



## **VIDEREUTDANNING I PALLIATIV OMSORG**

Fordypningsoppgave  
VIU8432

Sykepleier sine erfaringer i møte med sorg og lidelse hos alvorlig syke og døende mennesker

**FORFATTER: TINA ELISABETH NORDSETH**

Dato: 11.05.2015

## SAMMENDRAG

<b>Tittel:</b>	Sykepleier sine erfaringer i møte med sorg og lidelse hos alvorlig syke og døende mennesker.	<b>Dato :</b> 11.05.15
<b>Deltaker(e)/</b>	Tina Nordseth	
<b>Veileder(e):</b>	Marit Tømmerbakk	
<b>Evt. oppdragsgiver:</b>		
<b>Stikkord/nøkkel ord (3-5 stk)</b>	Palliativ omsorg, helsepersonell, sykepleier- pasient- relasjonen, mestringsstrategier.	
<b>Antall sider/ord:</b> 37, 9686 ord	<b>Antall vedlegg:</b> 2	<b>Tilgjengelighet (åpen/konfidensiell):</b>
<p><b>Bakgrunn:</b> Sykepleiere som jobber innenfor palliativ omsorg blir daglig konfrontert med lidende og sårbare mennesker. Sykepleien fordrer involvering og konfrontering ovenfor krevende etiske dilemmaer i møte med pasienter og deres pårørende.</p> <p><b>Hensikt:</b> Hensikten med studien er å undersøke sykepleiere sine erfaringer i møte med sorg og lidelse hos alvorlig syke og døende mennesker, og hva som påvirker disse erfaringene i palliative omsorgstjenester. Hvilke hjelpetiltak har sykepleiere ervervet for å kunne stå i pasienter sin lidelse, og hva er konsekvensene av at sykepleier ikke ivaretar seg selv?</p> <p><b>Metode:</b> En systematisk litteraturstudie som er basert på aktuell litteratur og forskning.</p> <p><b>Resultater:</b> Sykepleieres bekymringer relateres til utfordringer i henhold til kommunikasjon og informasjonsformidling, relasjons- og samhandlingsvansker samt organisering og ressurstilgang som sykepleierne har til rådighet.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Funn viser til at sykepleiere som arbeider innenfor fagfeltet palliativ omsorg er en risikogruppe for å utvikle arbeidsrelatert stress. Til tross for dette, rapporteres ikke opplevelsen av stress og utbrenthet som høyere enn i andre fagfelter. Årsaker til dette er sterk jobbtilfredshet, og opplevelse av mening i arbeidet. Profesjonell grensetting, sosial støtte, fellesskap, veiledning og refleksjon beskrives mestringsstrategier og forebyggende tiltak.</p>		

## ABSTRACT

<b>Title:</b>	Nurse's experiences in facing grief and suffering of seriously ill and dying people.	<b>Date :</b> 11.05.15
<b>Participants/</b>	Tina Nordseth	
<b>Supervisor(s)</b>	Marit Tømmerbakk	
<b>Employer:</b>		
<b>Keywords</b> (3-5)	Palliative care, health personell, nurse-patient- relations, coping.	
<b>Number of pages/words:</b> 37, 3686 words	<b>Number of appendix:</b> 2	<b>Availability (open/confidential):</b>
<p><b>Background:</b> Nurses who work in palliative care are daily confronted with suffering and vulnerable people. Nursing requires involvement and confrontation above challenging ethical dilemmas in the face of patients and their families.</p> <p><b>Aim:</b> The aim of this study is to investigate the nurse's experiences in the face of grief and suffering of seriously ill and dying people, and what that influences these experiences in palliative care. What coping measures have nurses acquired to stand in patients suffering, and what are the consequences of nurses not taking care of themselves?</p> <p><b>Method:</b> A systematic literature review based on current literature and research.</p> <p><b>Results:</b> Nurses' concerns relates to the challenges according to communication and information, relation and interaction difficulties as well as organization and access to resources that nurses have.</p> <p><b>Conclusion:</b> Findings show that nurses working in palliative care is a risk group for developing work-related stress. Despite this, there is not reported the experience of stress and burnout, as higher than in other fields. Reasons for this are strong job satisfaction, and a sense of meaning in their work. Professional branch setting, social support, community, guidance and reflection describes as coping strategies and preventive measures.</p>		

# Innholdsfortegnelse

<b>1 Innledning</b> .....	<b>5</b>
1.1 Bakgrunn .....	5-6
1.1.1 Hospicefilosofien og palliativ omsorg .....	6
1.1.2 Nærhetsetikken .....	6-7
1.1.3 Kommunikasjon og relasjoner .....	7-8
1.1.4 Compassion fatigue og utbrenthet .....	8
1.2 Hensikt og problemstilling .....	8-9
<b>2 Metode</b> .....	<b>10</b>
1.3 Inklusjonskriterier .....	10-11
1.4 Søkehistorikk .....	11
1.5 Innholds- og tematisk analyse .....	12-14
1.6 Kildekritikk .....	15-16
<b>3 Resultater</b> .....	<b>17</b>
1.7 Kommunikasjon og informasjonsformidling .....	17
1.8 Relasjoner/ samhandling/ pårørende .....	18
1.9 Organisering .....	19
1.10 Mestrings – og forebyggende tiltak .....	19-20
<b>4 Diskusjon</b> .....	<b>21</b>
4.1 Kommunikasjon og informasjonsformidling .....	21-23
4.2 Relasjoner/ samhandling/ pårørende .....	24-27
4.3 Organisering .....	27-29
4.4 Mestrings – og forebyggende tiltak .....	29-30
4.5 Kritisk vurdering .....	31
<b>5 Konklusjon</b> .....	<b>32</b>
<b>6 Litteraturliste</b> .....	<b>33-36</b>
Vedlegg 1 .....	37
Vedlegg 2 .....	37-38

**Antall ord: 9686**

# **1 Innledning**

Temaet i oppgaven omhandler omsorg til alvorlig syke og døende mennesker, og relateres til sykepleieres opplevelser av å skulle stå i pasienter sin lidelse og sorg. Å yte sykepleie til denne pasientgruppen er blant de største utfordringene sykepleiere møter i sitt arbeid. Det er en rekke praktiske og psykiske utfordringer knyttet til behandling, pleie og omsorg til mennesker med kort forventet levetid, og dette stiller store krav til sykepleier. Møtet mellom sykepleier og pasient er sentralt for hvordan omsorgen skal arte seg og for relasjonen som skal etableres. Kvaliteten på relasjonen har stor betydning for hvordan pasienter føler seg møtt, og for hvordan avslutningen på livet til den rammede blir. I møte med pasientgruppen kreves det faglig dyktighet, mot, vilje og evne av sykepleier til å gi av seg selv. For å kunne utføre omsorgen trenger sykepleier kunnskaper om seg selv og hva slags tanker, følelser og reaksjoner som utløses hos en selv i utfordrende situasjoner (Kalfoss, 2007). Gjennom min videreutdanning i palliativ omsorg har jeg ervervet kunnskaper som har gitt meg større innsikt og forståelse for kompleksiteten rundt det å være vitne til menneskelig lidelse, kroppslige plager og livstruende skader for det enkelte menneske. Som sykepleier i møte med alvorlig syke og lidende mennesker kan en kjenne seg maktesløs og sårbar. For å kunne gi god omsorg fordrer det et personlig engasjement på den ene siden, mens en på den andre siden ikke skal bli for nært personlig knyttet til pasienten, dette for å kunne opptre profesjonelt og være i stand til å foreta faglige vurderinger. Denne balansegangen har jeg opplevd som utfordrende gjennom egen sykepleieutøvelse.

## **1.1 Bakgrunn**

Sykepleiere som jobber innenfor palliativ omsorg blir i deres arbeid daglig konfrontert med lidende og sårbare mennesker. Sykepleien fordrer involvering og konfrontering ovenfor krevende etiske dilemmaer i møte med pasienter og deres pårørende. Medfølelse og empati er essensielle verdier i sykepleien, og til tross for at det er et privilegium å pleie svake og syke i deres ytterste sorg og nød, er dette også noe som personlig koster for sykepleier. Dette er krevende arbeid og kan være potensielt utmattende for den enkelte sykepleier. Daglig utsettes sykepleiere for stressorer og kanskje skyldfølelse av at en ikke har lyktes i å møte pasienter sin

lidelse, eller opplever å ikke kunne kommunisere med pasient og deres pårørende på en tilfredsstillende måte. Tanker og følelser som sykepleier sitter igjen med blir kanskje ikke bearbeidet, og en kan sitte igjen med en følelse av maktesløshet, at en ikke strekker til og tapet av å miste personen de nylig har rukket å bli glad i. Sykepleiere kan oppleve det som en forventning fra mennesker de møter at dette er situasjoner sykepleier skal klare å stå i, og mestre på en tilfredsstillende måte uansett hva (Chow, 2011; Damsgaard, 2010). Forskning viser til at stressorene sykepleiere møter i sitt arbeid kan lede til utbrenthet og compassion fatigue hos helsepersonell. For å kunne forebygge tilstandene er det behov for å utforske bidragsårsakene og etablere mestringsstrategier for sykepleiere (Kearney et al., 2009).

### **1.1.1 Hospicefilosofien og palliativ omsorg**

Palliativ omsorg har sitt utspring i hospicebevegelsen som ble etablert av Cicely Saunders på 1960-tallet i England. Saunders sine tanker rundt tilnærmingen til pasienten med begrepet ”total pain” er en hjørnestein i palliativ omsorg og beskriver forskjellige sider av smerte. Smerten kan ha fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle faktorer som kan påvirke hverandre. Det er hele menneskets livssituasjon som skal være i fokus, ikke bare sykdommen. Omsorgen rettes mot hele mennesket, og inkluderer også familien. Saunders sine tanker fremmet fokus på helhetlig tilnærming fra ulike profesjoner (Strømskag, 2012).

”Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid”. Sentralt er lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målsetningen av all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasient og pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet (Helsedirektoratet, 2015, s. 10).

