

VIDEREUTDANNING I PALLIATIV OMSORG
FORDYPNINGSOPPGAVE VIU8432

**STRESS OG UTBRENTHET HOS
SYKEPLEIER I PALLIATIV OMSORG**

FORFATTER(E): LENE HARALDSEN OG CAMILLA
BAKSETERSVEEN

Dato: 08.05.2017

Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap Gjøvik

SAMMENDRAG

Tittel:	Stress og utbrenthet hos sykepleier i palliativ omsorg	Dato: 08.05.2017
Deltaker(e)/	Lene Haraldsen og Camilla Baksetersveen	
Veileder(e):	Marit Tømmerbakk	
Evt. oppdragsgiver:	_____	
Stikkord/nøkkel ord:	Palliativ omsorg, sykepleier, stress, utbrenthet, mestring	
(3-5 stk)	_____	
Antall sider/ord: 41/9804	Antall vedlegg:1	Publiseringsavtale inngått: ja
Kort beskrivelse av master/bacheloroppgaven:		
<p>Introduksjon: Tidligere forskning viser at det er indikasjon på at det er utbredt forekomst av stressrelatert bekymring og utbrenthet blant sykepleiere som jobber innen palliativ omsorg. Forskjellige mestringsstrategier anvendes som et verktøy for å skape en kontroll over konflikter og indre og ytre krav.</p> <p>Hensikt: Hensikten med denne studien er å gi et bidrag til forståelsen for hva som er risikofaktorer for stress og utbrenthet hos sykepleiere som jobber i palliativ omsorg og se på aktuelle tiltak som kan benyttes for å bedre kunne håndtere stress og forebygge utbrenthet.</p> <p>Metode: Litteraturstudie som bygger på forskningsartikler.</p> <p>Resultat: Det ble inkludert fem artikler i litteraturstudien. Faktorer til stress og utbrenthet ble relatert til kommunikasjon, relasjoner og organisatoriske forhold. Det vises til at forskjellige mestringsstrategier hos sykepleiere kan ha en beskyttende faktor.</p> <p>Konklusjon: Å bli eksponert for lidelse og død over en lengre tidsperiode viser seg å være en risikofaktor. De mest belyste risikofaktorene er utfordringer knyttet til kommunikasjon, formidling av informasjon, relasjonsutfordringer samt ulike faktorer i arbeidsmiljøet. Det viser seg at sykepleiere som utnytter tilstrekkelige mestringsstrategier er bedre rustet til å takle stress og kan være mindre utsatt for utbrenthet. Egenomsorg blir sett på som et av de mest egnede alternativene.</p>		

ABSTRACT

Title:	Stress and burnout among nurses who work in palliative care	Date: 08.05.2017
Participants/	Lene Haraldsen og Camilla Baksetersveen	
Supervisor(s)	Marit Tømmerbakk	
Employer:	_____	
Keywords	Palliative care, nurses, stress, burnout and coping	
(3-5)	_____	
Number of pages/words: 41/9804	Number of appendix: 1	Availability (open/confidential): Yes
Short description of the bachelor thesis:		
<p>Introduction: Research indicates that there exists a widespread occurrence of stress-related anxiety and burnout among nurses who work in palliative care. Different coping strategies can be used as a tool to manage conflict as well as the internal and external demands of the job.</p> <p>Aim: The aim of this study is to contribute toward understanding the risk factors for stress and burnout among nurses who work in palliative care and identify appropriate measures that can be used to better manage stress and prevent burnout.</p> <p>Method: Literatur review based on scientific research papers.</p> <p>Results: Five papers were included in this review. Risk factors for stress and burnout were found to be related to communication, relationships and organization. Different types of management strategies used by nurses were shown to have a protective effect.</p> <p>Conclusion: Exposure to suffering and death over prolonged periods of time proved to be a risk factor. The most common risk factors however were the challenges related to communication, information dissemination, inter-relational challenges as well as the various factors in the working environment. It was shown that nurses who utilize adequate coping strategies are better equipped to manage stress and may be less prone to burnout. Taking good care of oneself is regarded as one of the most suitable strategies.</p>		

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	6
2.0 Bakgrunn	8
2.1 Palliativ omsorg	8
2.2 Stress i sykepleie.....	9
2.3 Omsorgstretthet og utbrenthet	9
2.4 Kommunikasjon og stress.....	10
2.5 Mestring og mestringsstrategier	12
2.6 Begrunnelse for valg av tema	12
2.7 Oppgavens hensikt og presentasjon av problemstilling.....	13
3.0 Metode	14
3.1 Litteraturstudie som metode	14
3.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier	15
3.3 Kildekritikk	15
3.4 Søkehistorikk.....	16
3.5 Bearbeidelse av data	18
4.0 Resultat.....	20
4.1 Kommunikasjon og informasjonsformidling	20
4.2 Relasjoner og pårørende	21
4.3 Organisatoriske forhold	21
4.4 Mestringsstrategier og forebyggende tiltak.....	23
5.0 Drøfting.....	24
5.1 Sykepleie i palliativ omsorg	24
5.2 Kommunikasjon og informasjonsformidling	25
5.3 Relasjoner og samhandling.....	27
5.4 Organisatoriske forhold	29
5.5 Mestring og strategier	30
5.6 Avgrensninger og presiseringer	32
5.7 Kritisk vurdering og metodiske overveielser	32

6.0 Konklusjon	35
7.0 Litteraturliste	36

Antall vedlegg: 1

Antall ord: 9804

1.0 Innledning

Innenfor helsevesenet er man blitt mer bevisst på de dype følelsesmessige forstyrrelsene som oppstår hos helsepersonell når de blir vitne til lidelse og smerte hos sine pasienter når de blir rammet av uhelbredelig sykdom. Helsepersonell er ofte med på denne reisen, og forståelsen og kunnskapen omkring følgene hos helsepersonell av å yte denne omsorgen for alvorlig syke og døende pasienter er begrenset (Najjar m.fl. 2009).

Tidligere studier og forskning viser at det er indikasjon på at det er utbredt forekomst av stressrelatert bekymring og utbrenthet blant sykepleiere som jobber innen palliativ omsorg (Keidel 2002). Det er gjort flere studier som viser at sykepleiere som jobber innen palliativ omsorg er i en utsatt gruppe når det gjelder å bli eksponert for betydelige stressfaktorer (Fillion m.fl. 2009).

Bang (2003) skriver at de aller fleste hjelpere har kortere eller lengre perioder da de er tynget av det de ser og hører. Man kan oppleve avmakt og hjelpeløshet og begynne å tvile på om man i det hele tatt er til nytte. Å være i en hjelperrolle karakteriseres ved stort menneskelig nærvær. Man stiller seg til rådighet for pasienten med sin oppmerksomhet og innlevelse. Hjelperen kan føle seg fullstendig tom for energi etter en lang dag der man har gitt støtte og omsorg til mange menneskers problemer.

Det blir også beskrevet årsaker til utbrenthet når det gjelder organisasjon på arbeidsplassen. Årsaker som nevnes er hvor stor innflytelse du har på arbeidsplassen din, arbeidsmengde og forutsigbarhet. Uklare mål og roller bidrar til å skape utbrenthet (Bang 2003). Ved konstante trusler om sammenslåinger, oppsigelser og omorganisering kan stress og angst oppstå (Bang 2003; Nordang, Hall-Lord og Farup 2010).

Helsepersonell som er involvert i direkte pasientbehandling er utsatt for lidelse og negativitet. De står overfor økende krav i arbeidslivet, mens de i privatlivet sjonglerer familieliv, personlige interesser og omsorg for deres aldrende foreldre og egne barn (Portnoy 2011).

