dårlig så er du så redd for den pasienten, det var nesten bare nye på jobb som ikke hadde kapasitet til å hjelpe meg, selv om jeg følte de hadde det. Jeg gikk inn på et kontor og grein, for det var så mye å holde på med, og da var det liksom bare å samle seg (...) Og når du først har begynt å grine på jobb da er du jo emosjonelt ustabil i kroppen, det er jo ikke akkurat en positiv ting med stress, og så sliter jeg med ryggen, så jeg fikk jo kjempevondt i ryggen når jeg kom hjem.*»

Informantene beskrev at de hadde kjent på følelser som «*sinne*» «*være lei seg*», «*irritabel*», «*skuffet*», «*fly forbannet*», «*oppgitt*», «*frustrert*», og «*manglende livsglede*» i forbindelse med situasjoner der de opplevde at de ikke fikk gjort jobben sin, og det de mente var rett. Men også kroppslige reaksjoner som blant annet «*nedsatt matlyst*» og «*vekttap*» for de hadde ikke tid til pauser, de opplevde «*manglende energi*», «*trøtthet*», «*fysisk vondt i kroppen*», «*hjerterbank*», «*høy puls*» og «*adrenalin*» på grunn av stress. Informant 3 fortalte at hennes mor reagerte på at jobben preget henne såpass mye fysisk og psykisk. Moren hadde sagt: «*Nå tar du vare på alle andre og tar «pigadø» ikke var på deg selv*». *Og så fikk jeg sånn... å shit! Det er faktisk sant!*»

5 OPLEVELSEN AV MORALSK STRESS HOS NYUTDANNEDE SYKEPLEIERE, OG HVA DET GJØR MED DEM – EN DRØFTING

Ved bruk av kvalitativ metode var formålet med studien å utforske nyutdannede sykepleieres opplevelser og erfaringer med moralsk stress, og av hva det gjør med dem. Målsettingen var å synliggjøre erfarings basert kunnskap for å kunne bidra til bevisstgjøring og forbedring av praksis, for slik å redusere negative konsekvenser av moralsk stress for sykepleieren, pasienten og arbeidsgiveren.

Kort oppsummert kan en si at funn fra studien tyder på at:

- Det er utfordrende for de nyutdannede sykepleierne å ivareta profesjonelle og personlige idealer.
 - Profesjonelle og personlige idealer blir presset på grunn av travelhet og tidspress. Dette kommer blant annet til uttrykk i vanskelige prioriteringer i forhold til arbeidsoppgaver.
 - Profesjonelle og personlige idealer blir presset på grunn av at andre bestemmer hva som er rett.
 - Profesjonelle og personlige idealer blir presset på grunn av at de nyutdannede sykepleierne føler de «burde» kunne ting de ikke kan. De føler de har for stort ansvar og for lite kunnskaper til å gjøre det som er rett.
- Når de nyutdannede ikke kan gjøre det de «vet» eller føler de «burde visst» er riktig preger det dem gjennom ulike følelsesmessige og kroppslige reaksjoner, og det går ut over trivsel på arbeidsplassen og livskvalitet.

Dette drøftingskapittelet er lagt opp på følgende måte: Det starter med en drøfting av hvordan travelhet og tidspress setter press på de nyutdannede sykepleierens verdigrunnlag, og hvordan dette fører til vanskelige prioriteringer og opplevelse av moralsk stress (5.1). Videre vil kapittel 5.2 handle om at andre legger føringer på sykepleierens yrkesutøvelse, og hvordan de nyutdannede føler dette påvirker dem og begrenser deres handlingsrom. Det tredje kapittelet 5.3 handler om at de nyutdannede sykepleierne har manglende kunnskaper og erfaringer som får dem til å føle at de «burde» kunne ting de ikke kan, og hvordan dette påvirker dem. Til sist

(5.4) skal drøftingen svare på hvilke reaksjoner og konsekvenser de nyutdannede sykepleierne opplever i møte med situasjoner som preges av moralsk stress. Relevant teori og tidligere forskning vil bli tatt med for å fremheve drøftingen av funnene. Ønsket er å svare på problemstillingen, og synliggjøre den erfaringsbaserte kunnskapen for å bidra til bevisstgjøring, og som et innspill til forbedring av praksis.

Avslutningsvis i kapittel 6.0 vil de viktigste funnene og det som blir drøftet i disse fire kapitlene bli fremhevet.

5.1 Profesjonelle og personlige idealer blir presset på grunn av travelhet og tidspress

Kari Martinsen (2014, s.231) som er en norsk professor og sykepleieteoretiker skriver at når travelheten tar overhånd kan det gjøre at sykepleierne stenger sin egen og andres sårbarhet ute. Når sykepleierne har lite tid til å få gjort alle arbeidsoppgavene sine vil dette kunne gå ut over den mellommenneskelige prosessen mellom sykepleieren og pasienten. Sykepleierne vil kunne bli oppgavefokusert fremfor pasientfokusert. Målet i seg selv kan bli å rekke over alle oppgavene, og imøtekomme krava som arbeidsgiver og kollegaer stiller til dem. De kan få et «tunnelsyn» som noen av informantene fortalte om, der de bare ser selve oppgaven, ikke den sårbare pasienten. Joyce Travelbee (2001) skriver om at det er gjennom nærhet og relasjon at det kan oppstå et menneske-til-menneske-forhold mellom pasient og sykepleier, men det er avhengig av at sykepleierne har tid til å gi den omsorgen og gode behandling pasientene trenger. I situasjoner med travelhet og lite tid til pasienten er det de profesjonelle og personlige verdiene, og det moralske og yrkesetiske ansvaret som sykepleierne går på akkord med. Faren er at den empatiske og medfølende sykepleieren, blir borte i alle gjøremålene, og at de dermed svikter sitt medmenneskelige ansvar som hører til deres profesjonelle rolle. Selv om de i den travle hverdagen ikke tenker over dette, kan det være at opplevelsen de får i møte med pasientene har berørt dem, og likevel gjør noe med dem i ettertid. Når inntrykkene synker inn kan det være at de blir påminnet deres medmenneskelige ansvar og at de føler de har sviktet i rollen som profesjonell omsorgsgiver. Flere av de nyutdannede sykepleierne sa at de ikke hadde tid til å være der for pasientene, og at de opplevde det «psykisk tungt» og at det ga dem vonde følelser som skyldfølelse, anger og bekymring. Det gikk ut over den «gode sykepleien», sa de. Å føle på sin egen sårbarhet over tid kan tenkes å være uheldig for de nyutdannede sykepleierne. For å «overleve» i yrket kan det være at de tar i bruk mestringsstrategier som man kan se antydning til at informantene gjorde. Det kunne være å

stenge de vonde følelsene ute og bli mindre «følende» i møte med pasientene, å bytte arbeidsplass, eller slutte som sykepleier en periode.

Gjennom utdanningen har sykepleierne lært om yrkesetikk og yrkesetiske prinsipper. De har også utviklet personlige og profesjonelle verdier som ligger til grunn for etiske refleksjoner og skjønn. Dette er med å påvirker handlinger og valg de tar. På grunn av travelhet og tidspress kan man se at de nyutdannede sykepleierne i denne studien opplever det vanskelig å oppfylle sitt faglige og moralske ansvar, og idealer om å gi helhetlig pleie og omsorg. Det blir utfordrende for dem å være den sykepleieren de har sett for seg å være når de først kommer ut i arbeid. De føler seg hindret i å ivareta ansvaret sitt og det de selv ser på som viktige verdier og etiske prinsipper. Det kan tenkes at det gjør noe med selvfølelsen og utviklingen av den personlige og profesjonelle integriteten og identiteten, som jeg vil komme litt tilbake til senere. En forklaring på travelhet og tidspress kan være moderniseringen av helsesektoren, og dagens styringsideologi som er preget av New Public Management (NPM). Det skaper ytre begrensninger på sykepleierens handlingsrom og setter deres profesjonelle verdier på spill. NPM kan bidra til en dehumanisering av sykepleierens verdigrunnlag ifølge Kirkevold et. al., (2013), og kan av den grunn føre til moralsk stress.