### **1.1.2 Nærhetsetikken**

Den viktigste eksponenten for nærhetsetikken er Knut E. Løgstrup. Nærhetsetikkens hovedpoeng er at en må være oppmerksom på det særskilte ved den enkelte situasjon og ved hvert pasientmøte (Brinchmann, 2008). Å befinne seg i en situasjon med et annet menneske, vil si å befinne seg i en moralsk situasjon. Kjennetegnet på en

moralsk situasjon er ikke at en nødvendigvis opptrer moralsk i betydningen moralsk godt, men omhandler at en må gjøre et valg mellom godt og ondt. Situasjonen gir oss mulighet til å være god eller ond (Henriksen og Vetlesen, 2006). Det ligger i nærhetsetikkens betoning at menneskenes gitte avhengighet og sårbarhet, at vi angår hverandre som mennesker, at min skjebne er vevd inn i din, og motsatt. Denne gjensidige innvevdheten kaller Løgstrup for interdependensen (Henriksen og Vetlesen, 2006). Det å være gjensidig avhengige av hverandre betyr makt, og i den makt vi har ovenfor hverandre melder det seg en fordring om at hver enkelt av oss skal ta vare på det liv som ligger i våre hender. Dette er den etiske fordringen, jamfør Løgstrup. Fordringen krever at en må skjønne hva som er riktig å gjøre. En skal bruke den makten en har over andre, til deres beste, slik jeg selv forventer at de skal bruke makten de har over meg. Det avgjørende spørsmålet, etisk og moralsk, er derfor ikke hvordan vi kan unngå den makt vi har ovenfor hverandre, men hvordan vi bruker den (Brinchmann, 2008; Fink, 2010). Nærhetsetikken har sin styrke i at den tar utgangspunkt i at mennesker er sårbare og avhengige vesener, med den konsekvens at relasjoner ofte er asymmetriske. Målet må være en mest mulig utjevning innenfor en relasjon som starter som asymmetrisk (Henriksen og Vetlesen, 2006). Den etiske fordringen består i å svare på appellen fra pasienten sitt ansikt, eller å ta imot uttrykket fra pasienten på en slik måte at det blir godt for pasienten (Brinchmann, 2008).

### **1.1.3 Kommunikasjon og relasjoner**

Kommunikasjon dreier seg om alle de prosessene mennesker påvirker hverandre gjennom, der en står ovenfor å skape en felles forståelse. Kommunikasjon er det som bygger, utvikler og opprettholder relasjoner, og er et viktig område for å skape tillitt i forholdet mellom sykepleier og pasient. Som sykepleier skal en gjennom sin måte å kommunisere på kunne styrke, støtte og hjelpe pasienter til å ivareta sine behov. For å kunne gjøre det må sykepleier ha fagkunnskap, empati for pasientene og være målorientert. Måten sykepleier møter pasienter på er essensiell. Hjelperens interesse, innlevelsessevne og vilje til å lytte aktivt er viktig for kontakten (Eide og Eide, 2007).

En relasjon står i forbindelse med en annen og blir beskrevet som å være i et forhold, eller i kontakt med en annen. Å utvikle gode relasjonelle evner handler om at sykepleier er villig til å ta i bruk seg selv, både kognitive, følelsesbaserte og intuitive sider ved egen person. Behandling av pasienter forutsetter at det utvikles en relasjon

mellom sykepleieren og pasienten, basert på tillit og samarbeid. For at sykepleier skal få utøvd sitt yrke er en avhengig av tillit og dette er noe den enkelte sykepleier må gjøre seg fortjent til, for å få lov til å hjelpe pasienter (Eide og Eide, 2007).

#### **1.1.4 Compassion fatigue og utbrenthet**

Compassion fatigue er en tilstand som rammer yrkesgrupper der det kreves stor evne til empati, innlevelse og omsorg over tid. I sykepleiesammenheng utløses den gjerne ved at en kommer for nær pasienter sin lidelse, og at en blir syk ”av å gjøre jobben” (Portnoy, 2011). Symptomer på compassion fatigue kan være redusert engasjement, angst, samvittighetsnag, irritabilitet, konsentrasjonsvansker, unnvikelse, tilbakevendende ubearbeidede minner av vanskelige kliniske situasjoner, sosial tilbaketrekning, søvnforstyrrelser og appetittforandringer. Konsekvensene av compassion fatigue kan være at sykepleier ikke gir av seg selv som en beskyttelse, med sterk profesjonell avstand og grensesetting. Dette kan igjen bidra til at det gis redusert omsorg til pasientene en møter (Kearney og Weininger, 2011).

Med utbrenthet menes en fysisk, mental og følelsesmessig utmattelse. Dette kan skyldes at rammebetingelser for eget arbeid ikke foreligger, slik som for eksempel tid og økonomi. Altså stresset sykepleier opplever ved å ikke få utført eget arbeid slik som det ønskes eller kreves. Typiske kjennetegn er at arbeidet mister sin meningsverdi og interesse, engasjement, arbeidslyst og energi som er forbundet med jobben forsvinner. Eksempler kan være for mye arbeid, for lange dager eller for lite tid til å nullstille seg. I den tidlige fasen av ”burnout syndromet” kan en kjenne seg trøtt, utmattet og får nedsatt effektivitet. I den senere fasen oppstår det en tilbaketrekningstendens og noen blir deprimerte. Følelsen av at ens jobb verken gir mening eller positiv stimulans blir fremtredende (Kearney og Weininger, 2011).

## **1.2 Hensikt og problemstilling**

Hensikten med studien er å undersøke sykepleiere sine erfaringer i møte med sorg og lidelse hos alvorlig syke og døende mennesker, og hva som påvirker disse erfaringene i palliative omsorgstjenester. Hvilke hjelpetiltak har sykepleiere ervervet for å kunne stå i pasienter sin lidelse, og hva er konsekvensene av at sykepleier ikke ivaretar seg selv? Dette er viktige kunnskaper for sykepleier å inneha og være seg bevisst for å



klare å stå i krevende situasjoner ovenfor de rammede på en tilfredsstillende måte. Kunnskap kan styrke sykepleier sin profesjonalitet og øke sykepleiens kvalitet. Jeg håper i tillegg at mine lesere kan trekke paralleller til egen hverdag, og dra nytte av litteraturstudien i sin praksis. Jeg synes mitt tema og min problemstilling er viktig da jeg opplever lite fokus på ivaretagelse av hjelper innenfor palliativ omsorgstjenester, og anser temaet som utilstrekkelig belyst.

*Hva er sykepleiere sine erfaringer og opplevelser knyttet til møte med lidelse og sorg ovenfor alvorlig syke og døende mennesker?*

## 2 Metode

Metoden som er benyttet i denne studien er litteraturstudie. Min litteraturstudie baserer seg på fem utvalgte vitenskapelige artikler jeg anser som relevante for min problemstilling. Et litteraturstudie går ut på å skrive et sammendrag om forskning som allerede er utført på et bestemt område. Først er det nødvendig med en problemstilling som formulerer hva en ønsker svar på i litteraturstudien. Deretter må en benytte ulike strategier for å komme frem til relevant litteratur (Aveyard, 2014). En vitenskapelig studie utføres hovedsakelig ved hjelp av to metoder. De studiene som bruker kvantitativ metode innebærer å gjøre om informasjon til konkrete målbare enheter. For eksempel et spørreskjema med avkrysningsalternativer. En kvalitativ metode derimot, kan være å finne ut hvordan et fenomen oppleves av ulike individer og handler om å finne synspunkter og opplevelser som ikke kan omformes til tall eller målinger (Dalland, 2012).

Jeg har i min besvarelse søkt svar på problemstillingen gjennom systematiske søk og analyse av relevant litteratur. Deretter har jeg utført en kritisk gjennomgang av litteratur som er benyttet. Hensikten med en kritisk analyse av litteratur er for å få frem eventuelle mangler og svakheter i forskning og studier (Dalland, 2012). Fordelen med en litteraturstudie er at en får god oversikt over et bestemt tema som kan bidra til å redusere betydningen av enkeltstudier. Litteraturstudie kan også lede til nye oppdagelser som kan bidra til å legge grunnlag for evidensbasert praksis. Ulempen med litteraturstudie som metode kan være at søker har valgt ut litteratur og forskning en anser at passer best for ens problemstilling, og ekskludert studier en anser som mindre interessant. Slik kan en komme i fare for å lage en skjev fremstilling av forskningen som er gjort på et bestemt tema. Litteraturutvelgelsen er derfor subjektiv og kan bære preg av min førforståelse om temaet. Samtidig kreves det en forskningsetisk bevissthet slik at en tilstreber å fremstille et mest mulig representativt utvalg av den tilgjengelige forskningslitteraturen (Aveyard, 2014; Dalland, 2012).

### 2.1 Inklusjonskriterier

Deltagere: Sykepleiere som jobber innenfor palliative omsorgstjenester.

Tema: Sykepleiere sine opplevelser, utfordringer og erfaringer i møte med lidelse og sorg ovenfor alvorlig syke og døende mennesker.

Kontekst: Sykepleier- pasient- relasjonen. Jeg vil ta for meg palliative omsorgstjenester på generell basis, og ikke avgrense i forhold til omsorgsenheter da fokuset på ivaretagelse av hjelper er like gjeldene innenfor sykehus, palliative team, hospice, sykehjem og hjemmebasert omsorg.

Studiedesign: Kvalitativ forskning.

Språk: Norsk, nordisk og engelsk.

## **2.2 Søkehistorikk**

Aktuelle databaser jeg har benyttet er Bibseys Ask, Google Scholar, SveMed, Helsebiblioteket, Ovid Nursing database og Cinahl database. Dette er databaser for helsepersonell og er anbefalt fra Høgskolen i Gjøvik. I følge Dalland (2012) er vitenskapelige artikler basert på forskning og er vurdert av eksperter i fagområdet, i tillegg er de publisert i tidsskrifter eller publikasjoner fra forskningsinstitusjoner. På forhånd av litteratursøk satte jeg opp kriterier for å begrense mine søk, se øvrige inklusjonskriterier samt vedlegg 1 og 2, for PICO skjema og søkehistorikk. I forbindelse med oversetting av søkeord fra norsk til engelsk, har jeg benyttet meg av SvedMed, dette da jeg tidligere har erfart viktigheten med å finne nøyaktige meshterms. Muligens har dette kvalitetssikret og bidratt til at jeg har kommet frem til mer nøyaktige søkeord. Artikkene jeg har benyttet er utvalgt på bakgrunn av overskrift, gjennomlesning av sammendrag, etter forhåndssatte kriterier samt at de kan relateres til min problemstilling. Forskningsartikkene foreligger i fulltekst på databasene.