I Mathisen (2005) omtales en svensk studie utført av Rasmussen m.fl. (1997) der det ble gjort et dybdeintervju ved et hospice. Her var målet å finne ut hva god sykepleie til alvorlig

syke og døende mennesker gikk ut på. Det å ha god tid, å være tilgjengelig for både pasienter og de pårørende og å bli kjent med dem som mennesker slik at de kunne se behovene deres i situasjonen de var i var blant resultatet som kom ut av undersøkelsen. Tålmodighet, respekt, integritet og det å tilrettelegge sykepleie slik at hverdagen til familien kunne opprettholdes best mulig var noen av punktene som gikk igjen for yte god omsorg til denne gruppen av pasienter. Å lindre og å delta i smerter og sorg, samtidig som sykepleieren skapte trygghet og tillit til pasienten og pårørende var det god sykepleie handlet om.

Det representerer utfordringer for sykepleiere i møte med alvorlig syke, døden og de pårørende. Dette er utfordringer som enhver sykepleier må ha et bevisst forhold til. Det er en spesiell krevende del av sykepleieryrket å utøve sykepleie til mennesker som skal dø (Mathisen 2005). Som sykepleier blir man utfordret på det personlige plan i møte med lidende og døende pasienter. Dette gjør at sykepleieren stadig må utforske hvordan personlige tanker, følelser og reaksjoner som dukker opp i slike situasjoner påvirkes og utvikle evner til å stå i situasjonene og mestre dem (Kalfoss 2011). Det kreves også faglig dyktighet, vilje og evne til å gi av seg selv når man arbeider blant lidende og døende pasienter. Man trenger kunnskap om seg selv og om hvilke meninger, følelser og reaksjoner som utløses i utfordrende situasjoner hvis man skal makte å stå i dette som sykepleier uten å miste seg selv (Kalfoss 2011). Tanker omkring egen død kan bli svært påtrengende for en sykepleier når man møter alvorlig syke mennesker. Man har lite å hjelpe den syke med hvis man opplever møte med en døende som så skremmende at man ønsker å lage avstand til pasienten (Mathisen 2005). Palliasjon er følelsesmessig krevende for profesjonelle pleiere og strategier for personlig støtte er nødvendig (Twycross 2002).

2.0 Bakgrunn

2.1 Palliativ omsorg

Denne studien omhandler sykepleiere som arbeider innenfor palliativ omsorg. Et av målene for sykepleiere som jobber innen palliativ omsorg er å gi god pleie og omsorg til personer med dødelig sykdom. Fokuset er satt på omsorgen de yter, medfølelse og kontroll (Keidel 2002). Når man er alvorlig syk og døende vil det kunne melde seg behov for hjelp både når det gjelder åndelige, følelsesmessige, fysiske, praktiske og sosiale forhold. Det vil være uriktig å skille disse fra hverandre, da disse områdene griper inn i hverandre. Omsorg til hele mennesket er viktig. For at pasienten skal kunne få den beste hjelpen, er det viktig at man prøver å forstå hva som er hva i de problemene som kan oppstå (Mathisen 2005).

Helsedirektoratet (2015 s. 11) beskriver definisjon av palliasjon slik:

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet.

Begrepet palliasjon stammer opprinnelig fra hospicebevegelsen i England på 1960-tallet ved en dame med navn Cicely Saunders i spissen. Saunders gjorde en viktig innsats for at verdens helseorganisasjon (WHO) skulle gi en definisjon av palliasjon som et begrep. Definisjonen bærer preg av hospicefilosofiens grunnverdier om et helhetlig menneskesyn og betydningen av det enkelte menneskets verdi (Kopp 2011). Hun er også kjent som kvinnen bak begrepet «total pain» som betyr at smerte er et begrep som omhandler både fysisk, psykisk, sosialt og åndelig/eksistensiell smerte (Strømskag 2012).

2.2 Stress i sykepleie

Det er kjent at det å jobbe som sykepleier innebærer en rekke momenter og situasjoner som er stressende i arbeidssammenheng (Chang m.fl. 2006a; Fillion m.fl. 2009). Gravseth (2010) har utarbeidet en rapport som viser at sykepleieryrket er en av yrkesgruppene i Norge som er mest utsatt for tidspress og store arbeidsbelastninger. Lisbeth Normann understreker at det at sykepleiere har et belastende arbeidsmiljø kan medføre psykiske plager. Det belastende arbeidsmiljøet relateres til stress, lav bemanning og når den enkelte opplever og ikke strekke til i jobben (Berg 2010).

Ursin og Eriksen (2004, som sitert i Harris og Ursin 2012) sier at stress finnes hos alle mennesker. I alle stressteorier er det nå enighet om at det ikke foreligger en direkte sammenheng mellom en gitt ytre belastning og stressresponsen. Psykolog Richard Lazarus og hans kollega Susan Folkman har utviklet teori om stress og mestring gjennom flere tiår. Deres teori bygger også på at det er personens egne tanker om situasjonen han er i, som utgjør grunnlaget for hans opplevelse av belastning og stress. Med en slik tilnærming til begrepet vil det være veldig individuelt hva som oppleves som stressende, og en situasjon som en person opplever som stressfylt kan oppleves som helt uproblematisk for en annen person (Kristoffersen 2005).

2.3 Omsorgstretthet og utbrenthet

Omsorgstretthet og utbrenthet kan være følelsesmessig ødeleggende for sykepleiere og det igjen kan resultere i nedsatt ytelse som gjør at målet omkring pasientbehandlingen nesten vil være umulig å oppnå (Keidel 2002).

Franceschi (2013) skriver at begrepet omsorgstretthet oppstår gjennom relasjoner med andre. Tilstanden kan opptre plutselig og uten forvarsel og er en naturlig følge av stress som følge av omsorg for og hjelpe traumatiserte eller lidende mennesker.

Noen av symptomene og reaksjonene på tilstanden kan være senket konsentrasjon, apati, maktesløshet, depresjon, angst, skyldfølelse, sinne, frykt, dårlig nattesøvn, irritabilitet,

humørsvingninger og isolasjon. Langsiktige effekter inkluderer blant annet redusert empati, redusert følelse av personlig sikkerhet, redusert følelse av kontroll og håpløshet (Portnoy 2011).

Mens omsorgstretthet er relatert til vår relasjon med andre er utbrenthet et resultat av et mangfold av ting og oppstår på grunn av generell misnøye og påkjenninger i et arbeidsmiljø (Franceschi 2013; Kearney m.fl. 2009). Misnøyen kan være et resultat av arbeidstid, miljø, lønn eller organisatoriske faktorer (Franceschi 2013). Utbrenthet er et resultat av frustrasjon, maktesløshet og manglende evne til å oppnå arbeidsmål. Utbrenthet inkluderer emosjonell utmattelse, følelse av kynisme og depersonalisering. I tillegg har man en følelse av ineffektivitet og mangel på personlig prestasjon (Kearney m.fl. 2009). Utbrenthet utvikles gradvis over tid med langvarig emosjonell og fysisk utmattelse, som til syvende og sist resulterer i utbredt apati og at man blir uinteressert i både jobb og relasjoner. Mennesker som er utbrente kan fremstå som hjerteløse da deres apati synes å indikere mangel på omsorg (Franceschi 2013). De kan videre oppleve symptomer som irritabilitet, søvnforstyrrelser, sosial tilbaketrekning, konsentrasjonsvansker, hodepine og svekket immunforsvar (Kearney m.fl. 2009).