Sykepleiere er en av mange yrkesgrupper som jobber i helsesektoren, og har både plikter og ansvarsoppgaver de skal ivareta. Handlingene deres reguleres også av lover, regler og retningslinjer som skaper rammebetingelser. Selv om det står i helsepersonelloven § 4 at helsepersonell er lovpålagt å utøve forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp ser vi at det å utføre det i praksis er utfordrende fordi handlingsrommet til sykepleierne i mange tilfeller begrenses. På grunn av institusjonelle forhold ser vi at de har begrenset med makt over egen arbeidsdag og i yrkesutøvelsen. De føler seg presset på tid på grunn av økonomiske hensyn, som setter krav om effektivisering av arbeidet for å få «gode tall». Pasienten er den som blir lidende i et slikt system, og sykepleieren som står pasienten nærmest er den som sitter igjen med den dårlige samvittigheten og kjenner på moralsk stress over at hun føler seg maktesløs og ikke får utøvd ansvaret sitt. Dette er ytre begrensninger som Epstein & Delgado (2010) skriver om, og kan se ut til å gi et økt fysisk og emosjonelt press på den enkelte sykepleier. I min studie kan man se at travelheten setter press på de nyutdannede sykepleierens verdigrunnlag som gjør at de blir stilt ovenfor etiske problemstillinger, og opplever situasjoner som moralsk stress.

Nyutdannede sykepleiere er i en særegen posisjon der de skal utvikle en profesjonell og moralsk identitet, og en forståelse av hvem de er i rollen som sykepleier. De erfaringene de gjør i starten som sykepleier er med på å utvikle den profesjonelle og moralske identiteten. Dersom de får en tung start som nyutdannet hvor de føler de ikke strekker til i rollen som den sykepleieren de hadde sett for seg å være, vil det kunne ha innvirkning på selvfølelsen og troen på seg selv. Alle de nyutdannede sykepleierne hadde idealer, verdier og forventninger som de hadde sett for seg før de begynte å jobbe som sykepleier, som var viktig for dem å oppfylle. Når dette ble hindret på grunn av ytre og indre begrensninger kan det føre til en negativ utvikling av den profesjonelle og moralske identiteten deres (McCarthy & Gastmans 2015). Det er av den grunn viktig for ledere i helsesystemet å være bevisst på den sårbare posisjonen de nyutdannede sykepleierne er i, og hvilke konsekvenser travelhet og tidspress kan ha for dem. Under neste kapittel vil jeg berøre hvilken betydning en leders rolle kan spille, og hvordan det påvirker de nyutdannede sykepleierne når andre bestemmer hva som er rett.

5.2 Profesjonelle og personlige idealer blir presset på grunn av andre bestemmer hva som er rett

Sykepleie er et profesjonsyrke og reguleres av lover og regler som gir dem rettigheter og plikter de må oppfylle. Dette gjør at de er tillagt stort ansvar ovenfor pasienter, pårørende og arbeidsgiver, og at behandlingen de utøver skal være etisk og faglig forsvarlig. Å oppfylle dette ansvaret kan til tider være utfordrende i praksis. Selv om sykepleiere har en ganske selvstendig yrkesutøvelse, er det mange situasjoner hvor de er avhengig av godkjennelse fra andre autoriteter som legedelegasjon og avdelingslederens endelige avgjørelser. Som det kom fram av analysen befinner de nyutdannede sykepleierne seg enkelte ganger i situasjoner der de selv mener de vet hva som er til det beste for pasienten, men blir avfeid av andre som bestemmer. Dette kan skape etiske dilemmaer for sykepleierne. Når andre bestemmer kan dette betraktes som en ytre faktor som hemmer sykepleiernes handlingsrom, og utgjør en form for ytre begrensning (jfr. Kapittel 1.3). I slike situasjoner følte sykepleierne at de ikke fikk støtte og anerkjennelse for sine meninger. De følte seg på mange måter maktesløse når de ikke kunne handle etter det de selv mente var rett, og det ga dem dårlig samvittighet. Torjuul & Sorlie (2006) sin norske studie fant i likhet med min studie at kirurgiske sykepleiere følte moralsk stress når andre tok avgjørelser i saker som angikk deres pasienter som sykepleierne var uenig i. De mistet friheten til å utøve faglig skjønn og ta selvstendige valg. Det ble en

skjev maktbalansen fordi sykepleierne ikke hadde «like mye» de skulle sagt i alle avgjørelser som ble tatt på vegne av egne pasienter. Ytre begrensninger som dette kan gjøre at de nyutdannede sykepleierne opplevde at det ble vanskeligere for dem å utøve forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp, og dermed oppfylle sitt grunnleggende etiske ansvar.

Det kom også fram av analysen at de nyutdannede sykepleierne enkelte ganger var i situasjoner der de ble pålagt å utøve behandling, hvor de følte seg usikre på hva som var rett fordi de manglet kunnskaper. Et eksempel på det var ved utøvelse av tvang. Mangel på kunnskaper og forståelse for situasjonen de nyutdannede sykepleierne stod i gjorde at de kunne begynne å tvile på seg selv. Det kan også tenkes at de opplevde seg «presset» eller «tvungen» til å utføre det legen hadde bestemt. I slike situasjoner kan det bli vanskelig for dem å være den som skulle utføre handlingen, når de egentlig føler det er feil og «vondt» for pasienten. Sykepleierne opplever dermed en moralsk usikkerhet. Den «etiske fordring» ifølge Løgstrup (1999) handler om å ha godhet og kjærlighet for sin neste, som er en sykepleiers moralske og yrkesetiske ansvar. Det kan tenkes at de nyutdannede sykepleierne opplevde seg utilstrekkelig som profesjonell omsorgsgiver i slike situasjoner fordi de følte de gjorde pasienten vondt. De oppfylte dermed ikke den «etiske fordring», ble sittende med dårlig samvittighet, og kjente på et moralsk stress.

Det ble også påpekt av flere informanter at de følte avgjørelser ledelsen tok ble tatt ut i fra hva som var det økonomisk beste, og ikke ut i fra pasientens beste. Når sykepleie begynner å dreie seg om hvordan utøve pleie og behandling på en mest mulig effektiv og lønnsom måte vil sykepleiernes etiske funksjon avta mer og mer. Det kan tenkes at sykepleiere opplever at det er uetisk og strider imot sykepleiens verdigrunnlag at pasientens helse, livskvalitet og menneskeverd blir målt opp mot økonomi og press om å redusere kostnader. Institusjonelle hindringer som økonomi, tid og for lite personale hindrer nettopp sykepleierne i å utøve god kvalitet på behandlingen og at de ikke klarer å handle rett ovenfor egne holdninger og verdier. I følge Shoorideh et. al., (2015) kan slike hindringer føre til at de opplever pleien som utilstrekkelig og langt under egne forventning til hva som er god pleie. Som det kom fram i min analyse hadde de nyutdannede sykepleierne - før de begynte i praksis - høye etiske idealer. Dette er i tråd med det Kristoffersen, Nortvedt & Skaug (2005, B. 1) skriver om i boken «grunnleggende sykepleie», at mange sykepleiere styres av altruisme hvor å gjøre godt mot andre ved å vise nestekjærlighet, barmhjertighet og omsorg er viktig for dem.

5.3 *Profesjonelle og personlige idealer blir presset på grunn av de nyutdannede sykepleierne føler de «burde» kunne ting de ikke kan*

Å være nyutdannet sykepleier og begynne å praktisere sykepleie med alt det innebærer av ansvar og plikter kan se ut til å være skremmende og overveldende i starten. Det ligger som nevnt tidligere forventninger og krav til sykepleierens profesjonelle rolle og tilhørende ansvar fra både pasienter, kollegaer og sykepleieren selv. Allerede fra de er nyutdannet ligger det en forventning om at de skal klare å jobbe selvstendig og ha kunnskaper og ferdigheter til å ivareta ansvaret og pliktene de har. I følge Charnley (1999) kan helsesystemets forventninger til nyutdannede komme i konflikt med hva de faktisk kan tilby av ferdigheter og kunnskaper på det tidspunktet. Forventningene setter føringer og begrensninger for dem som kan oppleves vanskelig å oppfylle, og dermed gi en følelse av utilstrekkelighet i rollen som sykepleier.