## 2.3 Innholds- og tematisk analyse

<b>Referanse:</b>	<b>Artikkel 1</b>	<b>Artikkel 2</b>	<b>Artikkel 3</b>	<b>Artikkel 4</b>	<b>Artikkel 5</b>
	(Peterson et al., 2010).	(Blomberg og Blom, 2007).	(Melvin, 2012).	(Ablett og Jones, 2007).	(Pereira, Fonseca og Carvalho, 2012).
<b>Hensikt:</b>	Artikkelen tar for seg de konkrete bekymringene/ utfordringene sykepleiere opplever i møte med alvorlig syke og døende pasienter.	Artikkelen beskriver hvordan helsepersonell håndterer ”vanskelige situasjoner” som oppstår i omsorgen i møte med pasienter rammet av kreft .	Artikkelen undersøker forekomsten av compassion fatigue i palliativ omsorg, dets effekter og mestringsstrategier som sykepleiere har ervervet.	Artikkelen beskriver sykepleieres opplevelser i palliativ omsorg, for å forstå faktorer som kan redusere arbeidsrelatert stress.	Artikkelen identifiserer forekomsten av utbrenthet hos palliative sykepleiere, samt risiko- og beskyttelsesfaktorer og emosjonell påvirkning.
<b>Egen vurdering:</b>	Nivå 1, fagfelleverdert. Svakheter med metodeutførelsen er at studien delvis er intervjubasert på nett. Dette kan ha bidratt til reduserte detaljeringer. I tillegg gir	Nivå 2, fagfelleverdert. Ulike yrkesgrupper ikke kun sykepleiere, dette kan dermed bidra til ulikt fokus. Gruppeintervjuer som metode kan gjøre så enkelte meninger blir undertrykt i	Nivå 1, fagfelleverdert. Artikkelen har god redegjørelse for sin metodeutførelse. Fordelen med semi- strukturert intervju er at deltakerne får snakke fritt rundt fastsatt	Nivå 1, fagfelleverdert. Dybdeintervjuer. Deltakerne i studien jobbet kontinuerlig med omsorg ovenfor pasienter i palliativ fase, og dette kvalitetssikrer funn	Nivå 1, fagfelleverdert. Artikkelen fremstår som grundig, hvor metoden er gjort særst godt rede for. Ansikt- til – ansikt, dybde og semi- strukturerte intervjuer ble benyttet. 118

	ikke det mulighet til oppfølgingsspørsmål eller spørsmålspresisering. 15 deltagere, USA. Relevant.	gruppen. På den andre siden kan det bidra til diskusjoner og drøfting innad i gruppene. 77 deltagere, Sverige. Relevant.	emne de blir spurt om. Krav om 10 års arbeidserfaring hos sykepleier. 7 deltagere, USA. Relevant.	vedrørende min problemstilling. 10 deltagere, England. Relevant.	deltagere, Portugal. Relevant.
<b>Kommunikasjon og informasjonsformidling:</b>	Bekymringer relatert til om pasienter og pårørendes behov for informasjon blir møtt på god nok måte. Vanskeligheter med å vite hva skal en skal si, og når.	Heller være til stede for pasienten, enn å gjøre. Det rapporteres at valg av strategi for tilnærming til pasienter er mer spontant enn bevisst.	Åpenhet, ærlighet og respekt i møte med pasienter og pårørende.	Bruk av humor beskrives som kommunikasjonsredskap.	Særlig utfordrende å formidle dårlige nyheter til pasienter og pårørende, potensielt utmattende å stå i andre menneskers lidelse.
<b>Relasjoner/Samhandling/Pårørende:</b>	Sykepleiere innenfor palliativ omsorg er en risikogruppe for å utvikle arbeidsrelatert stress.	Palliative sykepleiere rapporterer ikke mer stress enn sykepleiere i andre fagfelter. Utfordrende å balansere mellom å være nær og å distansere seg ovenfor pasienter og pårørende.	Compassion fatigue forekommer. Mange i grenseland. Viktigheten med å sette profesjonelle grenser fremmes, dette for at sykepleie skal kunne bevare seg selv.	Palliative sykepleiere rapporterer liten grad av utbrenthet. Ikke større stress- opplevelse enn sykepleiere i andre fagfelter. Viktigheten med å ha kontroll på seg selv.	Vanskelige etiske beslutninger ovenfor pasienter. Kontinuerlig kontakt med pasientgruppen er en risikofaktor for utbrenthet. Til tross, fremgår det lav grad av utbrenthet i fagfeltet.

<b>Organiseri ng:</b>	Bekymringer relatert til tid og kvaliteten på omsorgen som ytes.	Kravet om effektivitet øker sykepleier sin stressopplevelse. Tid og økonomi kan være styrende for omsorgen som gis. Utfordrende med organisatoriske endringer.	Behov for økt fokus på compassion fatigue, tidligere identifikasjon og symptomkartlegging.	Sykepleiere er avhengige av trygghet og stabilitet på deres arbeidsplass for å yte god omsorg ovenfor pasienter.	Bekymringer/ belastninger relatert til overarbeid, rollekonflikter, økonomi og tidspress.
<b>Mestrings- og forbyggend e tiltak:</b>	Opprettholde profesjonell distanse, øve på kommunikasjonstrening og teknikker.	Personlig vekst og utvikling fremmes som positiv gevinst. Behov for daglig refleksjon over ”de vanskelige situasjonene” og omsorgen som blir gitt. Sosial støtte fra kollegaer er essensielt. Erfaring og kunnskap fremmes som viktige egenskaper hos sykepleier.	Viktigheten med å skille mellom arbeid og privatliv. Veiledning, støttende kollegaer, refleksjon over eget arbeid beskrives som mestringsstrategier.	Resultatene viser til høy skala av engasjement og forpliktelse hos sykepleierne, de finner stor mening med sitt arbeid. Er opptatte av å utgjøre en forskjell for andre mennesker.	Beskyttende faktorer relateres til et meningsfullt sykepleier- pasient- forhold. Tillit, felleskapet og støtten i det palliative teamet beskrives som essensielt. Sykepleierne opplever å kunne utgjøre en forskjell ovenfor menneskene de møter.

## 2.4 Kildekritikk

Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere benyttede kilder, og skal vise til at en er i stand til å forholde seg kritisk til benyttet kildemateriell. Det skal også vise til hvilke kriterier en har benyttet i ens utvelgelse. Alt som kan bidra til ens oppgave er kilder. Litteraturen som er brukt i min besvarelse er pensumlitteratur, fagbøker fra Høgskolen i Hedmark og Gjøvik sitt bibliotek, samt fag- og forskningsartikler funnet via ulike databaser. Jeg har i oppgaven stilt meg kildekritisk til relevans og gyldighet ved at jeg har vurdert og karakterisert den utvalgte litteraturen som er benyttet i oppgaven. Jeg har benyttet meg av pensumlitteratur jeg anser som gyldig, da den er valgt ut av Høgskolen i Gjøvik. Jeg har ved all litteratur undersøkt hvem som er forfatter, i tillegg har jeg sjekket opp hvem den er beregnet på, og til. Jeg har tatt for meg litteratur som angår helsepersonell og sjekket så litteraturen kan gjenspeile, belyse eller besvare det jeg ønsker svar på relatert til min problemstilling. Jeg har hovedsakelig benyttet sekundærlitteratur, dette er en svakhet ved min besvarelse da det opprinnelige perspektivet fra forfatter kan ha forandret seg etter hvert som budskapet har blitt bearbeidet og gjenfortalt fra andre. Primærlitteratur sees på som sterkere kilde, da det er den opprinnelige litteraturen fra forfatteren som er nedfelt. Kildene jeg har benyttet er oppdaterte, med det mener jeg at litteraturen er ti år gammel eller nyere. Enkelte av benyttede kilder kan være utdaterte, men er likevel benyttet da jeg anser innholdet i litteraturen som like relevant nå, som utgivelsesåret (Dalland, 2012).

For å kunne vurdere om forskning er aktuell å benytte er det flere kriterier en må ta hensyn til. En forskningsartikkel bør ikke være eldre enn fem år gammel, men en må likevel ta høyde for at eldre forskningsartikler kan være relevante. Jeg ønsket å finne oppdatert litteratur da palliativ omsorg er et tema det forskes mye på. De eldste vitenskapelige artiklene jeg har benyttet er fra 2007. Til tross for deres alder har jeg valgt å benytte meg av de, grunnet deres relevans for min problemstilling. Mine artiklers forskning er i stor grad utført i utlandet. Jeg anser det som positivt da forskning fra resten av verden kan bidra til at ulike metoder og tilnærminger overføres til det norske helsevesenet. På den andre siden kan det være en svakhet da det kan være vanskelig å dra paralleller til norsk helsepersonell sin hverdag. To av mine artiklers forskning er utført i USA og deres helsereform og organisering er ikke til å

sammenligne med den norske, dog er det sykepleierne sine opplevelser av å yte omsorg til alvorlig syke og døende mennesker jeg er ute etter, derav er artiklene av relevans for min problemstilling. Jeg har i stor grad benyttet meg av engelske kilder dette til tross for at norsk litteratur var mest ønskelig. Jeg tar dermed høyde for feiltolkning, da kildemateriell er oversatt fra engelsk til norsk og kan bære preg av min feiltolkning. For å kvalitetssikre benyttet litteratur har jeg aktivt brukt engelsk-norsk ordbok (Svenkerud, 2008). Ettersom alle mine artikler følger IMRAD struktur har de vært ryddige og enkle å lese, med klar metodedel som får frem resultatene på en god måte. Etske hensyn er også ivaretatt. Jeg har sjekket så det er samsvar mellom hensikt og metode. Det er også gjort rede for metodenes svakheter. Jeg har forsikret meg om at benyttede artikler er fagfelleurdert, det vil si at de er ekspertgransket samt hvilket nivå på tidsskriftet som foreligger (NSD, 2015). For å bedømme de vitenskapelige artiklenes gyldighet har jeg benyttet sjekklister for kvalitativ forskning fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten som et hjelpemiddel, derav har jeg kommet frem at resultatene fra mine vitenskapelige artikler kan benyttes i min besvarelse (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015).