I motsetning til ved utbrenthet, kan hjelperen med omsorgstretthet fortsatt bry seg og være involvert. Omsorgstretthet kan føre til utbrenthet (Kearney m.fl. 2009). Det er en overlapping mellom omsorgstretthet og utbrenthet og en person kan lide av begge. De deler noen symptomer og påvirker både helse og relasjoner. De påvirker også arbeidsplassen i form av lav moral, fravær, redusert motivasjon og apati selv om mennesker som lider av omsorgstretthet ofte elsker jobben sin (Portnoy 2011).

2.4 Kommunikasjon og stress

I en studie utført av Wilkinson m.fl. (2008) kommer det frem at sykepleie og kommunikasjon til pasienter i palliativ omsorg er kjent som en stressende faktor. De nevner viktigheten av gode kommunikasjonsferdigheter hos sykepleiere i palliativ omsorg. Ineffektiv kommunikasjon kan føre til at pasientene kan føle seg engstelige, frustrerte og misfornøyde.

De sier i sin studie at utilstrekkelig opplæring i kommunikasjon fører til stress og utbrenthet hos helsepersonell.

Som sykepleier skal en gjennom sin måte å kommunisere på kunne styrke, støtte og hjelpe pasienter til å ivareta sine behov (Eide og Eide 2010). I mellommenneskelig kommunikasjon handler man ofte ut ifra bestemte verdier som man ønsker å fremme i samhandlingen.

Eksempler på slike verdier kan være trygghet, åpenhet, tillit og en følelse av kontakt (Røkenes og Hanssen 2012). Det legges vekt på at det er viktig å skape en god relasjon og en god kommunikasjon med pasienter og at mangelfull eller dårlig kommunikasjon kan føre til profesjonelle feil eller mangler (Eide og Eide 2010).

I samhandling med andre ønsker vi å formidle budskap, og man kan si at god kommunikasjon oppstår når det er samsvar mellom det budskapet som blir sendt og det budskapet som blir oppfattet. Når det gjelder å formidle informasjon, kan det å få informasjon føre til en større opplevelse av trygghet hos pasienter. Som regel så er det lettere å utveksle informasjon og å forstå hverandres meninger hvis man har bygd opp en bærende relasjon preget av tillit og trygghet (Røkenes og Hanssen 2012).

Å skape en relasjon til pasienten vil si at sykepleier er i stand til å oppnå en kontakt. I samhandling med pasienter trenger man en relasjonskompetanse som handler om å kjenne seg selv, forstå den andres opplevelse og å forstå hva som skjer i samspillet mellom seg selv og pasienten. Å skape en god relasjon til den andre forutsetter at du er i stand til å møte hele mennesket og å møte den andre som et subjekt - et selvstendig og selvbestemmende individ som man ikke håndterer, men samhandler med (Røkenes og Hanssen 2012).

Eide og Eide (2010) sier at mye stress og utilfredshet kunne ha vært unngått i hjelpeyrker hvis evnen til å kunne kommunisere empatisk og klokt i vanskelige situasjoner hadde blitt trent opp. Det viser seg at teoretisk kunnskap alene har liten effekt på hvordan man kommuniserer, men at teori i kombinasjon med praktiske øvelser i enkeltferdigheter har en stor læringseffekt.

2.5 Mestring og mestringsstrategier

Lazarus og Folkman (1984, som sitert i Kristoffersen 2005 s. 212) definerer mestring som:

[...] kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige bestrebelser på å mestre spesifikke indre og/eller ytre krav, som etter personens oppfatning tærer på eller overstiger hans ressurser.

I følge Heggen (2007) handler mestring også om å ha tilgang til ressurser, kunnskaper, ferdigheter, sosiale ressurser, hjelpere eller utstyr og evne til å utnytte dette (Tveiten 2012).

Å mestre handler om å velge en strategi eller handling for å skape en kontroll over konflikter og indre og ytre krav. I følge Chang m.fl. (2006a) hevder Lazarus (1990) at når et individ opplever stress, blir mestringsstrategier brukt som et verktøy. Hensikten med en mestringsstrategi er å prøve og takle en utfordring man står ovenfor på en best mulig og hensiktsmessig måte (Kristoffersen 2005).

I Kristoffersen (2005) kan man lese at Lazarus og Folkman (1980) deler mestringsstrategier inn i to hovedtyper. Den første er problemorientert mestring som omfatter strategier for å løse et problem eller hankses med en vanskelig situasjon. Mens emosjonelt orientert mestring handler om å kunne endre opplevelsen av en situasjon framfor å endre selve situasjonen. Strategien her tar sikte på å redusere ubehaget i situasjonen ved å dempe følelser som ledsager til opplevelse av stress. Dette er en helt livsnødvendig type strategi der det forekommer situasjoner som ikke kan endres. Hvor effektiv og hensiktsmessig en mestringsstrategi er, avhenger av hvordan resultatet blir i den aktuelle situasjonen (Kristoffersen 2005).

2.6 Begrunnelse for valg av tema

Vi er to sykepleiere som arbeider i og har et stort engasjement for fagfeltet palliasjon. Vår indre drivkraft for å arbeide med alvorlig syke og døende pasienter er at vi føler at vi gjør en jobb som gir mening og som er verdsatt i samfunnet. Vi føler oss heldige som kan vise omsorg til de som trenger det. Det å kunne bety noe for noen og utvikle oss som sykepleiere

innen et stort fagfelt. Selv om vi opplever mange gleder med å arbeide som sykepleiere i palliativ omsorg har vi mange ganger kjent på hvordan vår arbeidsdag påvirker oss både psykisk og fysiologisk. Vi har kjent på kroppen hvordan det kan påvirke oss som medmenneske å hjelpe pasienter med alvorlig sykdom og i livets slutfase. Samtidig så føler vi oss noen ganger alene om disse tankene og reaksjonene. Som sykepleier har vi til tider kjent på mangel av veiledning og refleksjon rundt det vi personlig opplever i vårt fagfelt. Vi tenker at sykepleiere i palliativ omsorg kan ha nytte av mer kunnskap omkring hvilke faktorer som kan føre til stress og utbrenthet i sitt arbeid. Vi ønsker samtidig å se på hva litteraturen sier om hvilke tiltak sykepleier kan benytte seg av i sin arbeidshverdag for å bedre kunne håndtere stress og forebygge utbrenthet.

2.7 Oppgavens hensikt og presentasjon av problemstilling

Hensikten med denne litteraturstudien er:

-å gi et bidrag til forståelsen for hva som er risikofaktorer for stress og utbrenthet hos sykepleiere som jobber i palliativ omsorg

- se på aktuelle tiltak for å redusere faktorer som kan bidra til stress og utbrenthet hos sykepleiere som jobber i palliativ omsorg

Ut fra dette har vi formulert to forskningsspørsmål:

Hvilke risikofaktorer kan føre til stress og utbrenthet hos sykepleier i palliativ omsorg?

Hvilke tiltak kan sykepleier i palliativ omsorg benytte for å bedre kunne håndtere stress og forebygge utbrenthet?

3.0 Metode

Man må velge en metode for å besvare en problemstilling. Med metode menes ofte måten man samler inn data på, for så å analysere data man finner. Det er mye arbeid i å utvikle en strategi for innsamling av data og for så å systematisere, kategorisere, fortolke og oppsummere det innsamlede materialet (Bjørk og Solhaug 2008).

3.1 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven er det bestemt at det skal gjøres en litteraturstudie (Emnehefte 2016). I følge Aveyard (2014) er hensikten med en litteraturstudie å få en oppsummering av tilgjengelig litteratur hvor ny innsikt kan bli utviklet igjennom forskning, innenfor et bestemt område. Det er litteraturen man studerer i en litteraturstudie, altså det som er undersøkt og skrevet om virkeligheten av artikkelforfatterne (Støren 2013).