I denne studien ser det ut til at de nyutdannede sykepleierne opplever et stort ansvar og forventningspress som de ikke føler seg i stand til å oppfylle nettopp fordi de mangler erfaringer og kunnskaper av praktiske og teoretiske ferdigheter. De nyutdannede sykepleierne uttrykte at de hadde hatt andre forventninger til hvordan det ville være å jobbe som sykepleier enn det som møtte dem når de begynte å jobbe. Det kan se ut til at flere opplevde et slags realitetssjokk (jfr. Kapittel 4.1.1), og følte at de ikke hadde fått god nok opplæring og ikke hadde nok kunnskaper til å ta på seg så mye ansvar. De fortalte at de følte seg «inkompetente», «usikre», «dumme», «redde» og «flau» i ulike situasjoner, der de selv eller andre hadde forventninger til at de skulle ha mer kunnskaper enn de hadde. Noen gav antydninger til at de i slike situasjoner følte seg utilstrekkelig i rollen som sykepleier, og at de gikk med en bekymring over at deres manglende ferdigheter kunne gå ut over pasientens liv og helse. Det er naturlig å tenke at nyutdannede sykepleiere i utgangspunktet ikke vil ha nok kunnskaper og erfaringer til å gjøre alt riktig i møte med pasient og pårørende. Både erfaringskunnskaper og fagkunnskaper må læres på veien, og bygges videre på det som allerede er lært under utdanningen. For å utvikle disse kunnskapene er de avhengig av tid og at de får god opplæring på den avdelingen de jobber på. Det er på den måten det faglige skjønnet utvikles. Det faglige skjønnet er også bygd på moralske verdier, og skal hjelpe sykepleieren til å gjøre gode prioriteringer og valg. (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005, B. 1). I følge Kari Martinsens omsorgsfilosofi handler sykepleierens omsorg om å ha et personlig engasjement og innlevelse, der de bruker moralsk skjønn og faglige vurderinger for å kunne handle til pasientens beste (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005, B. 4, s. 24, 59). Når de nyutdannede sykepleierne har fått mer erfaring og kunnskaper, og utviklet et moralsk

skjønn, vil de dermed kunne gjøre gode faglige vurderinger. Dette vil kanskje også kunne hindre dem i at de føler på dårlig samvittighet, utilstrekkelighet og at de «burde» kunne ting de ikke kan, for slik at de klarer å handle til pasientens beste. Dette kan igjen bidra til å reduserer følelsen av moralsk stress.

Det er et interessant funn i denne studien at de nyutdannede sykepleierne fortolker definisjonen de fikk av moralsk stress. De beskriver ikke bare situasjoner der de følte de visste hva som var rett men ble forhindret i å gjøre det (jfr. Kapittel 5.2), de beskriver også situasjoner der de manglet kunnskaper og «burde» visst hva som var det rette. I følge Andrew Jameton (i Johnstone & Hutchinsons, 2015) kan moralsk stress ha sin årsak i indre begrensninger (jfr. Kapittel 1.3). Det kan se ut til at det er snakk om en indre begrensning de nyutdannede sykepleierne opplever når de føler de «burde visst» hva som var rett. Informant 1 (jfr. kapittel 4.2.1) forteller om at hun «glemte» å ta alle vitale målinger i en stressende jobbsituasjon og kan egentlig se ut til å handle om en usikkerhet på grunn av manglende kompetanse. Situasjonen så ut til å gi henne en følelse av å være inkompetent, utilstrekkelig, å kjenne på skyldfølelse og bekymringstanker, og det førte nok med seg både et emosjonelt- og moralsk stress. Det ser ut til at det var først etterpå det moralske stresset oppstod. Dette gjenkjennes som «moral residue». Dersom slike moralsk stressende episode gjentar seg over tid kan det gi konsekvenser og være ødeleggende for sykepleierens karriere (Epstein & Delgado, 2010). En konsekvens av «moral residue» er at det kan føre til utbrenthet, og kan være en forklaring på hvorfor noen av de nyutdannede sykepleierne kjente på følelsen av utbrenthet og et ønske om å slutte.

De nyutdannede sykepleierne følte at mangel på kunnskaper var noe som preget dem i ulike situasjoner, og hindret dem i å gjøre det som var etisk og faglig riktig, og det beste for pasienten. Dette gikk ut over deres evne til å oppfylle sitt faglige og moralske ideal om å gi helhetlig pleie og omsorg til pasienten. I følge tidligere forskning kan de med lavere sykepleieferdigheter og mindre yrkeserfaring oftere oppleve etiske dilemmaer og moralsk stress (DeKeyser Ganz & Berkovitz, 2012; Radzvin, 2011). De nyutdannede sykepleiere er derfor sårbare og spesielt utsatt for etiske dilemmaer og moralsk stress i situasjoner når de vet at deres «tilkortkommenhet» på grunn av manglende kunnskaper og ferdigheter kan gå ut over pasienten. I følge Benner sin teori «fra novise til ekspert» vil det ta omtrent tre til fem år før en sykepleier begynner å kunne se helheten i situasjoner og kunne ta beslutninger ut i fra en nyansert og helhetlig forståelse (Solli, 2009). Ekspertene har dermed utviklet kunnskapsbaserte erfaringer kontra de som er noviser som har lite eller ingen erfaring å bygge

på. Dette gjør det lettere for dem å forstå når noe avviker fra normalen, og til å vite hva som er rett å gjøre i ulike situasjoner. (Solli, 2009). I situasjoner der de nyutdannede sykepleierne manglet kunnskaper til å vite hva som var rett prioritering og hvordan de skulle håndtere en situasjon, kunne det også oppstå en følelse av usikkerhet. Informant 2 (jfr. Kapittel 4.2.1) som skulle følge en familie som ventet på at sønnen deres skulle dø, stod i en situasjon der hun følte på et moralsk ansvar og følte seg usikker på hvordan hun skulle håndtere det. Dette kan se ut til å handler om en moralsk usikkerhet, som ifølge Jameton kan føre til moralsk stress (Epstein & Delgado, 2010). Et annet eksempel er informant 4 (jfr. kapittel 4.1.2) som valgte å utføre tvang selv om hun var usikker på hva som var rett. Her kan det handlet om en usikkerhet fordi hun manglet faglig og moralsk kompetanse, men kanskje også fordi hun var usikker på om det var etisk riktig å utføre det. Denne kunnskapen er viktig å inneha når den nyutdannede sykepleieren skal møte og vurdere moralske utfordringer, og hjelpe pasienter i vanskelige situasjoner. Den vil kunne bidra til å gjøre den moralske usikkerheten mindre og forhindre moralsk stress.

5.4 Reaksjoner på å ikke gjøre det de vet er rett eller føler de «burde» visst

Moralsk stress kan som vi har hørt oppstå fra ulike kilder, og det har negativ påvirkning på sykepleiernes personlige og profesjonelle liv. Det kan gi såpass store konsekvenser at det ifølge McCarthy & Gastmans (2015) kan føre til utbrenthet, tilbaketrekking, og at sykepleieren slutter på arbeidsplassen og i yrket. Moralsk stress kan også gjøre at sykepleieren blir mindre moralsk sensitiv og ikke evner å vurdere moralske utfordringer når de oppstår. Dette går til syvende og sist ut over pasienten, og kan føre til dårlig kvalitet og faglig forsvarlig pasientbehandling. (McCarthy & Gastmans, 2015).

I denne studien på nyutdannede sykepleiere blir det bekreftet at deres opplevelse av moralsk stress gir utslag både i følelsesmessige og kroppslige reaksjoner, og at det har negative konsekvenser for deres personlige og profesjonelle liv. Slike reaksjoner var spesielt knyttet til de tre hovedfunnene som fremkom fra analysen. Det var situasjoner der de opplevde travelhet og tidspress som gjorde at de følt de ikke hadde tid til å gjøre det som var rett, som dermed gikk ut over ivaretagelsen av pasientens behov og deres profesjonelle plikter. De opplevde skyldfølelse og anger. Det var også situasjoner der de opplevde at andre bestemte hva som skulle gjøres, der de ikke følte seg hørt eller anerkjent for hva de mente var til det beste for pasienten. Dette gjorde at de stod igjen med en følelse av maktesløshet. Å ikke ha nok

kunnskaper og erfaringer til å vite hvordan de kunne handle rett og hva som var rett å gjøre for pasienten var også noe som kunne føre til usikkerhet og bekymring. Situasjonene de beskrev ga dem en følelse av at de ikke fikk oppfylt viktige personlige og profesjonelle verdier, og deres ansvar og plikter i jobben og sykepleierrollen. De fikk ikke til å være den sykepleieren de hadde sett for seg, og de følte at handlingsrommet deres var begrenset. Dette gav utspring i negative følelser og reaksjoner som gjenkjennes som symptomer på moralsk stress.