### **3 Resultater**

De inkluderte studiene som er benyttet i min besvarelse er utført i USA (x 2), England, Portugal og Sverige. De fem studiene tar for seg forskning fra 2007 til 2012, hvorav alle har benyttet kvalitativ forskning. Totalt tar studiene for seg 227 personer, der alle deltakerne jobbet innenfor palliative omsorgsenheter. I overskrift 2.4 er temaene delt inn etter gjentakende preferanser deltakerne beskriver gjennom forskningen.

#### **3.1 Kommunikasjon og informasjonsformidling**

Jamfør funn fra de vitenskapelige artiklene beskriver sykepleiere særlig vanskeligheter og utfordringer relatert til kommunikasjon og informasjonsformidling i møte med alvorlig syke og døende mennesker og deres pårørende. Bekymringene relateres til om de rammede sine behov for informasjon blir møtt på god nok måte, samt bekymringer for familieinteraksjonen og informasjonsformidlingen mellom pasienter og deres pårørende. Sykepleierne beskriver vanskeligheter med å kunne vite om pasienter får dekt sitt informasjonsbehov, og om de innehar nok informasjon til å kunne ta de rette valgene i ens liv, eller til å kunne forstå hva som skjer med en. Sykepleierne opplever det som vanskelig å skulle trøste og å stå i pasienters lidelser samt å vite hva en skal si, og når (Pereira, Fonseca og Carvalho, 2012; Peterson et al., 2010). Peterson et al. (2010) skriver i sin studie at sykepleiere opplever at det foreligger en mistenke om at sykepleiere via deres grunnutdanning naturlig, vet hvordan de skal kommunisere med pasienter og deres pårørende, men at dette i stor grad avhenger av sykepleierne sine erfaringer og kunnskaper. Det formidles økt fokus på kommunikasjonstrening, dette for å redusere sykepleierne sin følelse av stress i deres hverdag, og for å kunne gi best mulig omsorg til pasientene en møter (Peterson et al., 2010). Ablett og Jones (2007) trekker frem bruk av humor som et kommunikasjonsredskap, men fremhever at teknikken krever bevissthet og balanse for å ikke støte eller fornærme pasienter og deres pårørende. Peterson et al. (2010) viser til belastningen det kan være å skulle forholde seg til pasienters pårørende og å kunne svare på deres spørsmål, dette beskrives som en medvirkende årsak til emosjonelt stress og utbrenthet hos sykepleiere.

### **3.2 Relasjoner/ Samhandling/ Pårørende**

Funn fra studiene viser til at sykepleiere synes det er utfordrende å balansere mellom å være nær, og å distansere seg ovenfor alvorlig syke og døende mennesker samt deres pårørende (Ablett og Jones, 2007; Blomberg og Blom, 2007; Melvin, 2012). Melvin (2012) beskriver viktigheten med å kunne sette grenser for eget følelsesmessig engasjement, og ikke bli for personlig involvert i pasienter sitt liv. Dette for å opprettholde en profesjonell distanse og for at sykepleier skal kunne fortsette i sitt arbeid. Sykepleierne begrunner dette i at en ikke blir mindre medfølende, men at en på denne måten klarer å bevare seg selv (Ibid). Gjennom sitt arbeid som sykepleier i møte med ulike dimensjoner av lidelse og sorg, utvikler en personlige relasjoner til pasienter gjennom intim og kontinuerlig kontakt, dette kan bidra til faglig og personlig vekst, og utvikling hos omsorgsyter. Til tross for at etablerte relasjoner oppleves som veldig betydningsfulle for de som yter omsorg, er det også et bidrag til emosjonelt og psykologisk stress når sykepleier opplever å miste pasienter. De kliniske stressorene som særlig fremheves er å se pasienter lide, døden til pasienten, eller å snakke med og høre på pasienter snakke om sin kommende død. Dette gjør så sykepleier også blir konfrontert med egen død. Det er dermed nødvendig at sykepleiere avklarer forhold til egen død for å kunne gi verdig omsorg. For å kunne ivareta alvorlig syke og døende mennesker må også sykepleier kunne ivareta seg selv (Peterson et al., 2010).

Sykepleiere som arbeider innenfor fagfeltet palliativ omsorg er kontinuerlig eksponert for smerte og lidelse, og er disponible for å bli ”skadet gjennom ens arbeid”. Psykiske og emosjonelle effekter av å yte pleie til alvorlig syke mennesker over lengre tidsperiode er en risikofaktor for å utvikle compassion fatigue, inkludert angst og depresjon. Kontinuerlig ansvar for empatisk kompetanse både ovenfor pasienter og medkollegaer kan være utmattende, og enkelte sykepleiere har problemer med å legge fra seg eget arbeid etter endt arbeidstid. Dette er opplevelser som fører til at helsepersonell ser seg nødt til å forlate sitt arbeid (Melvin, 2012). Jamfør Blomberg og Blom (2007) og Pereira Fonseca og Carvalho (2012) er kontinuerlig kontakt med alvorlig syke og døende mennesker en risikofaktor for stress og utbrenthet. Særlig når ineffektive mestringsstrategier er ervervet.

### **3.3 Organisering**

Studiene viser til sykepleiernes bekymringer relatert til kvaliteten på pleien som gis. Dette med tanke på organisering, tid, kunnskaper, erfaring og selve sykepleieutøvelsen. Problemsstillinger som beskrives er at sykepleierne ikke opplever å ha god nok tid til pasientene samt at menneskene de møter fortjener en til en pleie, og at kun det beste er godt nok for pasientene. Sykepleierne beskriver også at de er bekymret for å ikke ha nok erfaring og kunnskaper til å møte pasientene på god nok måte, samt god nok tid til å ivareta pårørende. Det rapporteres at sykepleiere har valgt sitt fagfelt grunnet at de ønsker å gjøre en forskjell for andre mennesker og beskriver at det er et privilegium å arbeide innenfor dette fagfeltet. Sykepleiere er en risikogruppe til å utvikle arbeidsrelatert stress og utbrenthet. Medvirkende årsaker som beskrives er organisatoriske endringer, kommunikasjonsutfordringer, redusert selvtillit i kommunikasjonsevner, vanskeligheter med å overlevere dårlige nyheter, arbeid med smerter, lidelse, døden, rollekonflikter, overarbeid, kravet om effektiv sykepleie, tidspress og økonomiske utfordringer samt gapet mellom hvilken omsorg sykepleierne ønsker å gi, og hva som er virkeligheten (Ablett og Jones, 2007; Blomberg og Blom, 2007; Pereira Fonseca og Carvalho, 2012; Peterson et al., 2010; Melvin, 2012). Sykepleierne i Blomberg og Blom (2007) sin studie beskriver at de opplever at pleien forventes å være mer oppgaveorientert enn personorientert, men at det viktigste er å heller være, enn å gjøre (Ibid). Studiene fra USA rapporterer særlige utfordringer i henhold til økonomi, da mange av pasientene de møter ikke har råd til å betale for egen behandling (Melvin, 2012; Peterson et al., 2010). Alderen til de alvorlig syke og døende menneskene som sykepleierne møter er også av betydning. Desto lavere alder på den rammede, desto mer stressende og utfordrende er arbeidet for sykepleier. Sykepleierne beskriver viktigheten med å oppleve trygghet og stabilitet på sin arbeidsplass som mestringsmekanisme (Ablett og Jones, 2007).

### **3.4 Mestrings- og forebyggende tiltak**

Studien til Melvin (2012) viser at profesjonell compassion fatigue eksisterer blant sykepleiere innenfor palliativ omsorg, og at omsorgen innebærer negative psykiske og emosjonelle effekter. Den ene deltakeren i studiet opplevde compassion fatigue ved tidspunktet hun ble intervjuet. Hver av de andre deltakerne hadde tidligere opplevd aspekter av compassion fatigue. Deltakerne var bevisste på at mestringsstrategier er

noe de nødt til å inneha, for å yte tilfredsstillende palliativ omsorg. Nøkkelstrategier som blir beskrevet er åpenhet og mulighet til å kunne snakke med kollegaer, refleksjon over eget arbeid, god fysisk helse, en dyktig veileder, støttende partner og at sykepleier har et fullt liv ved siden av eget arbeid for å kunne skille mellom arbeid og privatliv (Melvin, 2012). De ansatte har behov for daglig refleksjon over omsorgen som blir gitt, og for å være klar over hva som styrer omsorgen sin handling. Studien viser til at dersom ”de vanskelige situasjonene” ikke reflekteres over, eller håndteres på en gunstig måte ovenfor den enkelte, er det antatt av dette kan føre til stress, utbrenthet, og fremfor alt ikke- optimal omsorg. For å kunne ivareta helsepersonell fremmes begrepet team, dette som support og buffersystem (Blomberg og Blom, 2007). Kommunikasjonstrening, tillitt, fellesskapet, åpenhet og støtte i ansattgruppen beskrives som essensielt (Pereira, Fonseca og Carvalho, 2012; Peterson et al., 2010). På arbeidssteder der sosial støtte, deltakelse i beslutninger og realistisk arbeidsmengde ikke er til stede, er stress mer fremtredende. Til tross for at sykepleiere innen palliativ omsorg står ovenfor en rekke risikofaktorer for å utvikle utbrenthet, slik som høy arbeidsbelastning og vanskelige forhold i møte med pasienter og pårørende, fremgår det ikke høyere grad av utbrenthet. Beskyttende faktorer beskrives som positive effekter relatert til sykepleier- pasient- forholdet samt at sykepleier opplever å kunne utgjøre en forskjell ovenfor menneskene en møter (Ablett og Jones, 2007; Blomberg og Blom, 2007).

## 4 Diskusjon

I dette kapittelet vil resultater drøftes i forhold til teori, relevant forskning og egne erfaringer. Resultatene sin betydning for palliativ omsorg vil diskuteres.