Dette gjøres, ifølge Forsberg og Wengström (2013), ved å arbeide seg gjennom flere steg. Det første man må gjøre er å formulere en problemstilling og legge en plan for litteraturstudien. Deretter formulerer man spørsmål og bestemmer hvilke søkeord og søkestrategier man skal bruke for å besvare problemstillingen. Det gjelder å finne gode vitenskapelige artikler med høy kvalitet, og man må kritisk granske og vurdere den valgte litteraturen innen valgt problemområde. En forutsetning for å kunne gjøre en systematisk litteraturstudie er at det finnes tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som kan danne et grunnlag for diskusjoner og konklusjon. Til slutt så må man analysere og diskutere resultatet før man sammenfatter og presenterer konklusjonen av studien (Forsberg og Wengström 2013). Hensikten med en slik omfattende litteraturgjennomgang er å innhente ny kunnskap slik at leseren kan holde seg oppdatert å få en god forståelse av den kunnskapen problemstillingen etterspør (Bjørk og Solhaug 2008). For å begrunne og underbygge forskernes funn vil det også anvendes kunnskap fra fag- og pensumbøker og erfaringer fra vår egen praksis (Støren 2013).

3.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Det er viktig å gjøre en utforming av inklusjons- og eksklusjonskriterier for å sikre at anvendte artikler er relevante for studiens problemstilling (Aveyard 2014). Det er valgt ut inklusjons- og eksklusjonskriterier til utvelgelsen av artikler. Disse sier noe om krav til litteraturen man ønsker å innhente. Dette gjøres også for å avgrense søket slik at det ikke gir for mange artikler per søk (Støren 2013).

INKLUSJONSKRITERIER	EKSKLUSJONSKRITERIER
Artikler som følger IMRaD-struktur	Artikler som mangler IMRaD-struktur
Vitenskapelig nivå I eller II	
Fagfelleverderte artikler	Ikke fagfelleverderte artikler
Artikler publisert etter 2007	Artikler publisert før 2007
Artikler skrevet på engelsk eller skandinavisk språk	
Artikler som i hovedsak omhandler sykepleiere	
	Fagartikler

Tabell 1 – Inklusjons- og eksklusjonskriterier

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk vil si de metoder man bruker for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere kilder som benyttes (Dalland og Trygstad 2012). For at resultatet av forskningen lett kan gjøres kjent for fagfolk og andre er det viktig at en vitenskapelig artikkel har en fast og gjennomtenkt struktur. I internasjonale tidsskrift er det vanlig at IMRaD-strukturen blir benyttet. IMRaD-strukturen vil si at artikkelen er delt inn i følgende deler: Innledning, metode, resultat og diskusjon. Innledningen skal gi svar på hvorfor undersøkelsen ble gjort, metoden forteller om hvordan datainnsamlingen foregikk, hva forskerne fant blir beskrevet i resultatdelen, mens i diskusjonsdelen presenteres hva funnene som er gjort kan ha av betydning. I tillegg til dette kommer et sammendrag og en konklusjon (Støren 2013).

Inkluderte artikler i denne litteraturstudien skal være utgitt i et tidsskrift som har et vitenskapelig nivå. Det vitenskapelige nivået viser publiseringskanalens rangering etter vitenskapelig kvalitet og prestisje. Dette deles inn i to nivå, nivå I og nivå II (Database for statistikk for høgre utdanning 2017a). Tidsskriftene som artiklene er publisert i vil bli søkt opp i Database for statistikk for høgre utdanning. Her vil man se om tidsskriftet har et vitenskapelig nivå (Database for statistikk for høgre utdanning 2017b).

Et av inkluderingskriteriene er at artiklene skal være fagfellevurdert. Det betyr at artiklene skal være vurdert og godkjent av eksperter innenfor valgt fagområde. I en vitenskapelig artikkel stilles det bestemte krav til innhold og form, og de gjennomgår en strengere kvalitetssikring enn fagtidsskriftene (Dalland og Trygstad 2012). Vi har sjekket opp at artiklene er fagfellevurdert samtidig som vi har sjekket opp vitenskapelig nivå, da den samme kilden gir oss informasjon om fagfellevurdering.

Det er ønskelig at forskningen som benyttes skal være utgitt etter år 2007. Siden fagfeltet palliasjon stadig er i utvikling kan det være at informasjon vi finner kan være utdatert. Det vil derfor bli sett på når informasjonen ble publisert og sist revidert. Det er blitt satt et krav til at inkluderte artikler ikke skal være eldre enn 10 år. I tillegg må artiklene være skrevet på engelsk eller skandinavisk språk, da dette er et språk som er lettere å forstå og oversette.

Siden problemstillingen omhandler sykepleiere, er det ønskelig at de inkluderte artiklene har hovedfokus på sykepleiere. Det kan bli vurdert å ta med artikler som også har andre profesjoner med i sin studie, men sykepleiere må være representert i utvalget.

For å vurdere den metodiske kvaliteten til de inkluderte artiklene er det anvendt sjekklister tilgjengelig fra nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret 2017).

3.4 Søkehistorikk

For å finne frem til relevante kilder kan og bør en gjøre søk i flere databaser. Å gjennomføre søk i flere databaser bidrar til å sikre størst mulig bredde i litteraturtilfanget. For å finne frem til mest mulig relevant litteratur bør en sette seg inn i spesialiteten til de enkelte databasene (Bjørk og Solhaug 2008).

Det ble gjort flere søk i databaser for å finne inkluderte artikler til litteraturstudien. Søkeord som ble benyttet ble valgt ut ifra aktuelle emner i problemstillingen. Databasene som ble valgt å bruke er databaser som er tilgjengelige ved NTNU Gjøvik. I hovedsak ble databaser innenfor fagområdet helsevitenskap benyttet. De inkluderte artiklene er fra databasene Cinahl, PubMed og Medline Ovid. Det ble benyttet operatoren AND i søkene. Dette for å finne frem til referanser der flere av de valgte søkeordene inngår. Ved å kombinere søkeord og operatoren AND snevres også søket inn (Bjørk og Solhaug 2008).

I tabell 2 er det laget en oversikt over hvilke søkeord som ble brukt for de inkluderte artiklene og hvilke databaser som er blitt benyttet.

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Palliative Care	Cinahl	1 AND 2 AND 3	11
2. Burnout	Medline Ovid	1 AND 2 AND 4	6
3. Compassion Fatigue	PubMed	1 AND 2 AND 4 AND 5 AND 6	16
4. Nurses	PubMed	1 AND 2 AND 3 AND 4	10
5. Stress	PubMed	1 AND 2 AND 5 AND 6 AND 7	10
6. End-of-life Care			
7. Coping			

Tabell 2- Benyttede søkeord

Det ble først sett på overskriftene til artiklene fra hvert enkelt søk. Hvis denne virket relevant i forhold til problemstillingen ble sammendraget lest. Sammendraget inneholder en kort beskrivelse av arbeidet og den skal inneholde problemstilling/hensikt, metode, resultat og konklusjon (Forsberg og Wengström 2013). Inneholdt sammendraget momenter som var aktuelle for studien ble den plukket ut til videre granskning. Her ble det også sett på aktuelle søkeord/nøkkelord for artikkelen, dette for å få tips til andre søkeord som kunne benyttes i søkeprosessen til denne studien. Siden det er valgt ut flere inklusjon- og eksklusjonskriterier for denne litteraturstudien ble disse vurdert opp mot artiklene og videre relevansen opp mot problemstillingen. Var den fortsatt aktuell ble den inkludert videre i litteraturstudien.