Hva begrepet moralsk stress innebærer har blitt forklart tidligere, men av McCarthy & Gastmans (2015) blir det karakterisert som følelser av psykologiske, emosjonelle og fysiologiske opplevelser. Informantene i denne studien har som tidligere nevnt beskrevet at de har kjent på negative følelser som «*sinne*», «*være lei seg*», «*irritabel*», «*skuffet*», «*fly forbannet*», «*oppgitt*», «*frustrert*», og «*manglende livsglede*» relatert til situasjoner som er nevnt ovenfor. Men også kroppslige negative reaksjoner som blant annet «*nedsatt matlyst*» og «*vekttap*» for de ikke hadde tid til pauser, «*manglende energi*», «*trøtthet*», «*fysisk vondt i kroppen*», «*hjerterbank*», «*høy puls*» og «*adrenalin*» på grunn av stress. De fortalte at dette hadde konsekvenser for trivsel i jobben, for helsen og livskvaliteten. Situasjoner som førte til symptomer på moralsk stress kunne gi de nyutdannede sykepleierne en følelse av utbrenthet og mistrivsel, og noen uttrykte at de ønsket å bytte jobb eller slutte i yrket. Det bekreftes også av tidligere forskning at moralsk stress kan gi flere negative konsekvenser og det kan føre til utbrenthet og at sykepleiere slutter i jobben (Johnstone & Hutchinson, 2015; Miller, 2011; MacKusick & Minick, 2010; Schluter et. al., 2008; Shoorideh et. al., 2015; Woods et. al., 2015). I en studie fra Rudman og Gustavsson (2010) kom det frem til at hver femte nyutdannede sykepleier i deres studie hadde hatt høye nivåer av utbrenthet på et tidspunkt i de tre første årene som sykepleier. Fordi de er nyutdannet er de ekstra sårbare ovenfor stress og utsatt for emosjonell utmattelse og utbrenthet, og har lettere for å slutte i yrket (Charnley, 1999; Rudman og Gustavsson, 2010). Det var spesielt en informant (6) i denne studien som opplevde det å være nyutdannet og travelheten som veldig tøft. Det gikk ut over trivsel og livskvalitet, og hun følte seg til slutt utbrent. Som en konsekvens av dette sa hun opp jobben og sluttet som sykepleier en periode. Hun trakk spesielt frem at hun ikke fikk anerkjennelsen og støtten hun trengte fra sin egen avdeling når hun tok dette opp. Følelsen av frustrasjon over systemet og et ønske om å bli hørt og anerkjent på egne følelser og opplevelser kom frem hos flere informanter (jfr. 4.3.1), og dette var viktig for dem. Det var såpass viktig for dem at det gikk både ut over trivsel og livskvalitet. At samfunnet mangler sykepleiere gjør det ekstra

viktig at man får folk til å få lyst til å bli sykepleiere, og at man tar vare på de som er sykepleiere slik at de blir værende i yrket. Det har store økonomiske og samfunnsmessige konsekvenser dersom sykepleiere blir utbrent, sykemeldt og slutter i jobben.

Solli (2009) advarer også om at enkelte nyutdannede forlater yrket før de har oppnådd den kompetansen de har forutsetninger til, fordi de opplever arbeidsdagene så krevende. Her kan også de nærmeste kollegaene og lederen ha en nøkkelrolle i å forebygge at nyutdannede slutter i jobben. Flere informanter viste til betydningen av å føle at de ikke stod alene, og å få støtte på at de blant annet hadde gjort så godt de kunne i situasjoner der de opplevde moralsk stress. Det kan forebygge og ruste de nyutdannede i møte med moralsk stressende situasjoner dersom de får hjelp og tilrettelegging for å kunne utvikle faglige og praktiske kunnskaper som skal til for å kunne ta gode og riktige avgjørelser. Å få gode erfaringer med å møte og håndtere situasjoner som fører til moralsk stress kan bidra til at de klarer å møte motgang lettere. At de håndterer moralsk stress på en vellykket måte kan ifølge Hanna (i Oh & Gastmans, 2015) bidra til at de oppnår personlig vekst og endring.

6 AVSLUTTENDE KOMMENTAR

Min studie har gitt ny innsikt og forståelse av hvordan nyutdannede sykepleiere som jobber på kirurgiske avdelinger opplever og erfarer moralsk stress, og hva det gjør med dem. Studien svarer dermed på denne oppgavens problemstilling som jeg vil minne om er: *«Hvordan opplever og erfarer nyutdannede sykepleiere på en kirurgisk avdeling moralsk stress, og hva gjør det med dem?»*

I denne studien kan vi se at de opplevde moralsk stress i situasjoner der de måtte gjøre ting som ikke følte rett, men også der de følte de «burde» visst hva som var rett. Det var spesielt noen situasjoner som kom tydeligere frem og så ut til å bidra mer til dette, der indre og ytre begrensninger preget handlingsrommet deres. De opplevde at de manglet kunnskaper, erfaringer og ferdigheter til å kunne gjøre gode etiske, faglige forsvarlige valg og prioriteringer. De følte på et stort profesjonelt og medmenneskelig ansvar ovenfor pasientene sine, men manglende kunnskaper gjorde at det ble vanskelig å oppfylle sitt profesjonelle omsorgsgiveransvar. I situasjoner der de stod oppi travelhet og tidspress var det vanskelig for dem å vite hva som var rett prioritering og til det beste for pasienten. Det så også ut som at de manglet kunnskaper til å hevde seg, og til å begrunne hvorfor de følte at avgjørelser andre autoriteter tok på deres vegne ikke følte rett. I slike situasjoner opplevde de følelsesmessige

og kroppslige symptomer som ble gjenkjent som moralsk stress. Det kan derfor være rimelig å konstatere at det å være nyutdannet og mangle erfaringskunnskaper og faglige kunnskaper kan gjøre dem utsatt for moralsk stress i situasjoner som nevnt ovenfor. Basert på tidligere forskning om nyutdannedes møte med praksis, og min studien, kan det derfor hevdes at de er ekstra sårbare ovenfor moralsk stress og utbrenthet når de kommer ut i yrkeslivet. Av den grunn er det derfor veldig viktig at både utdanningsinstitusjonen og deres nærmeste leder er en støtte og ressurs for dem i overgangsfasen og i starten av yrkeskarrieren. At de får en god start kan være avgjørende for om man beholder sunne og oppegående sykepleiere i helsevesenet i lang tid.

Forhåpentligvis har denne studien bidratt til en større bevissthet rundt det at nyutdannede sykepleiere er utsatt for å oppleve moralsk stress, og negative konsekvenser dette kan føre med seg. Ut i fra denne studiens funn vil jeg foreslå noen implikasjoner for praksis:

1. Det er veldig viktig at nyutdannede sykepleiere blir møtte av arbeidsplassen sin med tilrettelegging, veiledning, støtte og oppmuntring i starten av yrkeskarrieren, for dette kan kanskje bidra til å utruste dem i møte utfordrende situasjoner, og at de dermed føler de mestrer sin nye arbeidshverdag på en god måte.

Fordi dette er en masteroppgave med de begrensningene det medfører har min studie bare skrappt i overflaten på et viktig tema og fenomen som er verdt å utforske nærmere. For å få en større forståelse og et mer nyansert bilde av hvordan moralsk stress preger nyutdannede sykepleiere kan noen idéer til videre forskning være å forske på nyutdannede sykepleiere i andre divisjoner på sykehus, eller andre deler av helsesektoren. Å utføre en større kvantitativ studie kan være et interessant bidrag til å forstå omfanget av moralsk stress blant nyutdannede sykepleiere, eller å forske på moralsk stress hos nyutdannede sykepleiere fra et ledelsesperspektiv kan også være en interessant vinkling.

REFERANSER

- Aakre, Marie (2009). *Moralsk stress og hva det gjør med oss*. Sykepleien, 97, 13. Lastet ned fra internett 18.07.2015: <https://www.nsf.no/fagutvikling/fagartikkel/296697/moralsk-stress-og-hva-det-gjor-med-oss->
- By, Eli Gunnhild (2014). *NSF er ikke overrasket*. Sykepleien. Lastet ned fra internett 18.07.2015: <https://sykepleien.no/reportasje/2014/10/nsf-er-ikke-overrasket>
- Charnley, E. (1999). Occupational stress in the newly qualified staff nurse. *Nursing Standards*. 13 (29), 33-36.
- Corley, M. C., Minick, P., Elswick, RK. & Jacobs, M. (2005). Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics*. 12 (4)
- Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (3. Utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5. Utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- DeKeyser Ganz, F. & Berkovitz, K. (2012). Surgical nurses perceptions of ethical dilemmas, moral distress and quality of care. *Journal of Advanced Nursing*. 68 (7), 1516-1525. Blackwell Publishing Ltd.
- De Veer, A. J. E., Francke, A. L., Struijs, A., & Willems, D. L. (2013). Determinants of moral distress in daily nursing practice: A cross sectional correlation questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 50, 100-108.
- Elpern, E. H., Covert, B. & Kleinpell, R. (2005). Moral Distress of Staff Nurses in a Medical Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*. 14 (6).
- Epstein, E. G., & Delgado, Sarah. (2010). Understanding and Addressing Moral Distress. *Online Journal of Issues in Nursing*. 15 (3). Lastet ned fra internett 22.07.2015: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/Courage-and-Distress/Understanding-Moral-Distress.html#Phenomenon>
- Frøyland, H. (2013, 22. April). Ubehaget i helsevesenet. *Dagens Medisin*. Lastet ned fra internett 14.06.2015: <http://www.dagensmedisin.no/artiklar/2013/04/22/ubehaget-i-helsevesenet/>