### 4.1 Kommunikasjon og informasjonsformidling

Funn fra inkluderte studier viser til at sykepleiere opplever kommunikasjonsvanskeligheter ovenfor pasienter og pårørende, særlig med tanke på å vite hva en skal si, og når (Pereira, Fonseca og Carvalho, 2012; Peterson et al., 2010). Kommunikasjon ovenfor alvorlig syke og døende pasienter og deres pårørende, kan bety å overbringe dårlige nyheter og krisefull informasjon og dette er utfordrende for sykepleier. ”Den vanskelige samtalen” er noe mange sykepleiere frykter, og dette er noe jeg selv føler på i egen sykepleieutøvelse. Sykepleier kan kjenne på en følelse av utrygghet og hjelpeløshet. Samtidig som at en er redd for å si noe galt, kan følelsen av at det ikke er noe å si, være fremtredende. Årsaker til dette kan være flere og sammensatte, og dette krever mot av sykepleier. Manglende kunnskaper om emnet, erfaringer fra tidligere vanskelige samtaler og egen utrygghet i forhold til temaet død kan være bidragsårsaker. Det finnes ingen fasit for en bestemt tilnærming, det handler om situasjonsforståelse der og da. Evnen til å lese situasjoner og fatte stemningen i en setting, kan gi en pekepinn på hvordan en skal gripe en situasjon. For å være til stede i sin kommunikasjon må en formidle aktuell, ærlig og forståelig informasjon, og kommunisere med medfølelse og empati. Døden er en unik reise for hver enkelt pasient, og dette er viktig at sykepleier er seg bevisst. Hvilken evne sykepleier har til å kommunisere, har stor innvirkning på pasienter og pårørende sin opplevelse av tillit og trygghet (Blomberg og Blom, 2007; Melvin, 2012).

I egen sykepleieutøvelse opplever jeg at de største utfordringene relateres til mangelfull informasjon omkring å vite hva slags informasjon pasienter og pårørende har fått. Jeg opplever også at behovet for samtale er særlig fremtredende hos den døende pasienten. Dette er også aspekter som de vitenskapelige artiklene viser til. Særlig fremmes vanskeligheter og bekymringer relatert til om de rammedes behov for informasjon blir møtt på god nok måte, samt informasjonsformidlingen mellom pasienter og deres pårørende. Sykepleiere beskriver vanskeligheter med å kunne vite om pasienter får dekt sitt informasjonsbehov, og om de innehar nok informasjon til å

kunne ta de rette valgene i ens liv, eller til å kunne forstå hva som skjer med en (Blomberg og Blom, 2007; Pereira Fonseca og Carvalho, 2012; Peterson et al., 2010). Jamfør Lov om Helsepersonell har pasienter krav på informasjon. Sykepleier skal sikre at informasjonen er gitt og forstått. Pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand (Helsepersonelloven, 1999). I praksis opplever jeg at det utleveres mye informasjonsmaterieil til pasienter og pårørende med en forventning om dette er tilstrekkelig for de rammede. Dette er sjelden godt nok, og utgitt informasjonsmaterieil bør alltid suppleres med muntlig informasjon med mulighet for spørsmål og tilbakemeldinger. Sykepleier må være tålmodig, tillatte stillhet og la pasienten selv spørre om mer informasjon. Sykepleier må tørre og kjenner på egen sårbarhet, og bevisst ta inn menneskers fortellinger i den hensikt å forstå (Norlander og Schaffer, 2009). Jamfør Wifstad (1994) kan den profesjonelle falle for tanken på at en er ekspert på den andre. At det å være faglig kompetent, består av en spisskompetanse som gjør at en vet mer om den andre, enn vedkommende selv. Nettopp på grunn av forsøket på å forstå den andre, kan det gi problemer. Altså å forstå den andre på faglige premisser. Det er i det øyeblikket at en tror å besitte viten om den andre, at en burde være på vakt. Møtet med den andre er å bli berørt, ikke så mye ved at en får ny kunnskap. Forståelsen skal formes med en åpen og lyttende holdning. Wifstad (1994) viser til at en kommuniserer best når en ikke vet hva en skal si. Da kan en oppleve øyeblikk av genuin kontakt. Å lytte er å forholde seg til den andre uten bestemte hensikter. Blomberg og Blom (2007) sin studie rapporterer at sykepleiere sitt valg av strategi for tilnærming ovenfor pasienter og pårørende er mer spontant enn bevisst.

Etikk og menneskesyn henger nært sammen, og måten vi forstår mennesket på henger sammen med hva slags etiske vurderinger en gjør. Etikk er hjelperens holdninger og verdier i praksis. Hvordan vi forstår oss selv har betydning for hvordan vi forstår og møter andre mennesker. Å ha en forståelse av hvem vi er eller ønsker å være, er en del av å ha en identitet. Dette gir konsekvenser for hvilken omsorg som ytes. Hva som former vårt syn på mennesker vi møter, er like mye knyttet til samfunnet vi lever i, som tradisjoner og erfaringer vi har fra eget liv (Henriksen og Vetlesen, 2006). Sykepleiere sin etikk og moral kommer til uttrykk via væremåte og kroppsspråk, så vel som det sykepleier sier eller gjør. Det er viktig at sykepleier er bevisst sin non-verbale kommunikasjon slik som kroppsholdning, kroppsspråk og ansiktsuttrykk i

møte med pasienter og deres pårørende. Kroppsspråk er en stor del av måten vi kommuniserer på, og utgjør en viktig del av hvordan sykepleier blir oppfattet. Mye av måten vi uttrykker oss på er ofte ubevisst, og dette er noe sykepleier må være seg bevisst i møte med pasienter og pårørende. Dersom sykepleier signaliserer en kroppslig åpenhet kan dette gi en følelse av fortrolighet som kan være starten på en relasjon. Dersom sykepleier har kroppen vendt fra pasienten og har kryssede armer kan dette kanskje signalisere avstand og avvisning (Eide og Eide, 2007). En kreftsykepleier jeg hadde i forelesning beskrev et pasientmøte på en god måte. Hun beskrev det som å stille inn en radio der en må tune inn, finne frekvensen og balansen i enhver samtale. Nærhetsetikken viser til at sykepleier må oppfatte hvilke verdier som står på spill, gjennom fantasi og følsomhet. Jamfør Grønsdahl (2005) er alvorlig syke og døende ofte forberedt på døden, og å tenke på døden er ikke ukjent for dem. Å tørre og snakke om døden kan redusere angst og skape trygghet for pasienter. Det krever mot av meg som sykepleier å oppsøke pasienter med tilbud om hjelp, men det krever kanskje enda mer mot for pasienter å måtte be om hjelp. Evnen til kommunikasjon er til dels medfødt, men kan også øves opp. Kommunikasjon krever kompetanse av varierende slag, det er dermed viktig å bruke de ressursene en har tilgjengelig. Det vil alltid være slik at enkelte får bedre kontakt med pasienter og pårørende enn andre. Å lytte til pasienter er en av de viktigste ferdighetene sykepleier innehar (Ibid). Peterson et al. (2010) fremmer viktigheten med å øve på kommunikasjon og ulike tilnærmingsteknikker, dette for å redusere sykepleiernes følelse av stress i deres hverdag og for å kunne gi best mulig omsorg til pasientene en møter. På grunn av menneskers sin individualitet, er det en kjent sak at det ikke finnes noen fasit for sykepleieutøvelsen. Pasienten må møtes som et unikt menneske, ikke bare som en pasient. Dette viser også nærhetsetikken til. Funn viser til at sykepleiere som opptrer usikkert og ikke innehar god nok kompetanse, kan bidra til å gjøre pasienter og pårørende utrygge samt seg selv. Det er derfor nødvendig at sykepleier først og fremst er trygg på sin egen kompetanse og kunnskap for å kunne yte palliativ omsorg på tilfredsstillende måte. Kompetanse og selvsikkerhet vil gi sykepleier økt trygghet (Ibid).

## 4.2 Relasjoner/ Samhandling/ Pårørende

Den andre utfordrer oss, ikke bare ved å gjøre eller å si, men ved sitt blotte nærvær. I egen sykepleieutøvelse erfarer jeg ulike møter med pasienter, med ulike personligheter. Enkelte er utadvendte, mens andre er mer tilbakeholdne der det kan være utfordrende å etablere en relasjon. Dette gjør at sykepleier ikke kan møte alle pasienter på lik måte, men en må bli kjent med hver enkelt. Desto bedre sykepleier har kjennskap til pasienten, desto tryggere vil sykepleier bli i sin sykepleieutøvelse. Forsøk på etablere kontakt kan være et spill med høy innsats (Wifstad, 1994). Jamfør nærhetsetikken møter den moralske fordringen oss straks, i møte med et annet menneske, og sykepleier må være oppmerksom på det særskilte ved hvert pasientmøte. Nærhetsetikken viser også til at sykepleier må beskytte seg selv mot at det utvikles avhengighetsforhold med negative bindinger i den forstand at en part blir helt utlevert til den andre (Henriksen og Vetlesen, 2006). Funn fra studiene viser til at sykepleiere synes det er utfordrende å balansere mellom å være nær, og å distansere seg ovenfor alvorlig syke og døende mennesker (Ablett og Jones, 2007; Blomberg og Blom, 2007; Melvin, 2012). Henriksen og Vetlesen (2006) skriver om sykepleier og pasient relasjonen. De beskriver at nærhet skapes ved at det hjelper oss til å se hvem som er deltaker i en situasjon, og med å beskrive mer nøyaktig hva som står på spill i en relasjon. En kan bruke nærheten til å sette seg inn i pasienten sin situasjon, og det fordrer personlig engasjement. Distansen etableres ved at en lærer å se den konkrete situasjonen i lys av en større sammenheng, som viser sider ved problemet en ikke alltid får tak i ved hjelp av nærhetsprinsippet. Som sykepleier trenger en distanse ovenfor pasienter og pårørende for å kunne gjøre gode faglige vurderinger, på den andre siden er det viktig at avstanden ikke blir en unnskyldning for å unndra seg personlig ansvar. Som sykepleier har man en forpliktelse ovenfor pasient, og distansen skal sette sykepleier i stand til å ta nødvendige rettferdighetshensyn, faglige vurderinger og personlige hensyn (Ibid).