Det ble til sammen lest 12 artikler fra søk i databaser. Det ble ekskludert 7 artikler. Disse ble ekskludert fordi 3 studier omhandlet personale på sykehus uten at det var spesifikt knyttet til kun palliativ omsorg, 2 studier var sykepleiere veldig lavt representert i utvalget av

deltakere og 2 omhandlet konkrete arbeidssituasjoner knyttet til prosesser omkring omorganisering og nedbemanning på palliative enheter.

I sin form kan empiriske data være kvantitative eller kvalitative. De kvantitative metodene gir data i form av målbare enheter, data analysert med statistikk. Kvalitative data analyseres gjennom fortolkning og tar sikte på å fange opp meninger som ikke lar seg tallfeste eller måle (Bjørk og Solhaug 2008; Dalland 2012). Den kvantitative metoden går i bredden når det gjelder å innhente kunnskap, mens den kvalitative metoden går mer i dybden. Fordelen med begge disse to metodene er at de på hver sin måte gir oss en bedre forståelse av samfunnet som vi lever i. Metodene orienterer oss om hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland 2012).

Det ble inkludert 5 artikler i denne litteraturstudien. Det er inkludert 2 litteraturstudier som har benyttet både kvalitative og kvantitative studier, 1 kvantitative studie og 2 kvalitative studier.

3.5 Bearbeidelse av data

I resultatdelen av studien skal forfatterens funn sammenfattes (Støren 2013). Det er viktig at resultatet formidles på en ryddig og nøktern måte, da dette er med på å gi studien troverdighet (Bjørk og Solhaug 2008). Man skal kun beskrive de felles resultatene og de eventuelle sprikene i resultatdelen. Tolking av funn eller sprik skal gjøres i diskusjonsdelen (Støren 2013).

Det har blitt valgt å sortere noe av den viktigste informasjonen om hver artikkel i en litteraturmatrise. Dette er et godt hjelpemiddel i arbeidet med å lese artiklene og for å få en oversikt over innholdet. Det vil også være nyttig når man skal skrive selve litteraturgjennomgangen. Matrisen inneholder referanse på artikkelen, hensikt/problemstilling til studien, metode som er anvendt, resultat/diskusjon og en kolonne for egne kommentarer (Bjørk og Solhaug 2008). Resultatet presenteres i en matrise som finnes som vedlegg. I resultatkapitlet er det som er sentralt for problemstillingen sammenfattet inn i nye overskrifter.

Etter at resultatet er lagt fram kommer drøftingen. I dette avsnittet begynner man vanligvis å diskutere de viktigste funnene fra resultatet. Videre skal resultatet diskuteres opp mot formålet og problemstillingen til litteraturstudien og til den litteraturen som er presentert i innledning og bakgrunn. Kildekritikk og metodiske overveielser bør også være med i diskusjonsdelen. Her tar man opp den inkluderte litteraturens relevans og representativitet. Her kan også forfatterens egne synspunkt komme frem, men det er da viktig at man har dekning og støtte for dette i egne eller andres resultat. Diskusjonen bør avsluttes med en konklusjon, og eventuelt forslag til nye problemstillinger og videre forskning (Forsberg og Wengström 2013).

4.0 Resultat

I dette kapitlet sammenfattes resultatet fra de inkluderte vitenskapelige artiklene. Resultatet er delt inn under nye overskrifter som er sentrale for å besvare problemstillingen.

4.1 Kommunikasjon og informasjonsformidling

Pereira, Fonseca og Carvalho (2011) viser i sine studier at mangel på selvtillit med egne kommunikasjonsferdigheter til pasienter og pårørende er en risikofaktor for å utvikle utbrenthet. I studien til Peterson m.fl. (2010) blir det uttrykt at sykepleierne hadde en frykt for at manglende erfaring ville føre til at de fikk problemer med å kommunisere med pasienten og deres pårørende. Studien viser også til tidspress som en risikofaktor for utbrenthet, da dette forårsaker vanskeligheter med å etablere god kommunikasjon. En av deltakerne i studien til Peterson m.fl. (2010) opplevde det som stressende å være redd for å si feil ting til pasienter eller pårørende. Dette kan avhenge av hvor i prosessen pasienten og pårørende er, og at det man sier til en pasient eller pårørende ikke trenger å være det en annen pasient eller pårørende trenger og høre. Sykepleierne var bekymret for pasientenes behov samt å sørge for at deres informasjonsbehov ble møtt. De anså det som viktig at alle spørsmål ble besvart, og at pasientene skulle føle seg komfortable med å snakke med dem og at de skulle føle at de kunne uttrykke sine følelser og dele informasjon med dem. De følte en bekymring over om de var i stand til å ta opp ulike temaer omkring omsorg og beslutninger med pasienten. Samtidig så følte de seg uforberedt på å gi informasjon og de opplevde det som vanskelig å svare på spørsmål de ikke hadde svar på, samt spørsmål som leger hadde unnlatt å svare på (Peterson m.fl. 2010). Peterson m.fl. (2010) beskriver at sykepleierne føler seg bekymret for manglende trening i kommunikasjon med alvorlig syke pasienter og deres pårørende. Studien fremhever at det er behov for mer kommunikasjonstrening. De sier også at det er for lite kommunikasjonstrening i utdanningen til sykepleiere.

4.2 Relasjoner og pårørende

I et fagfelt hvor sykepleiere opplever hyppige dødsfall, er pasienter og pårørende en vanlig kilde til stress (Peters m.fl. 2012). Deltakerne i studien til Peterson m.fl. (2010) nevner at i omsorg for døende pasienter finnes det en stor bekymring for om pasientene og deres pårørende får dekket sine behov. Til tider kommenterte sykepleierne at de hadde mer vondt av pårørende enn pasienten selv, og de hadde et ønske om å ha nok tid til og kunne trøste og hjelpe pårørende til å håndtere og mestre deres situasjon. Dette innebærer også viktigheten av å kunne ta opp ubehagelige temaer med pårørende.

Sykepleierne bemerket også at det kan være en vanskelig oppgave å håndtere problemer mellom pasienten og deres pårørende, og at de ofte følte seg tvunget til å megle i konflikter mellom pasienter og deres pårørende. Ofte så dreide disse konfliktene seg om videre behandling (Peterson m.fl. 2010; Peters m.fl. 2012).

Det var en felles bekymring blant deltakerne at det var vanskelig å kunne opprettholde en profesjonell avstand. Sykepleierne uttrykte en bekymring for å bli for involvert med pasienten og for å holde deres egne følelser adskilt (Peterson m.fl. 2010). Enkelte sykepleiere hadde vanskeligheter med å legge fra seg eget arbeid på jobb, og tenkte ofte på pasientene etter endt arbeidsdag. Dette er opplevelser som førte til at noen måtte forlate sitt fagfelt (Melvin 2012).

4.3 Organisatoriske forhold

Pereira, Fonseca og Carvalho (2011) fremhever at mangel på utdanning og opplæring i palliativ omsorg er en faktor som gjør sykepleiere mer utsatt for utbrenthet. Denne studien viser også at utbrenthet er relatert til hvor lenge man har jobbet i fagfeltet. Det ble funnet høyere nivåer av utbrenthet der sykepleiere har vært i samme fagfelt i 5 år eller mer.