- Helseforskningsloven (2006). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Lastet ned fra internett 19.05.2016: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Lastet ned fra internett 09.08.2015: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Johannessen, A, Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (4. utg.). Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- Johnstone, J-M. & Hutchinson, A. (2015). Moral distress - time to abandon a flawed nursing construct? *Nursing Ethics*, Vol. 22 (1) 5-14, SAGE Publications
- Kirkevold, M. (02. Mai, 2013). *Gjenreis helsefagenes verdigrunnlag! Sykepleien*. Lastet ned fra internett 21.08.2015: <http://sykepleien.no/2013/05/gjenreis-helsefagenes-verdigrunnlag>
- Kjølberg, K. (2014). *Risiko og usikkerhet*. Lastet ned 22.07.2015: <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Forholdet-forskningsamfunn/Risiko-og-usikkerhet/>
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (2005). *Grunnleggende sykepleie* (B. 1). Oslo: Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (2005). *Grunnleggende sykepleie* (B. 4). Oslo: Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2. utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lang, K. R. (2008). The professional Ills of Moral Distress and Nurse Retention: Is Ethics Education an Antidote? *Ethics Education and Moral Action*. 8 (4).
- Løgstrup, E. (1999). *Den etiske fordring*. København: J. W. Cappelens Forlag AS.
- MacKusick, C. I. & Minick, P. (2010) Why are nurses leaving? Findings from an initial qualitative study on nursing attrition. *Medsurge nursing*. 19 (6)
- Martinsen, K. (2014). Vil du meg noe? Om sårbarhet og travelhet i helsevesenets rom. I H. Alsvåg, O. Førland & F. F. Jacobsen (Red.) *Rom for omsorg?* (s. 226-245). Bergen: Fagbokforlaget AS.
- McCarthy, J. & Gastmans, C. (2015). Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature. *Nursing Ethics*, 22 (1) 131-152. SAGE Publications

- Miller, J. f. (2011). Burnout and its impact on Good Work in Nursing. *Journal of Radiology Nursing*.30 (4) 146-149.
- Molven, O. (2012). *Helse og jus*. Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Musto, L. C. & Rodney, P. A. (2015) Moving from conceptual ambiguity to knowledgeable action: using a critical realist approach to studying moral distress. *Nursing Philosophy* 17 (2) 75-87.
- Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011). *ICNs etiske regler*. Norsk Sykepleierforbund. Lastet ned fra internett 21.08.2015:
<https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/2182990/seefile>
- Oh, Y. & Gastmans C. (2015). Moral distress experience by nurses: A quantitative literature review. *Nursing Ethics*. 22 (1) 15-31. SAGE Publications
- Olsvold, N. (2010). *Ansvar og yrkesrolle. Om den sosiale organisering av ansvar i sykehus*. Ph,d Doktoravhandling, Universitetet i Oslo
- Personopplysningsloven. (2000). *Lov om behandling av personopplysninger*. Lastet ned fra internett 21.08.2015: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31>
- Radzvin, L. C. (2011). Moral distress in certified registered nurse anesthetists: implications for nursing practice. *AANA Journal*, 79 (1)
- Rhèaume, A. Clèmente, L. & LeBel, N. (2010). Understanding intentions to leave amongst new graduate Canadian nurses: A repeated cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*. 48, 490-500.
- Rice, E. M., Rady, M.Y., Hamrick, A., Verheijde, J.L & Pendergast, D. K. (2008). Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *Journal of Nursing Management*. 16, 360-373.
- Rudman, A. & Gustavsson, J. P. (2010). Early-career burnout amongst new graduate nurses: A prospective observational study of intra individual change trajectories. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 292-306
- Schluter, J., Winch, S., Holzhauser, K. & Henderson, A. (2008). Nurses moral sensitivity and hospital ethical climate: A literature review. *Nursing Ethics*, 15 (3). SAGE Publications
- Shoorideh, F. A., Ashktorab, T., Yaghmaei, F. & Majd, A. (2015). Relationship between ICU

nurses moral distress with burnout and anticipated turnover. *Nursing Ethics*. 22 (1) 64-76. SAGE Publications

Smith, J. A., Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis*. SAGE Publications

Smith, J.A & Osborn, M. (2003). Interpretative phenomenological analysis. Jonathan A. Smith (red.). *Qualitative Psychology. A practical guide to research methods*. SAGE Publications.

Solli, H. (2009). *Nyutdannede sykepleieres utvikling fra handlingsberedskap til handlingskompetanse*. *Sykepleien Forskning* 4 (1): 52-60. Lastet ned fra internett 21.06.16: <https://sykepleien.no/forskning/2009/04/nyutdannede-sykepleieres-utvikling-fra-handlingsberedskap-til-handlingskompetanse>

The World Medical Association (2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Lastet ned fra internett 21.08.2015: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Torjuul, K. & 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. Blackwell Publishing Ltd.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Wiegand, D. L. & Funk, M. (2012). Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress. *Nursing Ethics*. 19 (4) 479-487. SAGE Publications

Woods, M., Rodgers, V., Towers, A. & La Grow, S. (2015). Researching moral distress among New Zealand nurses: A national survey. *Nursing Ethics*. 22 (1), 117-130. SAGE Publications.

Vedlegg 1

Utdrag av søkehistorikk utført mellom februar og mai 2015.

Database	Søkeord	Antall treff	Antall relevante artikler
Cinahl	"Moral distress", "moralsk stress", Nurse*, sykepleier, Hospital*, Job satisfaction", Turnover, Burnout, Experience, "Surgical units", "New graduate nurse", "nyutdannet sykepleier", "etiske dilemma", "Ethical dilemmas", Peer reviewe, Research article, 2005-2015.	102	7
PubMed	"Moral distress", "moralsk stress", Nurse*, sykepleier, Hospital*, Job satisfaction", Turnover, Burnout, Experience, "Surgical units", "New graduate nurse", "nyutdannet sykepleier", "etiske dilemma", "Ethical dilemmas", Peer reviewe, Research article, 2005-2015.	64	10
Ovid Nursing	"Moral distress", "moralsk stress", Nurse*, sykepleier, Hospital*, Job satisfaction", Turnover, Burnout, Experience, "Surgical units", "New graduate nurse", "nyutdannet sykepleier", "etiske dilemma", "Ethical dilemmas", Peer reviewe, Research article, 2005-2015.	58	0
SveMed+	"moralsk stress", "Moral distress", Nurse*, Sykepleier	2	0
Sykepleien	"Moralsk stress", "Etisk dilemma", Sykepleier	10	2 fagartikler
Oria	"Moral distress", "moralsk stress" Nurse*, "sykepleier" Hospital*, Job satisfaction", Turnover, Burnout, Experience, "Surgical units", "New graduate nurse", "nyutdannet sykepleier", "etisk dilemma", "Ethical dilemmas", Peer reviewe, Research article,		3

	2005-2015.		
--	------------	--	--

Enkeltsøk utenom fagdatabaser

Google	Moral distress		1
--------	----------------	--	---

Vedlegg 2

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt om nyutdannede sykepleieres opplevelse av moralsk stress

Jeg heter Susanne Edvardsen, er utdannet sykepleier, og studerer master i helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger. Jeg holder på med min avsluttende masteroppgave der hensikten er å få kunnskaper om nyutdannede sykepleieres opplevelse av moralsk stress, for å kunne bidra til å forhindre utbrenthet hos sykepleiere og styrke kvaliteten i omsorgen for pasientene.

Moralsk stress blir her forstått som når du som sykepleier befinner deg i situasjoner der du føler du vet hva som er riktig å gjøre men likevel forhindres i å gjøre det. I den forbindelse søker jeg etter 8-10 sykepleiere som er interessert i og sier seg villig til å la seg intervju om dette temaet. Kriterier for deltagelse er at du:

- Har jobbet mellom 1 og 3 år etter endt bachelorgrad i sykepleie
- Jobber på en kirurgisk sengepost
- Er kvinnelig sykepleier under 30 år

Intervjuene vil foregå på sykehuset eller et annet sted etter avtale, hvor vi avtaler nærmere tidspunkt og sted. Hvor lang tid som blir brukt på intervjuet vil variere, men jeg anbefaler at du setter av 1,5 time. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd der jeg noterer underveis.