I løpet av en samarbeidsprosess kan en rekke følelser utspilles hos sykepleier, en kan bli glad, sint eller frustrert, bli engstelig eller trist i møte med pasienter. For å lykkes i samarbeidet er det av betydning at en aksepterer følelsene sin plass, og hvilken betydning de spiller i ens forhold til situasjoner og mennesker (Grelland, 2011). Kalfoss (2007) skriver at sykepleier må ha følelsene sine under kontroll i møte med



alvorlig syke og døende mennesker for å kunne opptre profesjonelt. Likevel er det slik at enkelte mennesker en møter gjør større inntrykk enn andre. Samtidig er det viktig å ikke bli for nær pasienten slik at en blir handlingslammet, eller for opptatt av ens egne private løsninger. Et annet aspekt er at dersom sykepleier i for stor grad synes synd på pasienten, kan dette bidra til å påføre pasienter ekstra lidelse. Hvis en derimot ikke viser noe innlevelse og distanserer seg for mye, blir avstanden for stor og en klarer ikke å bli berørt av andres dilemmaer. Empati krever derfor nærhet og avstand, og dette er for mange i helsevesenet en vanskelig balansegang. Det handler i stor grad om nødvendigheten av å trekke opp tydelige grenser. Det er normalt å føle sorg når en står ovenfor pasienter og pårørende som lider, spesielt hvis en har kjent de lenge. Det kan være skremmende å vite hvor betydningsfull den enkelte sykepleier kan være ovenfor pasienter en møter. Samvær med alvorlig syke og døende mennesker er krevende, men også veldig berikende. Motet og styrken mange døende pasienter viser, kan fylle sykepleier med beundring og ydmykhet. Pasientene kan lære sykepleier noe om hvor verdifull tiden er når en ikke ha lang tid igjen å leve (Kalfoss, 2007). Jamfør Norlander og Schaffer (2009) er det av vesentlig betydning at sykepleier sine holdninger og forhold til egen død er avklart. Dette for å forebygge mot fysisk distansering ovenfor pasienter og pårørende (Ibid). Unnvikende atferd beskrives som synonymt med et lukket forhold til pasienten. Pasienten sin sårbarhet må møtes. Sykepleier kan ikke velge bort pasienter, pasienten må møtes der pasienten er (Blomberg og Blom, 2007). Jamfør Chow (2011) velger helsepersonell sitt yrke grunnet i at de bryr seg om andre mennesker, og at de ønsker å gjøre en forskjell i andre menneskers sitt liv.

Sykepleier må være bevisst sitt ansvar som profesjonsutøver og samtidig etablere evne til å sette grenser for eget ansvar (Damsgaard 2010). Konsekvensen av at hjelperen ikke ivaretar seg selv, kan resultere i stress og utbrenthet hos sykepleierne samt redusert omsorgskvalitet ovenfor pasienter (Blomberg og Blom, 2007). De yrkesetiske retningslinjer er opprettet for at sykepleier skal ha noen retningslinjer å følge i sin utøvelse av faget. Hensikten med retningslinjene er at de skal bidra til å sikre moralsk forsvarlig praksis. ICN's regler slår fast at sykepleier har fire grunnleggende ansvarsområder: å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å hindre lidelse. Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdiget (Norsk sykepleieforbund, 2011). Det

innebærer at sykepleiere sine handlinger er uegennyttige, at en setter andres behov og interesser foran sine egne, og at en er opptatt av å gjøre noe godt for den andre for den andres skyld. Å inneha en profesjon er ingen garanti for at sykepleier opptrer profesjonelt. Verdigrunnlaget fritar ikke for det kritiske blikket på yrkesutøvelsen. Verdigrunnlaget forplikter i stedet årvåkenhet omkring forholdet mellom verdigrunnlag og yrkesutøvelse. Å være kritisk til egen væremåte og makten som yrkesrollen gir, er en viktig del av profesjonaliteten, for å unngå at den ikke misbrukes. Yrkesutøvelsen preges av hvordan en er som menneske, og dette krever vilje til kritisk blikk på egen væremåte og atferd (Damsgaard 2010). Å kunne gi profesjonell hjelp til mennesker som trenger bistand er berikende på mange måter. Opplevelsen av mening i yrket kan handle om hensynet til pasienten, men også om sykepleier sitt behov for å bli sett og anerkjent. Det kan ligge mye motivasjon i å få tilbakemelding på at det en gjør, har betydning for noen. Et annet positivt aspekt ved å være sykepleier er hvordan møtene med andre mennesker påvirker en selv, og egen personlig utvikling. Ved å lære noe nytt eller å lære seg selv å kjenne i møte med andre mennesker. Å pleie et døende menneske på deres siste dager er krevende og vanskelig å håndtere, men i stor grad meningsfullt da en får bidratt til at pasienten får en verdig død (Ablett og Jones, 2007; Blomberg og Blom, 2007; Damsgaard, 2010; Pereira, Fonseca og Carvalho, 2012).

Norsk sykepleieforbund (2011) viser til at sykepleier skal vise respekt og omsorg for pårørende. Jamfør Peterson et al. (2010) synes sykepleiere tidvis det er en belastning å skulle forholde seg til pasienter sine pårørende, og å kunne svare på deres spørsmål. Særlig krevende kan det være med kritiske pårørende, eller pårørende som insisterer på behandling som fra helsepersonell sin side, ikke anses å være til det beste for pasienten. Denne typen belastning beskrives som en medvirkende årsak til emosjonelt stress og utbrenthet hos sykepleiere. I slike situasjoner stilles det krav til sykepleier å ivareta pasienten og samtidig ta pårørende på alvor. Pårørende er de viktigste medspillerne i pasienter sitt liv, og det er viktig at sykepleier er bevisst på at de også har behov for å bli sett og inkludert. Viktigst av alt er at pasienten sine ønsker respekteres, uavhengig om pårørende er enig eller ei. Det er pasienten som er eksperten i sitt liv. God kommunikasjon og samhandling er essensielt (Ibid). Sand (2007) beskriver at sykepleier skal bidra til at båndene mellom den syke og deres nærmeste styrkes, og det er viktig at sykepleier er seg bevisst at det ikke er en selv

som skal være den mest betydningsfulle for den syke. Sykepleier skal ikke være pårørende, og dette kan for mange sykepleiere være en vanskelig balansegang.

### **4.3 Organisering**

De vitenskapelige studiene viser til sykepleiere sine bekymringer relatert til kvaliteten på pleien som gis. Aktuelle stressorer er tidspress, kravet om effektivitet og økonomi. Sykepleiere forteller at mangel på tid og ressurser fører til at sykepleiere ikke har tid til å lytte til de ulike problemene de enkelte pasientene kan ha. Den konstante mangelen på tid, og med lite rom for forandringer, blir opplevd som et hinder for å gi omsorg av god kvalitet. Tid er en kjerneverdi, og mangel på dette er en bidragsyter til konflikt. Sykepleiere sin hverdag består av mange arbeidsoppgaver, og kravene er også deretter (Blomberg og Blom, 2007; Pereira, Fonseca og Carvalho, 2012; Peterson et al., 2010). Sykepleier kan oppleve å bli satt i et krysspress med helsevesenet sitt krav om effektivisering. Er det slik at dersom sykepleier har utført rutiner og prosedyrer i løpet av sin vakt så er jobben sykepleier har utført god nok? Hva når sykepleier har hatt pasientfokus, og ikke fått gjort avdelingens rutiner. Har sykepleier da gjort en dårlig jobb? Retningslinjer og lover kan bidra til at sykepleier distanserer seg i form av at en har gjort det en skal, uten at den helhetlige omsorgen er ivaretatt. Det kan dermed anses som at sykepleier har gjort jobben sin, selv om det ikke var for pasienten sin skyld. Dette peker også de vitenskapelige artiklene til, da de opplever sine oppgaver som mer oppgaverrettet enn pasientrettet (Blomberg og Blom, 2007; Dahl og Sørbye, 2003). Tiden beskrives som en egenverdi, som verken kan måles eller telles. Sykepleier kan oppleve et samvittighetsnag fordi en ikke klarer å møte pasienten sin bønn om hjelp. Dette er også en følelse som mange sykepleiere tar med seg hjem etter endt arbeidsdag. Sykepleier står ovenfor press fra kultur, organisering og økonomiske rammer. Dersom en jobber i travelhet så jobber en uten glede, og dette er ofte synlig ovenfor pasienter. Det handler i stor grad om å kunne være til stede for pasienten. Tempo og travelhet kan hindre sykepleier i å se klart. På den andre siden kan også travelhet skjule en ansvarsfraskrivelse. Det som til sist avgjør om sykepleier opplever omsorgen som utfordrende eller truende, er sykepleier sin selvoppfatning og den betydningen hver enkelt tillegger situasjonen (Blomberg og Blom, 2007; Pereira, Fonseca og Carvalho, 2012; Peterson et al., 2010).

Funn fra inkluderte studier viser til at sykepleiere opplever det som vanskelig å trøste og å kunne stå i pasienter og pårørende sine lidelser (Pereira, Fonseca og Carvalho, 2012; Peterson et al., 2010). En tendens en ser er at sykepleiere som ikke klarer å stå i sitt arbeid, vil ofte avskjerme seg fra pasienters og sin egen frykt. Lidelse, død og sorg kan oppleves som både en personlig og faglig trussel, og sette selvoppfatningen i fare. Det er normalt for sykepleier å føle seg engstelig, redd, hjelpeløs, sint og fortvilet. Det er også normalt å få sorg når en står ovenfor pasienter og pårørende som lider, særlig hvis en har kjent pasienter og deres pårørende over lenge tid. Hva er det som gjør det vanskelig å ha nærkontakt med pasienter? For å få kunnskap om dette må sykepleier bli klar over hvilke indre og ytre krav som påvirker oss, og hvilke tanker, følelser og reaksjoner som vekkes i oss i slike situasjoner. Uten en slik selvvinnsikt kan den profesjonelle bidra til å hemme pasienten og dens nærmeste i å mestre situasjonen. Dersom en stenger døren til disse rommene hemmes egen selverkjennelse, mestring og utvikling som menneske. Sykepleier kan utvikle sin evne til å mestre slike utfordrende og vanskelige situasjoner ved å erkjenne og forstå de meninger, tanker, følelser og reaksjoner som vekkes i en. Sykepleier må identifisere sine egne grenser. Hvis sykepleier ikke har det bra med seg selv, vil gode ord ha liten effekt da sykepleier sin kropp og handlinger uttrykker noe annet. Når en har lært og stå ansikt til ansikt med egen angst, usikkerhet og utrygghet er en først i stand til å være og fremtre ekte. Dette vil også bidra til at sykepleier føler seg mer avslappet og trygg. Ved å få større selvvinnsikt og å kunne være i harmoni med seg selv, kan det bli samsvar mellom ord, kropp og atferd. Å ivareta seg selv er en del av sykepleiers profesjonsrolle (Kalfoss, 2007).