I studien til Peters m.fl. (2012) ble det funnet at miljøet der hvor sykepleierne jobber er assosiert med opplevelsen av stress, med organisatoriske arbeidskrav kjent for å være risikofaktor for å utvikle stress. Det ble rapportert at det organisatoriske miljøet var en viktig

faktor til stress for sykepleiere i palliativ omsorg. Spesielt forhold knyttet til utilstrekkelige ressurser, vanskeligheter i kommunikasjonen med kollegaer eller urealistiske forventninger til organisasjonen. Høy arbeidsbelastning var en stor bidragsyter til stress i Peters m.fl. (2012) sin studie. Samtlige av sykepleierne i studien til Peterson m.fl. (2010) forteller at tid var en kjent bekymring for dem. Siden de hadde flere pasienter å ta seg av, var det vanskelig for dem å sette av nok tid til de døende pasientene. Det var også et problem for noen av dem å finne tid nok til å gi god omsorg til pårørende. Noen av deltakerne i studien til Melvin (2012) forteller at de til tider føler at de har eneansvar for pasienter og at dette preger de også når de kommer hjem.

Konflikter mellom kollegaer, økt ansvar på jobben og krav til høyere faglige kvalifikasjoner er faktorer som gjør at man blir mer utsatt for utbrenthet (Pereira, Fonseca og Carvalho 2011). Studien til Slocum-Gori m.fl. (2011) viser at de som yter bistand i å lindre fysisk følelsesmessige og/eller åndelig smerte rapporterte om høyere grad av omsorgstretthet og utbrenthet enn gruppen som ikke yter disse tjenestene. Det samme gjaldt for de som gir psykososial støtte til pasienter og pårørende. Samtidig viser studien at de som gir emosjonell støtte til andre kollegaer er mer utsatt for omsorgstretthet og utbrenthet. Deltidsansatte var en gruppe som hadde lavere risiko for å bli utsatt for omsorgstretthet og utbrenthet enn de som var fulltidsansatte (Slocum-Gori m.fl. 2011). Manglende støtte fra kollegaer og fra ledere har blitt rapportert som en stressfaktor (Peters m.fl. 2012). I studien til Slocum-Gori m.fl. (2011) så var påvirkning fra ledelsen merkbar på nivåer av omsorgstretthet og utbrenthet.

Rollekonflikter ble rapportert som en stressfaktor i studien til Peters m.fl. (2012). Misoppfatninger omkring sykepleierrollen på vegne av både pasienter og andre yrkesroller var stressende for sykepleierne. Sykepleierne ga uttrykk for at andre yrkesroller hadde avvikende forventninger til sine palliative omsorgsroller og motstridende oppfatninger av hvilke praksis som var best i palliativ omsorg (Peters m.fl. 2012).

4.4 Mestringsstrategier og forebyggende tiltak

Det overordnede temaet i studien til Melvin (2012) er at uten tilstrekkelige mestringsstrategier er respondentene i risiko for å utvikle omsorgstretthet. Alle deltakerne i studien hadde opplevd aspekter av omsorgstretthet, og hver og en av dem var klar over behovet av å opprettholde gode mestringsstrategier for å kunne fortsette i arbeidet med å gi god palliativ omsorg. Dette til tross for at de så på det å jobbe i palliativ omsorg som et viktig arbeid og et privilegium. Studien avdekket at man er utsatt for omsorgstretthet ved å bli utsatt for gjentatte dødsfall over en lengre tidsperiode. Det å snakke med kollegaer, god støtte på jobb, refleksjon, god fysisk helse med regelmessig mosjon, en støttende partner og det å ha et fullt liv utenom jobb blir fremhevet som viktige nøkkelstrategier for å klare å stå i jobben sin (Melvin 2012; Pereira, Fonseca og Carvalho 2011). Studien til Peters m.fl. (2012) viser også at støtte på jobb er en viktig faktor for å redusere stress. Studien til Pereira, Fonseca og Carvalho (2011) viser at det å ha nok tid med pasienten og pårørende har vist seg å gi beskyttelse mot utbrenthet. Det ble beskrevet behov for å sette profesjonelle grenser for å bevare seg selv og for å unngå utbrenthet (Melvin 2012).

I studien til Peters m.fl. (2012) blir det fokusert på sosial støtte og mestringsstrategier for å minimalisere effekten av stressende situasjoner på jobb. Det vises til at personer med høyt utviklet konstruktiv mestring kan inneha strategier som gjør det mulig å unngå, redusere eller forsinke effekten av stress. Dette kan videre resultere i at når sykepleierne lærer å mestre arbeidsrelatert stress, kan de bli mer effektive som hjelpere i palliativ omsorg (Peters m.fl. 2012). Andre studier har avdekket at det å jobbe innenfor palliativ omsorg fremmer personlig berikelse på grunn av at omsorg for døende og å hjelpe deres pårørende blir sett på som et viktig arbeid (Peters m.fl. 2012; Pereira, Fonseca og Carvalho 2011). Dette kan se ut til å ha en positiv effekt på forebyggelse av utbrenthet ved at sykepleierne utvikler en følelse av personlig tilfredshet (Pereira, Fonseca og Carvalho 2011).

5.0 Drøfting

5.1 Sykepleie i palliativ omsorg

Studien til Slocum-Gori m.fl. (2011) viser at det å yte bistand i å lindre fysisk, følelsesmessig og/eller åndelig smerte fører til en økt risiko for å utvikle omsorgstretthet og utbrenthet. I studien til Melvin (2012) kommer det frem som et resultat at man er utsatt for omsorgstretthet ved å være vitne til dødsfall over en lengre tidsperiode. Studien til Pereira, Fonseca og Carvalho (2011) viser at sykepleiere er mer utsatt for utbrenthet ved å jobbe i fagfeltet i 5 år eller mer. Sykepleieren i studien til Melvin (2012) som opplevde omsorgstretthet på intervju tidspunktet forklarte at hun ikke lengre klarte å gjenvinne seg fra jobbrelatert stress slik hun tidligere gjorde. Det beskrives at sykepleiere som opplever omsorgstretthet fortsetter å gi pleie og omsorg til sine pasienter, til tross for at de føler seg fysisk og mentalt slitne (Showalter 2010; Kearney 2009).

Det er en krevende prosess for sykepleier å være vitne til og utøve sykepleie til lidende og døende mennesker (Mathisen 2005; Kalfoss 2011). Vi erfarer selv at dette kan være en stressfaktor, ved at det aldri kan bli en vane for oss å se andre mennesker med store lidelser som til slutt vandrer inn i døden. Melvin (2012) trekker frem viktigheten av at sykepleiere er kjent med hvilke symptomer man kan utvikle ved omsorgstretthet. Dette gjør at man tidligere kan oppdage faresignaler og søke hjelp, både vedrørende seg selv og sine kollegaer.

De inkluderte studiene fremviser et språk når det gjelder om sykepleiere i palliativ omsorg er mer utsatt for omsorgstretthet og utbrenthet enn sykepleiere i andre felt. Studien til Pereira, Fonseca og Carvalho (2011) avdekket at sykepleiere i palliativ omsorg ikke er mer utsatt for utbrenthet enn andre sykepleiere. Flere studier fant at sykepleiere i palliativ omsorg opplevde en personlig tilfredsstillelse ved å kunne hjelpe lidende og alvorlig syke pasienter (Peters m.fl. 2012; Pereira, Fonseca og Carvalho 2011). Til tross for store plager og dårlige leveutsikter, blir vi mange ganger fasinert og beundret over hvor mye livsmot og styrke enkelte pasienter kan inneha. Disse pasientene gir oss ofte en påminnelse om hvor skjørt livet er. Det vekker tanker om egen død og det å forholde seg til at vi også bare er mennesker som må forlate livet en dag. Erfaringer med at døden ikke alltid behøver å være negativ eller vond føler vi er en forebyggende faktor mot stress for egen dødsangst. Når man

har fulgt pasienter med et sammensatt sykdomsbilde og med store plager, kan det av og til oppleves som en befrielse for de nærmeste at pasienten får fred fra sine lidelser og plager.