Deltakelsen er frivillig, og du kan når som helst trekke deg fra intervjuet uten å måtte oppgi grunn. Dersom du trekker deg, vil all innsamlet data om deg bli slettet. Jeg ønsker ditt samtykke til å delta på intervjuet, og tillatelse til å gi meg anledning til å bruke intervjumaterialet som datamateriell og funn for min studie. Informasjonen du gir vil behandles konfidensielt. Datamaterialet vil bli anonymisert slik at du ikke kan gjenkjennes. Lydbåndopptak og notater vil bli slettet når oppgaven er ferdig og eventuell artikkel publisert, innen utgangen av 2017. Min veileder førsteamanuensis Ellen Ramvi, vil også ha tilgang til datamaterialet.

Hvis du kan tenke deg å delta eller lurer du på noe, kan du ringe meg eller sende SMS på mobil 98 00 00 19, eller sende e-post til susanneedvardsen@outlook.com

Med vennlig hilsen Susanne Edvardsen

Samtykkeerklæring for informanter

Nyutdannede sykepleieres opplevelse av moralsk stress

Jeg har lest informasjonsskrivet. Jeg vet at deltakelse i studiet er frivillig og at jeg kan trekke meg når som helst. Alle opplysninger om meg vil bli behandlet konfidensielt, forsvarlig oppbevart og anonymisert i masteroppgaven og en eventuell artikkel. Ved spørsmål kan jeg kontakte Susanne Edvardsen på telefon 980 000 19 eller e-mail susanneedvardsen@outlook.com

Min underskrift viser at jeg herved gir Susanne Edvardsen tillatelse til å intervju meg angående moralsk stress blant nyutdannede sykepleiere

.....

Sted/Dato: Informantens underskrift

Vedlegg 4

Intervjuguide

Masteroppgave 2015-2016

Kort presentasjon av studien og intervjuet til informantene før intervjuets start:

"Denne studien som du er en del av skal utforske nyutdannede sykepleieres opplevelse av moralsk stress. Du har på forhånd fått en kort definisjon av begrepet moralsk stress og er informert om dine rettigheter i forbindelse med at du er informant i denne studien.

Under intervjuet vil jeg stille deg spørsmål som jeg ønsker at du skal besvare så godt du kan, jeg ønsker å høre dine erfaringer og opplevelser om dette temaet. Ta deg god tid til å tenke før du svarer, dersom du behøver det. Still spørsmål om det er noe du er usikker på eller du ikke forstår, og gi beskjed hvis du ønsker pause. Jeg vil ta opp intervjuet på diktafonen som ligger på bordet, og jeg kommer til å notere litt underveis."

Innledende spørsmål:

- Alder?
- Hvor har du jobbet etter du ble sykepleier?

Tema 1: Forventninger og idealer knyttet til sykepleieryrket

Hovedspørsmål:

- Jeg ønsker at du skal tenke tilbake til før du ble utdannet sykepleier... Husker du hva du tenkte var positivt og bra med å bli sykepleier?
- Husker du hva du tenkte ville bli utfordrende og vanskelig?
- Hvem ønsket du å være som sykepleier? Hadde du noen idealer og verdier som du tenkte på som særlig viktig, som du ønsket å leve opp til?
- I forhold til det vi har snakket om nå, føler du at ting ble annerledes enn forventet, og i så fall på hvilken måte?

Tema 2: Beskrivelser av moralsk stress forstått som "der du som sykepleier befinner deg i situasjoner hvor du føler du vet hva som er riktig å gjøre men likevel ikke gjør det"

Hovedspørsmål:

- Jeg ønsker at du skal tenke på en eller flere situasjoner der du som sykepleier har gjort ting du føler ikke er riktig. Kan du beskrive en slik situasjon i detalj, og hvordan du opplevde og følte det i situasjonen?
- Hva opplever du er grunnen til at situasjonen ble som den ble?
- Hva føler du ville være det rette å gjøre?

Tema 3: Håndtering av tanker og følelser den nyutdannede sykepleieren får i forbindelse med moralsk stress

Hovedspørsmål:

- Hadde du noen følelsesmessige og kroppslige reaksjoner i etterkant av denne hendelsen? I så fall, på hvilken måte, og kan du beskrive disse?
- Har situasjonen preget deg på noen måte i ettertid?
- Preges du når du går hjem etter arbeidsdager med moralsk stress? I så fall på hvilken måte preger det deg?
- Snakket du med noen på jobb om denne situasjonen, og hvordan erfarte du samtalen?
- Blir dere oppfordret til å snakke om situasjoner som dette på jobb?

Tema 4: Hva mener sykepleieren ville hjulpet henne til å handle annerledes i situasjonen

Hovedspørsmål:

- Hvilke faktorer i din arbeidssituasjon opplevde du at hindret deg i å handle etter det du selv følte var rett?

- Hva tror du at du trengte for å klare og handle etter det du selv følte var rett?

Avsluttende spørsmål:

- Har slike situasjoner påvirket trivselen din på jobb, og i så fall hvordan?
- Har du noen gang vurdert å slutte som sykepleier på grunn av slike situasjoner jeg kaller moralsk stress?
- Er det noe mer du vil fortelle meg?

Vedlegg 5

Trinnvis analyseprosess med utgangspunkt i Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) (Smith, Flowers & Larkin, 2009; Smith & Osborn, 2003).

Trinn 1. *Reading and re-reading*

Her lytter forskeren til båndopptaket før transkripsjonen blir lest gjennom flere ganger. I dette trinnet leses den første transkripsjonen igjennom for å få et overblikk av selve intervjuet og for å få et aktivt engasjement til dataene. (Smith, Flowers & Larkin, 2009)

Trinn 2. *Initial noting*

Her leser forskeren gjennom intervjuet og notere i venstre marg alt som fanger interesse og er vesentlig. Det er ingen regler for hva som kommenteres i dette trinnet. (Smith (& Osborn), 2003)

Trinn 3. *Developing emergent themes*

I dette trinnet starter man fra begynnelsen igjen av transkriptet og bruker høyre marg til å skrive ned titler på nye temaer som fremkommer. Her endres notatene fra venstre marg seg til mer konsise setninger i høyre marg. Hensikten med de nye temaene er å finne uttalelser som kan ha en teoretisk sammenheng på et høyere nivå, innenfor og mellom de ulike intervjuene, samtidig som det er tro mot det den enkelte har sagt. (Smith & Osborn, 2003). Å identifisere emergent themes gjør at man bryter opp den narrative flyten i teksten, og kan representere det som skjer i den hermeneutiske sirkel der hele teksten blir et sett med deler, men som vil bli helt igjen i slutten av analysen når temaene skal gjøres om til narrativer (Smith, Flowers & Larkin, 2009, s. 91, Smith & Osborn, 2003)

Trinn 4. *Searching for connections across emergent themes*

Temaene fra høyre marg blir satt opp kronologisk som det fremkommer i intervjuet i en såkalt initial list of themes (tabell 1) på et Word-dokument, og man skal deretter se etter sammenhenger mellom dem. I dette trinnet skal forskeren utvikle og gjøre en kartlegging av hvordan temaene passer sammen. Her er det en mer analytisk eller teoretisk ordning ettersom forskeren prøver å finne mening i sammenhengene mellom temaene som oppstår. I denne tabellen tok jeg med sitatet som temaet er hentet fra slik at det var lettere for meg å se hva som har skapt temaet. Noen av temaene vil bli trukket sammen, en såkalt clustering of themes som eksemplifiseres i tabell 2. (Smith & Osborn, 2003). Hensikten med clustringen er å lage

en struktur som gir forskeren mulighet til å peke på de mest interessante og viktigste aspektene som er kommet frem (Smith, Flowers & Larkin, 2009).

Clusteringene som skaper grupperinger blir gitt et eget navn som dermed skal representeres som overordnede temaer og kalles for superordinate themes, som presenteres i tabel of themes (tabell 3). Tabel of themes er en liste av relevante temaer som er blitt klassifisert som undertemaer og hører til noen overordnede temaer. Hvert undertema blir kodet med sidetall og linjetall for å finne tilbake til hvor i teksten dette temaet oppstår. (Smith & Osborn, 2003). Tabell 1, 2 og 3 nedenfor er et eksempel på initial list of themes, clustering of themes og tabel of themes for å vise hvordan dette rent praktisk er blitt gjort i ett av intervjuene.