Arbeidskulturen på en arbeidsplass har mye å si for ansatte med tanke på å kunne opptre som profesjonelle sykepleiere. På arbeidsplasser der sykepleierne er alene om det faglige ansvaret, kan de føle seg ensomme i sitt arbeid. Der det er lite rom for å diskutere sin profesjonelle rolle og dens utfordringer, og der det er en form for rangordning eller profesjonskamp mellom ulike faggrupper, kan samarbeidet blir mer belastende enn berikende (Damsgaard, 2010). Sykepleierne har behov for støtte og oppfølging på arbeidsplassen. Ønsket om å reflektere over hendelser som skjer i hverdagen og tilbudet om samtale etter en vanskelig situasjon, opplever jeg i egen sykepleieutøvelse som mangelfull. Via de vitenskapelige artiklene kommer det frem at sykepleierne har behov for profesjonell veiledning. Funn viser derimot til at

sykepleierne bruker sine kollegaer som en ressurs, for å dekke de mangelfulle ressursene. En slik oppfølging er nødvendig for at sykepleierne skal kunne opprettholde den personlige styrken og motivasjonen til å fortsette i sitt arbeid. Dette er aktuelle faktorer som er til risiko for at sykepleiere står i fare for å bli utbrente. Refleksjon beskrives som det viktigste tiltaket for å forebygge utbrenthet. Sterke opplevelser kan i verste fall utgjøre stor personlig belastning dersom sykepleier ikke får reflektert med andre. Refleksjon gir også mulighet til å lære av erfaringer en har gjort, og bidra til å forebygge at uheldige situasjoner skjer på nytt (Ablett og Jones, 2007; Blomberg og Blom, 2007; Melvin, 2012; Pereira, Fonseca og Carvalho, 2012).

#### **4.4 Mestrings- og forebyggende tiltak**

Funn fra de vitenskapelige artiklene viser til at sykepleiere er en risikogruppe for arbeidsrelatert stress (Ablett og Jones, 2007; Pereira, Fonseca og Carvalho, 2012; Peterson et al., 2010). Jamfør Ekedahl og Wengstrøm (2012) skiller en mellom to typer stress, der den første er av god art, men den andre er et onde. Den gode stressen kan bidra til læring, utvikling, effektivitet og er helsefrembringende, mens ondet bidrar til uhelse og kroppslig ubalanse (Ibid). Hva skjer så når sykepleier ikke takler stresset en står i? Jamfør Norlander og Schaffer (2009) står sykepleiere som ikke klarer å takle stressorene som en møter i palliativ omsorg i fare for å bli utbrente. Dette kan igjen påvirke omsorgen sin kvalitet, i form av ineffektivitet eller sinne. Ofte sees dette i form av at sykepleier ikke klarer å legge igjen sitt arbeid, og tar med frustrasjonene til eget privatliv. Chow (2011) viser til at utbrenthet er en risiko for å utvikle compassion fatigue. Melvin (2012) sin studie redegjør for at det er behov for mer fokus på compassion fatigue for å forebygge og gjøre helsepersonell kjent med tilstanden, samt behovet for tidligere identifikasjon. Ved å erverve mer kunnskaper om compassion fatigue kan sykepleier bli bedre skikket til å identifisere tegn og symptomer ved seg selv og ens kollegaer, for å tidligere kunne søke hjelp. Til tross for at arbeid innenfor palliativ omsorg blir betegnet som stressende, opplever sykepleierne psykologisk fortvilelse på lik linje med andre sykepleiere i andre spesialistfelter (Ibid). Gitt bekymringene og belastningen sykepleierne opplever, er det overraskende at det ikke blir rapportert høyere forekomst av psykologisk fortvilelse hos ansatte i palliativ omsorg. God støtte både på det individuelle og

organisatoriske planet rapporteres som årsaken til at det ikke er høyere (Ablett og Jones, 2007).

Melvin (2012) skriver i sin studie om viktigheten med å ikke la sykepleierens bekymringer totalt overlaste en selv, med holdningen; jeg er meg og jeg er god nok. Behovet for å tidvis bytte roller og endrede arbeidsoppgaver beskrives som viktig. Dette da mange sykepleier kan være psykisk og mentalt utslitte, men likevel forsetter i sitt arbeid og ikke klarer å utøve optimal omsorg. Et syndrom som beskrives er at sykepleier er i et vakuum som sakte og sikkert slår en ned. Sykepleier må sette profesjonelle grenser og leve et balansert liv, der en tillater at ens profesjonelle liv forbedrer ens privatliv, og at pleien ikke går på kompromiss av ens eget beste. Viktigheten med god søvnrytme, sunt kosthold, god fysiske helse og avslapning fremmes for at sykepleier skal kunne ha et godt liv ved siden av ens arbeid (Ibid).

Reymert (2013) viser til at mestringsstrategier og bruk av mindfulness kan være gode tiltak for stressavlastning. Med mindfulness menes oppmerksomt nærvær. Dette er en metode for å takle stress og fremme personlig utvikling. Gjennom trening i nærvær samles oppmerksomheten i nuet og stresset reduseres (Ibid). Sykepleierne i Melvin (2012) sin studie viser til at deltakerne var bevisste på at mestringsstrategier er noe de nødt til å inneha, for å yte tilfredsstillende palliativ omsorg. Nøkkelstrategier som blir beskrevet er åpenhet og mulighet til å kunne snakke med kollegaer, refleksjon over eget arbeid, god fysisk helse, en dyktig veileder, støttende partner og at sykepleier har et fullt liv ved siden av eget arbeid for å kunne skille mellom arbeid og privatliv (Melvin, 2012). Som sykepleier trenger vi også omsorg og støtte fra våre kollegaer slik at en kan bearbeide egen sorg og bevare en positiv innstilling til liv og død. Ved å være åpen ovenfor kollegaer, kan den profesjonelle dele det en står i. Mennesker ser og opplever dilemmaer ulikt, og denne forskjellen utgjør en viktig dimensjon i et team. Når en får tenke høyt sammen med andre om problemer og muligheter, blir det ofte tydeligere hvilke tiltak en bør foreta i etiske vanskelige situasjoner. En har alltid et valg, og det blir en ansvarsflukt dersom en fraskriver seg valgmuligheter. De vanskelige omstendighetene kan bli en forklaring eller unnskyldning for valget en tar eller ikke. Noen valg får konsekvenser for oss selv, noen valg får konsekvenser for andre. Er valget en foretar tatt i samråd med kollegaer føler en seg tryggere, og en slipper å føle at en har tatt et valg alene (Carlenius, 2008).

## 4.5 Kritisk vurdering

Litteraturstudie som metode for oppgaveskriving har vært en lærerik og krevende måte å arbeide på, og har bidratt til at jeg har fått god kjennskap til hva som er utført av forskning om mitt tema. I etterkant av arbeidet, ser jeg at jeg ville gjort et par ting annerledes. Dette relatert til søkeord og litteratursøk, samt noe problemer med å komme frem til en konkret problemstilling ved starten av arbeidet. Under mitt litteratursøk avgrenset jeg til kvalitativ forskning, dette da jeg ønsket å ta for meg sykepleiere sine opplevelser og erfaringer. Dette kan ha bidratt til at annen forskning er blitt ekskludert. Jeg tar dermed forbehold om at jeg kan ha glipp av vesentlige studier på grunn av søkeord, kombinasjoner og utvalgte databaser.

Fordelen med kvalitativ forskning som metode, er at en fanger opp resultater som ikke lar seg måle eller tallfeste. Mens på den andre siden, for å kunne analysere resultatene på grundigst måte, krever kvalitativ metode et mer begrenset utvalg for å kunne gå mer i dybden. Ulempen med metoden er dermed at utvalget ofte er mindre, og en kan ikke med sikkerhet vite om resultatene er overførbare. Dette kan være en svakhet ved min besvarelse, da studiene kan bære preg av lite utvalg, mens på den andre siden er de kvalitative studiene sett i sammenheng med hverandre, noe som bidrar til et mer korrekt bilde av realiteten. Det kan heller ikke utelukkes at egen førforståelse av temaet har påvirket meg under søke- og vurderingsprosessen. Alt i alt, opplever jeg å ha tilegnet meg kunnskaper om emnet, som er overførbare til egen praksis.