5.2 Kommunikasjon og informasjonsformidling

Det er viktig at sykepleier i palliativ omsorg har gode kommunikasjonsferdigheter for å ivareta pasientens og pårørendes behov. En god mellommenneskelig kommunikasjon kan bidra til å skape trygghet, åpenhet, tillit og en følelse av kontakt hos pasienter og pårørende (Røkenes og Hanssen 2012). Fra sykepleieren sitt ståsted er kommunikasjon til pasienter i palliativ omsorg kjent som en stressende faktor (Wilkinson m.fl. 2008).

I følge Eide og Eide (2010) kan mangelfull kommunikasjon føre til profesjonelle feil eller mangler. Livskvalitet for pasienten er den overordnede målsettingen for all palliativ behandling og pleie. Siden livskvalitet kan kartlegges ved å kommunisere med pasienten, blir gode kommunikasjonsferdigheter spesielt viktig i møte med pasienter i en palliativ fase av sykdommen (Helsedirektoratet 2015).

Studien til Pereira, Fonseca og Carvalho (2011) belyser tidspress som en utløsende faktor når det gjelder å etablere god kommunikasjon. Vi opplever at det kan være en utfordring å ha nok tid til å snakke med pasienter og pårørende. Det handler ikke bare om å kunne snakke *til* pasienter og pårørende, men å kunne ta seg nok tid til å snakke *med* dem. Når det gjelder å snakke med pasienter og pårørende opplever både vi og deltakerne i studien til Peterson m.fl. (2010) at man ofte er redd for å si feil ting til pasienter og pårørende. Dette er noe som ble fremhevet som en stressfaktor for sykepleierne. Det å gå inn i de vanskelige samtalen, og å føle en usikkerhet i hvordan man skal ordlegge seg for å si ting på en riktig måte. Vår erfaring tilsier at det kan være utfordrende å forberede seg på disse samtalen. Dette fordi det oppleves at det er individuelle oppfatninger hos pasienter og pårørende om hvor oppdaterte de er i sykdomsforløpet. Det er også vanskelig å vite hvor mye og hva slags informasjon de har fått fra før. Noe av årsaken til dette føler vi er fordi det av og til forekommer dårlig dokumentasjon av viktig informasjon som er blitt gitt. Noe av dette kan skyldes at samtaler kan være vanskelige å overføre til skriftlig dokumentasjon. Ifølge Stensheim, Hjernstad og Loge (2016) finnes det flere verktøy og modeller som kan være til

hjelp og støtte ved kommunikasjon og formidling av dårlige nyheter. Vi føler at det handler om å sette seg inn i hva pasienten og pårørende ønsker å vite, og å dele kunnskap og gi informasjon i tilpassede doser. Studien til Peterson m.fl. (2010) bekrefter at det man sier til en pasient og pårørende, trenger ikke å være det riktige å si til en annen pasient og pårørende. Det er viktig at man etter å ha gitt tilpasset informasjon tar del i pasientens og pårørendes reaksjoner. Man må tørre å forholde seg til deres emosjonelle respons (Helsedirektoratet 2015).

Sykepleiere har uttrykt at mangel på selvtillit og for lite og manglende erfaring kan føre til problemer med å kommunisere med pasienter og pårørende. Dette kan være faktorer som bidrar til stress og utbrenthet (Peterson m.fl. 2010; Pereira, Fonseca og Carvalho 2011). I tillegg til å ta opp vanskelige temaer med pasienter og pårørende kan sykepleier føle en bekymring over om alle spørsmål fra pasienter og pårørende blir besvart, inkludert spørsmål som leger har unnlatt å svare på (Peterson m.fl. 2010). Vi har selv erfart at det kan være en stressende faktor at vi må innfinne oss i at vi ikke har svar på alt det blir spurt om fra pasienter og pårørende. Selv om vi er sykepleiere som skal opptre som profesjonelle, blir vi aldri utlærte og vi tenker at det er viktig at vi er ærlige ovenfor pasienter og pårørende når vi er usikre på det som det blir spurt om. Vi anser dette som bedre enn at vi risikerer å si feil ting og gi feil svar. Når det oppstår usikkerhet om det som det blir spurt om mener vi det er viktig at man bringer det med seg videre til diskusjon med kollegaer, slik at dette blir diskutert og besvart i ettertid. For å tilstrebe at sykepleiere skal oppleve mindre stress og bekymring ved å skulle gi informasjon og svare på spørsmål vedrørende behandling, tenker vi at det er viktig at både sykepleier og lege er tilstede i disse samtalene. På denne måten kan man redusere stressnivå hos sykepleier ved spørsmål som leger har unnlatt å gi svar på. Vi har i vår praksis god erfaring med at samtaler med pasienter og/eller pårørende forekommer i et lukket og stille rom. Der kan man sitte ned og bruke den tiden sammen som det er behov for.

Deltakerne i studien til Peterson m.fl. (2010) uttrykker at de føler seg dårlig forberedt på å skulle gi informasjon. De var bekymret for at ikke pasientenes behov for informasjon ble møtt. I følge Helsedirektoratet (2015) skal grunnleggende palliasjon ivareta informasjon til pasienter og pårørende. I følge Helsepersonelloven er sykepleier pliktet til å gi informasjon til den som har krav på det. Pasient- og brukerrettighetsloven sier at pasienten har krav på

den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (Helsepersonelloven 1999; Pasient- og brukerrettighetsloven 1999). Både lovverk og yrkesetiske retningslinjer er tydelige på at dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes (Helsepersonelloven 1999; Pasient- og brukerrettighetsloven 1999; Norsk Sykepleieforbund 2011).

Det å trene opp gode ferdigheter i kommunikasjon for å unngå stress og utilfredshet i hjelperyrker blir sett på som et viktig tiltak (Eide og Eide 2010). Sykepleierne i studien til Peterson m.fl. (2010) uttrykker at de er redde for at lite og manglende erfaring kan føre til problemer med å kommunisere med pasienter og pårørende. Vi føler gjennom vår grunnutdanning i sykepleie at vi lærte mye om kommunikasjon generelt, men at det var lite relatert til samtaler med alvorlig syke og døende pasienter og deres pårørende. Vi undrer oss derfor over om det kunne ha blitt lagt større fokus på dette, slik at sykepleiere kunne følt seg bedre rustet på å kommunisere med disse pasientene etter endt utdanning. I tillegg til relevant teori vil man opparbeide erfaring rundt disse vanskelige samtalene ved å jobbe med det i praksis (Eide og Eide 2010). Vi ser gjennom vår praksiserfaring at det kunne ha vært et større fokus på dette i veiledninger, diskusjoner og refleksjoner på en arbeidsplass. Sykepleierne rapporterte om manglende undervisning og kurs vedrørende kommunikasjon i sitt arbeid (Peterson m.fl. 2010). Det kan være vanskelig å ta opp sine bekymringer omkring egne kommunikasjonsferdigheter. Har man en større åpenhet og setter ord på sine egne bekymringer rundt dette vil man kanskje lettere oppleve støtte fra kollegaer og ledelse omkring vanskeligheter med kommunikasjon. Opplevs dette tenker vi at dette kan være med å redusere stress hos sykepleiere.