Trinn 5. Moving to the next case

Her blir analyseprosessen gjentatt i neste intervju som i trinn 1 til 4. Her kan man gjenkjenne likheter og ulikheter mellom intervjuene. Det er viktig at forskeren lar nye temaer få lov til å dukke opp selv om det er naturlig at man blir påvirket av de forrige intervjuene. (Smith, Flowers & Larkin, 2009). Dersom lignende temaer fremkommer i de andre intervjuanalysene vil disse kunne hjelpe å belyse temaet ytterligere.

Trinn 6. Looking for patterns across cases

I det siste trinnet skal forskeren se etter mønstre mellom de ulike intervjuene. Her kan man se etter hvordan tema fra de ulike intervjuene belyser hverandre og hvilke temaer som er mest framtrepende. (Smith, Flowers & Larkin, 2009). Her fikk sub-temaene i tabel of themes som hørte sammen en fargekode, eksempel gul farge for alle som sa noe om at det var et ideal å «hjelp andre». Alle de som ble gule og sa noe om å «hjelp andre» ble sammenlignet og fikk deretter en ny tittel som ble et nytt sub-tema og skulle dermed være beskrivende for hele gruppen. De tre superordinate themes ble fortsatt værende da de passet for hele gruppen, men tittelen endret seg litt fra tabel of themes til master tabel of themes. I IPA må forskeren prioritere temaer hun ønsker å fokusere på og begynne å redusere dem. Dette vil bli presentert som en master tabel of themes som viser hvordan temaene er nøstet sammen inn under superordinate themes for alle intervjuene og som illustrerer temaene for alle informantene. (Smith & Osborn, 2003).

Tabell 1 Initial list of themes

Initial list of themes
Hjelpe andre, være til nytte
Ta seg av mennesker i vanskelige situasjoner, nok fagkunnskaper til å svare på spørsmål
Stole på, bli sett, hjelpe, fagkunnskaper
Ikke stresset, tok seg god tid, gjorde jobben
Empati, omsorg og profesjonalitet
Ikke tid til å være den sykepleieren du ønsker, ha kunnskaper om mye, veldig travelt, profesjonelt ansvar
Nedprioritering av viktige ting på grunn av travelt, går ut over faglig forsvarligheten
Tenker på det en stund etterpå, prøver å glemme det
Ingen oppfordring i arbeidsmiljøet om å ta opp vanskelige ting, hjelper å snakke med noen.
Travelt fører til stress og nedsatt trivsel, prioriterer annerledes, kan gå ut over faglig forsvarlighet? Arbeidsmiljøet påvirkes negativt.
Travelt fører til stress og nedsatt trivsel, prioriterer annerledes, kan gå ut over faglig forsvarlighet? Arbeidsmiljøet påvirkes negativt.
Travelt fører til mistriivsel og at hun vil slutte. Pasientenes opplevelse av travelt påvirker henne.
Opplevs mindre travelt med mer erfaring, stoler mer på seg selv, som nyutdannet vil du gjøre alt rett

Tabell 2 Clustering of themes

Clustering of themes
<p>Hjelpe andre, være til nytte</p> <p>Stole på, bli sett, hjelpe, fagkunnskaper</p> <p>Ikke stresse, tok seg god tid, gjorde jobben</p> <p>Empati, omsorg og profesjonalitet</p>
<p>Ta seg av mennesker i vanskelige situasjoner, nok fagkunnskaper til å svare på spørsmål</p> <p>Ikke tid til å være den sykepleieren du ønsker, ha kunnskaper om mye, veldig travelt, profesjonelt ansvar</p> <p>Nedprioritering av viktige ting på grunn av travelt, går ut over faglig forsvarligheten</p> <p>Travelt fører til stress og nedsatt trivsel, prioriterer annerledes, kan gå ut over faglig forsvarlighet? Arbeidsmiljøet påvirkes negativt.</p> <p>Travelt fører til mistriivsel og at hun vil slutte. Pasientenes opplevelse av travelt påvirker henne.</p> <p>Tenker på det en stund etterpå, prøver å glemme det</p> <p>Et valg om prioriteringer på grunn av begrenset tid, føler press fra kollegaer</p> <p>Opplevs mindre travelt med mer erfaring, stoler mer på seg selv, som nyutdannet vil du gjøre alt rett</p>
<p>Ingen oppfordring i arbeidsmiljøet om å ta opp vanskelige ting, hjelper å snakke med noen</p>

Tabell 3. Tabel of themes

Tema 1 Ideal	Sidetall og linjetall	Nøkkelord
Hjelpe andre	1.13-15	Hjelpe andre, være til nytte
Være pålitelig, ha kunnskaper	1.24-26	Stole på, bli sett, hjelpe, fagkunnskaper
Gjøre jobben, ikke stresse	1.27-31	Ikke stresset, tok seg god tid, gjorde jobben
Være omsorgsfull og empatisk	1.35	Empati, omsorg og profesjonalitet
Tema 2 Forventninger og realiteten		
Forventninger om kunnskaper og håndtere vanskelige situasjoner	1.18-21	Ta seg av mennesker i vanskelige situasjoner, nok fagkunnskaper til å svare på spørsmål
Opplevelse av å ikke kunne være den sykepleieren hun ønsker på grunn av travelhet	2.39-45	Ikke tid til å være den sykepleieren du ønsker, ha kunnskaper om mye, veldig travelt, profesjonelt ansvar
Travelhet går ut over faglig forsvarlighet	3.86-97	Nedprioritering av viktige ting på grunn av travelhet, går ut over faglig forsvarligheten
Travelhet fører til stress og mistriivsel på jobb, kan gå ut over faglig forsvarlighet	7.186-193	Travelhet fører til stress og nedsatt trivsel, prioriterer annerledes, kan gå ut over faglig forsvarlighet? Arbeidsmiljøet påvirkes negativt.
Vurdert å slutte pga travelhet, og får ikke ivaretatt viktige etiske idealer	7.197-203	Travelheten fører til mistriivsel og at hun vil slutte. Pasientenes opplevelse av travelheten påvirker henne.
Ikke alltid lett å legge tankene fra seg	4.98-103	Tenker på det en stund etterpå, prøver å glemme det
Opplevelse av forventninger og press fra kollegaer	4.104-110	Et valg om prioriteringer på grunn av begrenset tid, føler press fra kollegaer
Mer erfaring og fagkunnskaper gir trygghet og reduserer opplevelsen av travelhet	7.206-212	Opplevs mindre travelt med mer erfaring, stoler mer på seg selv, som nyutdannet vil du gjøre alt rett
Tema 3 Opplevelse av ledelsen		
Ingen oppfordring om å snakke om vanskelige ting	6.162-170	Ingen oppfordring i arbeidsmiljøet om å ta opp vanskelige ting, hjelper å snakke med noen

Tabell 5. Master tabel of themes for hele gruppen med informanter										
Informant:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tema 1 Opplevelse av å være sårbar med for stort ansvar, og under tidspress										
Opplevelse av travelhet og tidspress	3.75-92, 6.178-182, 7.204-213,	9.287-291, 7.200-210, 9.284-287, 9.291-295 6.171-174	3.95-108, 3-4.95-101	3.74-85	1.24-30, 3.66-75, 7-8.222-229, 13.416-420, 13.400-407, 10.307-313,	10.303-308, 2.40-43, 9.283-286, 10.317-321 3.80-85	2.42-63		2.39-45, 3.86-97, 4.104-110, 7.186-193, 7.197-203	2-3.41-73, 12.377-385
Opplevelse av for mye ansvar og for lite kompetanse	6.182, 7.196-199, 7.204-213, 7.224-226, 13.401-407, 13-14.426-439 7.216-222, 11.342-350	2.44-57,	7.219-224, 10.318-320 6.170-172, 6-7.197-203, 7.219-224, 10.318-320, 7.216-222, 11.342-350, 2.36-40, 2.41-47, 1.14-18, 3.67-74,	9.269-278, 5.132-140, 9-10.280-306 2.38-48, 3.74-85, 1-2.29-34,	1.24-30, 9.267-280	2.43-47,	6.180-193, 1.18-19, 2.54-63	7.200-206, 7.210-219, 3.69-82, 3.69-82, 1.25-30, 2.52-61		8-9.256-265, 10.336-337 1.18-24, 2-3.41-73
Å føle på usikkerhet og sårbarhet	13.412-422, 1.20-25, 1-2.28-33, 3-4.93-104, 4.105-111 .. 7.208-213, 7.222-226,	2.35-41 1.19-24, 1.24-27, 2.41-44, 9.287-291, 5.141-144, 6.171-174,	3.74-78, 3.78-80, 3.93-95, 4.102-108, 3.80-85, 3.86-93, 8.240 7.222-226, 8.239-244	11.349-354 1-2.29-34, 3.70-74	9.267-280, 1.24-30, 3.75-83, 7.215-222	1.21-22, 2.38-40 3-4.86-115	10.325-237, 2.38-40 1.18-19, 9.270-277, 11.338-343, 11.343-349, 3.71-94, 5-6.156-177, 7.218-228		1.18-21, 2.52-61, 7.206-212 3.64-65	10.301-311, 3.74-82, 12.377-385