## 5 Konklusjon

Ved hjelp av teori, forskning og egen sykepleieutøvelse har jeg sammenfattet sykepleieres opplevelser og utfordringer i møte med sorg og lidelse ovenfor alvorlig syke og døende mennesker, samt hvordan møtet utfordrer sykepleieres utøvelse og profesjonalitet. Sykepleieres bekymringer relateres til utfordringer i henhold til kommunikasjon og informasjonsformidling, relasjons- og samhandlingsvansker samt ulike faktorer med tanke på organisering og ressurstilgang som sykepleierne har til rådighet. Funn viser til at sykepleiere som arbeider innenfor fagfeltet palliativ omsorg er en risikogruppe for å utvikle arbeidsrelatert stress (Peterson et al., 2010). Til tross for dette, rapporteres ikke opplevelsen av stress og utbrenthet som høyere enn i andre fagfelter. Årsaker til dette er at sykepleierne opplever en sterk jobbtilfredshet, og opplevelse av mening i sitt arbeid med mulighet til å kunne utgjøre en forskjell i andre menneskers liv (Ablett og Jones, 2007; Blomberg og Blom, 2007; Pereira, Fonseca og Carvalho, 2012; Peterson et al., 2010). Melvin (2012) viser til at compassion fatigue forekommer, og at mange sykepleiere befinner seg i grenseland. Særlig utsatt for compassion fatigue er sykepleiere med sterk empati for sine pasienter, ofte uttalt ved at sykepleier ikke klarer å legge fra seg arbeidet og utfordringene en står i, etter endt arbeidsdag (Ibid). Funn fra de vitenskapelige artiklene viser til at profesjonell grensetting, sosial støtte, fellesskap, veiledning og refleksjon er mestringsstrategier og forebyggende tiltak, som gjør at sykepleier klarer å ivareta seg selv. I tillegg fremkommer det at dersom sykepleiere har en solid bakgrunn, kunnskaper og ferdigheter opplever de trygghet, som igjen gjør de i stand til å møte de ulike behov som de alvorlig syke og døende pasientene har, og samtidig gjør de i stand til å støtte pårørende (Ablett og Jones, 2007; Blomberg og Blom, 2007; Pereira, Fonseca og Carvalho, 2012; Peterson et al., 2010; Melvin, 2012).

Gjennom min besvarelse har jeg belyst viktige aspekter som sykepleiere beskriver innenfor palliativ omsorg. Det kunne vært interessant å sett nærmere på de ulike personlighetstypene til sykepleierne. Hvilke ”type mennesker” er det som til enhver tid klarer å stå i arbeidet, og hva kjennetegner personlighetstypen? Det kunne også vært interessant å se nærmere på om sykepleiernes erfaringer varierer ut ifra hvilken omsorgstjeneste de arbeider innenfor, for eksempel hjemmebasert omsorg kontra hospice? Dette særlig med tanke på tidspress og organisering av tjenestene.



## 6 Litteraturliste

Ablett, J.R. og Jones, R.S.P. (2007). Resilience and well-being in palliative care staff: A qualitative study of hospice nurses` experience of work. I: *Psycho-Oncology*, 16; 733-740.

Aveyard, H. (2014). *Doing av literature review in health and social care: A practical guide*. (3rd. Edition). London: Open University Press.

Blomberg, K. og Blom, E.S. (2007). Closeness and distance: a way of handling difficult situations in daily care. I: *Journal of Clinical Nursing*, 16; 244-254.

Brinchmann, B.S. (2008). *Etikk i sykepleien* (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Carlenius, S. (2008). *Omsorg ved livets slutt. Møter med pasienter og pårørende*. Bergen: Fagbokforlaget.

Chow, A.Y.M. (2011). Prevention of burnout and compassion fatigue through education and training: the project ENABLE. I Renzenbrink, I. (Red). *Caregiver stress and staff support in illness, dying and bereavment*. (98-110). New York: Oxford University press.

Dahl, M. og Sørbye, L.W. (2003). Hospice Lovisenberg. *Sykepleien*, 91 (13): 34-39.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Damsgaard, H.L. (2010). *Den profesjonelle sykepleier. Profesjonalitetens mange ansikter*. Cappelen Akademisk forlag.

Eide, H. og Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2.utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ekedahl, M. og Wengtrøm, Y. (2012). Att vårda och orka i det svåraste. Perspektiv på komplex stresshantering i vårdarbete. Artos & Norma bokforlag.

Fink, H. (2010). *K.E Løgstrup. Den etiske fordring*. Århus: Forlaget Klim.

Grelland, H.F. (2011). Følelse og medfølelse. I Eide, S.B., Grelland, H.H., Kristiansen, A., Sævareid, H.I. og Aasland, G. *Fordi vi er mennesker. En bok om samarbeidet etikk*. (107- 127, 2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Grønsdahl, E.G. (2005). *Omsorg ved livets slutt*. Lokalisert:  
<http://www.sinnetshelse.no/artikler/omsorg.htm> (lest 14-04-15)

Helsedirektoratet. (2015). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. IS-2285. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsepersonelloven. (1999). LOV 1999- 07- 02 nr. 64. Lokalisert:  
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (lest 15-04-15)

Henriksen, J.O. og Vetlesen, A.J. (2006). *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kalfoss, M.H. ( 2007). Møte med lidende og døende pasienter- sykepleierens møte med seg selv. I Almås, H. (Red.), *Klinisk sykepleie*.(48-64). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kearney, M. og Weininger, R. (2011). Revisiting emphatic egagement: countering compassion fatigue with `Exquisite Empathy`. I Renzenbrink, I. (Red). *Caregiver stress and staff support in illness, dying and bereavment*. (49-61). New York: Oxford University press.

Kearney, M.K., Weininger, R.B., Vachon, M.L.S., Harrison, R.L. og Mount, B.M. (2009). Self- care of Psycians Caring for Patients at the End og Life. ”Being Connected . . . A Key to My Survival”. *JAMA*, 301 (11); 1155-1164.

Melvin, C.S. (2012). Professional compassion fatigue: what is the true cost of nurses caring for the dying? I: *International Journal of Palliative Nursing*, 18 (12); 606-611.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2015). Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler. Lokalisert: <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/sjekkliste/> (lest 28-02-15)

Norlander, L. og Schaffer, M. (2009). *Being present. A nurse`s resource for end – of - life communication*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International.

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

NSD. (2015). Database for statistikk om høgere utdanning. Lokalisert: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (lest 28-02-15)

Pereira, S.M., Fonseca, A.M. og Carvalho, A.S. (2012). Burnout in nurses working in Portuguese palliative care teams: a mixed methods study. I: *International Journal of Palliative Nursing*, 18 (8); 373-381.

Peterson, J., Johnson, M., Halvorsen, B., Apmann, L., Chang, P.C., Kershek, S., Scherr, C., Ogi, M. og Pincon, D. (2010). What is so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses` experiences. I: *International Journal of Palliative Nursing*, 16 (4); 181-187.

Portnoy, D. (2011). Burnout and compassion fatigue. Watch for the signs. Lokalisert: <http://www.compassionfatigue.org/pages/healthprogress.pdf> (lest 15-04-15)

Reymert, J. (2013). Oppmerksomt til stede. *Tidsskrift for den Norske legeforening* 2013 133:1442-4.

Sand, A.M. (2007). Se også meg- om å være pårørende til en syk. I Almås, H. (Red. 3.utg.). *Klinisk sykepleie, Bind 1*. (s. 31-47). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Strømskag, K.E. (2012). *Og nå skal jeg dø. Hospicebevegelsen og palliasjonens historie i Norge*. Oslo: Pax.

Svenkerud, H. (2008). *Engelsk ordbok. Engelsk- norsk. Norsk- engelsk*. Oslo: Cappelen Forlag.

Wifstad, Å. (1994). Møtet med den andre. Om ekspertkunnskapens grenser. *Tidsskrift for den norske Lægeforening*. Nr 30, 1994; 114: 3678-80.

## Vedlegg 1: Pico skjema

P	I	C	O
<p><b>Problem/Hvem?</b></p> <p>Sykepleiere som jobber innenfor palliativ omsorg</p>	<p><b>Intervensjon/Hvilke tiltak? Hva er det pasienten blir "utsatt for" i sykepleiepraksis?</b></p> <p>Sykepleiere sine erfaringer i møte med lidelse og sorg hos alvorlig syke og døende mennesker</p>	<p><b>Comparison.</b></p> <p>Sammenlignes med noe annet?</p>	<p><b>Outcome/Utfall.</b></p> <p>Hvilken effekt ønskes vurdert?</p> <p>Erfaringer, utfordringer og opplevelser. Hvilke mestringsstrategier og tiltak for sykepleiere foreligger?</p> <p>Konsekvenser av at sykepleier ikke ivaretar seg selv?</p>

## Vedlegg 2: Søkehistorikk

Søkeord	Databaser	Komb.	Antall treff	Referanse
<p><b>Artikkel 1:</b></p> <p>1. Palliative care</p> <p>2. Empathy</p> <p>3. Nurse-Patient-Relations</p> <p>4. Professional burnout</p>	<p>Ovid</p> <p>Nursing Database</p>	<p>1 and 2</p> <p>3 and 4</p>	<p>7</p>	<p>Peterson et al. (2010). What is so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses`experiences. I: <i>International Journal of Palliative Nursing</i>, 16 (4); 181-187.</p>

<p><b>Artikkel 2:</b></p> <p>1. Palliative care, 2. Coping 3. Professional-patient- relation</p>	<p>Cinahl Database, EbscoHost</p>	<p>1 and 2 and 3</p>	<p>66 fulltekst = 10</p>	<p>Blomberg, K. og Blom, E.S. (2007). Closeness and distance: a way of handling difficult situations in daily care. I: <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 16; 244-254.</p>
<p><b>Artikkel 3:</b></p> <p>1. Palliative care 2. Compassion fatigue 3. Nurse- patient - relations</p>	<p>Cinahl Database, EbscoHost</p>	<p>1 and 2 and 3</p>	<p>3</p>	<p>Melvin, C.S. (2012). Professional compassion fatigue: what is the true cost of nurses caring for the dying? I: <i>International Journal of Palliative Nursing</i>, 18 (12); 606-611.</p>
<p><b>Artikkel 4:</b></p> <p>1. Palliative care 2. Health personell 3. Nurse- patient - relations</p>	<p>Ovid Nursing Database</p>	<p>1 and 2 and 3</p>	<p>2</p>	<p>Ablett, J.R. og Jones, R.S.P. (2007). Resilience and well-being in palliative care staff: A qualitative study of hospice nurses` experience of work. I: <i>Psycho-Oncology</i>, 16; 733-740.</p>
<p><b>Artikkel 5:</b></p> <p>1. Palliative care 2. Nursing 3. Burnout</p>	<p>Kan lokaliseres via Cinahl Database, EbscoHost</p>	<p>Anbefalt av Rita Jakobsen</p>		<p>Pereira, S.M., Fonseca, A.M. og Carvalho, A.S. (2012). Burnout in nurses working in Portugese palliative care teams: a mixed methods study. I: <i>International Journal of Palliative Nursing</i>, 18 (8); 373-381.</p>