	8.239-244									
Å skulle møte og hjelpe sårbare pasienter		1.18-19		1.18-26, 2.34-38, 2.34-38, 1.13-18	4.105-110					12.368-375
Tema 2 Opplevels en av ikke å ha gjort det rette gjør noe med meg										
Angrer på det som skulle blitt gjort annerledes	6.169-171, 7.220-222, 5.158-175	7-8.227-230			12.365-369		5.139-149, 5.149-153	4-5.120-129		9.286-296, 10-11.323-337
Å ha bekymringstanker og føle på en usikkerhet	4.123-152, 7.199-200, 5.149-152, 7.217-220	8-9.260-267, 7-8.227-230, 8.245-252, 8.253-257, 8.257-260, 7.200-210	11.350-351,	4-5.117-140, 5.155-160, 8-9.238-261, 7.217-221, 10.308-319, 7.211-217, 11.341-346, 8-9.238-261, 4-5.117-140, 5.155-160, 7-8.225-228	6.190-193, 10.305-307, 12.369-375, 7.201-205, 6.189-190, 7.197-200, 12.386-392, 3-4.92-110	8.229-235, 7.229-242	5.139-149, 5.149-153, 8.246-249, 7.201-210, 8.229-243	4-5.120-129, 5.141-155	4.98-103	7.219-229, 6-7.197-206, 8.244-265, 9.286-296
Troen på seg selv og som sykepleier blir påvirket	5.152-153, 11.334-336, 11-12.359-364, 12.366-369, 4.123-153		9.268-271, 10.327-330, 9-10.295-301,		10.313-320	7.211-216, 7.216-218				

Det gir ulike følelsesmessige og kroppslige reaksjoner som kan påvirke livskvalitet og trivsel	12-13.391-400, 7.215-217, 10-11.323-332,	4.120-124, 5.134-138	8.254-262, 6.177-178, 6.179-180, 6.179-180, 9.287-293, 10.303-308, 8.254-262, 10.322-324, 11.350	5.148-160, 11.336-341,	9.284-287, 9-10.293-296, 12.362-363, 10.296-298, 12.383-384 8.241-244 13.409-416	5.158-161, 10.311-315, 5.149-154, 7.203-211, 7.218-224 3.64-77	8.246-249, 11.331-332, 8.253-260	5.141-155, 4-5.120-129, 5.141-155		9.268-281 10-11.323-337, 7-8.231-235, 8.253-256, 8.235-239, 11.355-356, 9.268-281
Tema 3 Maktesløshet ovenfor systemet										
Å ikke bli hørt eller tatt på alvor av ledelsen når man har behov for å føle seg anerkjent og forstått	8.237-240 8.248-252	4-5.125-134, 5.146-149, 9.268-279	10.310-324, 6.172-177, 10.324-333, 6.172 9.273-275, 11.351-352, 11.359-365, 6.182-192	6.179-193, 4.122-126, 8-9.258-261	9.287-290, 12.375-381, 10-11.322-343, 8.242	8.249-253, 8.258-261, 8.245-248, 9.266-278, 9.289-292, 10.295-300, 9.278-279 8.253-258, 8.253-258, 9.278-279		5.158-163	5.156-158	10.313-320, 10.331-336
Økonomi og ressurser strekker ikke til, dette gir følelsen av arbeidspress, og kan gå ut over forsvarligheten	10-11.332-334, 9.263-269, 9.269-273,	3-4.94-100, 4.101-112, 6.176-179, 6-7.185-198, 9.273-280, 4.101-112, 6.176-179, 6-7.185-198, 6.179-	5.157-160, 6.195-197, 5.160-164, 9.271-273 10.334-338 5-6.164-170 6.180-182	8.228-237, 4.114-122, 10-11.321-333	11.355-359, 11-12.359-362, 9.290-293, 8-9.244-261, 13.420-424, 13-14.424-430 11.345-355	8.249-253, 8.258-261, 9.266-278, (6.176-179, 8.235-242), 9.289-292, 5.154-158, 6.190-198, 5.140-147, 5.154-158,	3.71-94, 5-6.156-177, 10.317-323, 10.300-304, 9.267-272, 9.277-288, 10.300-304	4.106-113, 6.161-164, 4.101-104, 5.128-129, 5.131-138, 5.136-138, 6-7.189-192, 8.231-233, 6.180-183	6.181-183, 4.119-121, 3.67-77, 3.78-80, 4.119-121, 4-5.125-129, 6.178, 181-183, 5.150-154, 5.142-144, 3.62-64, 6.181-	11.342-348

	185, 6.170, 9.273- 280, 6.164- 168 5.154- 158				8.248- 249, 5- 6.161- 173, 2.58-63 6.176- 179, 8.235- 242 9- 10.260- 263 6.179- 188, 10.295- 300		6.170- 173 8.227- 231	183, 6.178, 181- 183. 6.162- 170, 7.208- 216	
--	--	--	--	--	---	--	------------------------------------	---	--

Til
Susanne J Edvardsen

Intern ID
Tildeles av
forskningsavdelingen

Ephorte saksnr
2015/3700

Saksbehandler:
Inger H Bleskestad,

Dato:
17.09.2015

Personvernombudets tilråding for masterprosjektet: «Den nyutdannede sykepleierens opplevelse av moralsk stress»

Det vises til innsendt melding om behandling av personopplysninger/helseopplysninger av 07.09.2015.

Behandling og utlevering av person - /helseopplysninger i denne saken meldes til personvernombudet med hjemmel i Personopplysningsforskriften § 7-12, jf. Personopplysningsloven § 31 første ledd.

Formålet med prosjektet er å få kunnskaper om nyutdannede sykepleieres opplevelse av moralsk stress for å kunne bidra til å forhindre utbrenthet hos sykepleiere og styrke kvaliteten i omsorgen for pasienter. Dette vil bli belyst ved å intervju 8-10 sykepleiere som har jobbet mellom 1og 3 år, jobber i kirurgisk divisjon, og er kvinne under 30 år.

På bakgrunn av forskningsprosjektets omfang, varighet, samt opplysningenes sensitivitet, vurderer personvernombudet at prosjektet *ikke* er konsesjonspliktig. Det er personvernombudet som da tar stilling til om prosjektet skal tilrås med hjemmel i Personopplysningsforskriften § 7-27, som omhandler behandling av personopplysninger i forbindelse med forskningsprosjekter.

Personvernombudet tilrår prosjektet med hjemmel i personopplysningsforskriften § 7-27 under følgende forutsetninger:

1. Behandling av helse- og personopplysningene skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen, jf. personopplysningsloven § 11 c). Dersom formålet eller databehandlingen endres må det straks gis melding til personvernombudet.
2. I henhold til personopplysningsloven § 8 skal den som personopplysningene omhandler samtykke til behandlingen av opplysningene. I henhold til personopplysningsloven § 2 nr. 7, skal et samtykke være: Frivillig, uttrykkelig og informert, hvorpå vedkommende godtar behandlingen av opplysningene om seg selv. For at et samtykke skal være gyldig må det samtidig informeres om hvor lenge personopplysningene skal oppbevares.
3. Tilgangen til opplysningene skjer i overensstemmelse med taushetspliktbestemmelsene.

4. Data slettes eller anonymiseres ved prosjekt slutt 01.10.2017.
Det skal ved prosjektslutt sendes *sluttmelding* og *bekreftet sletting* til forskningsavdelingen.
5. Prosjektets data skal oppbevares forsvarlig og i henhold til personopplysningsforskriftens kapittel 2. Personopplysninger lagret på mobile enheter må krypteres tilstrekkelig. Personopplysninger i papirformat/lydbåndopptak må oppbevares i låsbart skap på prosjektleder/medarbeideres kontor.

Inger H Bleskestad

Inger H Bleskestad
Personvernombud

Kopi:
Divisjonsdirektør