5.3 Relasjoner og samhandling

Pasienter og pårørende er en vanlig kilde til stress for sykepleiere i et fagfelt der man opplever hyppige dødsfall (Peters m.fl. 2012). Det å ta seg god tid til å skape en god relasjon med pasienter og pårørende opplever vi som viktig for å kunne ivareta pasienter og pårørende sine behov på en best mulig måte. Det å skape en god relasjon til den andre

innebærer at pasienter og pårørende skal ha en opplevelse av åpenhet, tillit og trygghet (Røkenes og Hanssen 2012). Vi opplever at pasienter i en sårbar fase av livet og deres pårørende søker trygghet og tillit fra oss som helsepersonell. Vi erfarer at siden vi alle er forskjellige mennesker, er det naturlig at relasjonen mellom pasient/pårørende og sykepleier varierer. Vi tenker at det er viktig å være observant på disse relasjonene da man kan utnytte dette til å øke pasientenes og pårørendes opplevelse av trygghet, samt redusere stressfaktorer hos sykepleier. Gjennom å skape en god, bærende relasjon til den andre har man en bedre forutsetning for en god kommunikasjon ved at det budskapet man ønsker å formidle blir oppfattet riktig (Røkenes og Hanssen 2012).

Av og til opplever sykepleiere at det kan finnes fastlåste, familiære konflikter mellom pasienter og pårørende når livet går mot slutten. Ofte kan det vekke sterke ønsker hos sykepleiere å skape en forsoning mellom dem i livets slutfase. Det er ikke alltid mulig å oppnå, og det er da viktig å skape en felles forståelse hos sykepleierne uten å ta parti i konflikten (Helsedirektoratet 2015). Studien til Peterson m.fl. (2010) og Peters m.fl. (2012) bekrefter at sykepleiere ofte følte seg tvunget til å megle i konflikter mellom pasienter og deres pårørende. Vi opplever at disse konfliktene ofte dreier seg om videre behandling og behandlingbegrensning. Vi tenker her at det er et viktig verktøy for sykepleier å inneha kunnskap om hvordan man skal håndtere slike etiske dilemmaer. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier at sykepleier skal aktivt delta i beslutningsprosesser om livsforlengende behandling og bidra til at pasientens stemme blir hørt. De beskriver at ved konflikter mellom pasient og pårørende er det pasientens ønsker og behov som skal prioriteres (Norsk Sykepleierforbund 2011).

Konflikter mellom kollegaer blir trukket frem som en risikofaktor for utbrenthet (Pereira, Fonseca og Carvalho 2011). Studien til Chang m.fl. (2006a) bekrefter at konflikter med kollegaer er en risikofaktor for stress. Samtidig så viser studien til Slocum-Gori m.fl. (2011) oss at sykepleiere som gir emosjonell støtte til andre kollegaer er mer utsatt for omsorgstretthet og utbrenthet. I studien til Peters m.fl. (2012) blir det rapportert om at manglende støtte fra kollegaer og ledelse, samt vanskeligheter med kommunikasjonen mellom kollegaer er utløsende faktorer for stress blant sykepleiere i palliativ omsorg. Mens en rekke yrkesgrupper har hatt en nedgang i dårlige forhold på arbeidsplassen mellom andre kollegaer og ledelse, har andelen sykepleiere som opplever dårlige forhold både mellom

andre kollegaer og ledere steget. I tillegg rapporterer sykepleierne at de opplever oftere dårlige forhold mellom kollegaer og ledelse enn andre yrker (Lohne og Rønning 2005). Vrålstad (2011) bekrefter at sykepleiere er den yrkesgruppen med en økning av dårlige forhold mellom ansatte seg imellom og mellom ansatte og ledelse i sin rapport.

Flere av de inkluderte studiene viser til at støtte fra ledelsen er en vesentlig faktor (Melvin 2012; Peters m.fl. 2012). Påvirkning fra ledelsen viser seg også å ha betydning for nivåene av omsorgstretthet og utbrenthet (Slocum-Gori m.fl. 2011). Personlig merker vi viktigheten av at man har støtte fra ledelsen, og at et trygt miljø preget av tillit bidrar til at man som sykepleier kan ta opp problemer eller ting som er med å prege ens arbeidshverdag. Spesielt i palliativ omsorg hvor man er utsatt for gjentatt eksponering av lidelse, sykdom og død.

Det vil alltid finnes et spenningsforhold mellom de ulike forventningene som rettes mot de ulike rollene i et yrkesforhold. I følge Bang (2003) kan uklare mål og uklare roller være en bidragsyter for utbrenthet. Dersom en sykepleier skal fylle en eller flere ulike roller kan rollekonflikter oppstå (Røkenes og Hanssen 2012). Dette ble rapportert som en stressfaktor i studien til Peters m.fl. (2012). Disse rollekonfliktene innebar at det forekom en misoppfatning omkring sykepleierrollen både av pasienter, men også av andre samarbeidende yrkesroller. Når det gjaldt misoppfatninger fra andre yrkesroller omhandlet dette at det oppsto avvikende forventninger til den palliative omsorgsrollen, samt forskjellige oppfatninger av hvilken praksis som var best i palliativ omsorg. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier at sykepleiere skal vise respekt for kollegaers og andres arbeid, og være til støtte i vanskelige situasjoner (Norsk Sykepleierforbund 2011).

5.4 Organisatoriske forhold

Pereira, Fonseca og Carvalho (2011) viser i sin studie at mangel på utdanning og opplæring er en faktor som gjør sykepleiere mer utsatt for utbrenthet. En studie av Paice (2006) viser at når nyutdannede sykepleiere kommer ut i arbeid har mange av disse aldri pleiet en døende pasient eller vært til stede ved et dødsfall (Kalfoss 2011). Man kan på bakgrunn av dette tenke at sykepleiere har for lite kunnskap og vil være dårlig forberedt på palliativ omsorg når de kommer ut i jobb hvor dette er et av fagfeltene. Frykt for døden er trukket frem i en

studie av Kane, Hamlin og Hawkins (2004) som en årsak til at sykepleiere ikke ønsker å jobbe med eldre pasienter.

Innledningsvis vises det til at utbrenthet kan være et resultat av påkjenninger i et arbeidsmiljø og at høye krav kan føre til at man ikke har evne til å oppnå sine mål på jobb (Franceschi 2013). Vi har selv kjent på en frustrasjon på grunn av at mangel på tid kan oppleves som et hinder for å kunne gi palliativ omsorg av best mulig kvalitet. Vi opplever noen ganger en maktesløshet på grunn av høye krav om effektivisering, og at arbeidshverdagen vår av og til inneholder mer rutiner og prosedyrer enn nærhet og omsorg til pasienter. Studien til Peters m.fl. (2012) viser at arbeidsmiljøet der hvor sykepleierne jobber er kjent for å være en risikofaktor for å utvikle stress. Høy arbeidsbelastning var en av de største faktorene som ble avdekket som en årsak til stress. I studien til Chang m.fl. (2006a) og Lambert m.fl. (2004) ble det vist at de mest rapporterte kildene til stress hos sykepleiere var arbeidsmengde. Lohne og Rønningen (2005) sier i en rapport at en stor del av yrkesansatte mye av tiden på jobb har for mange arbeidsoppgaver. Her er sykepleierne de som skiller seg ut blant yrkene, og opplever dette oftere enn ansatte i andre yrker. Deltakerne i studien til Peterson m.fl. (2010) rapporterer om at de hadde en bekymring omkring det å ha nok tid til å ta seg av de døende pasientene. De rapporterte om i samme studie at mangel på tid resulterte i at de ikke hadde nok tid til å ta seg av pårørende.

I forhold til stillingsprosent viste studien til Slocum- Gori m.fl. (2011) at sykepleiere som arbeidet i full stilling hadde en større risiko for å bli utsatt for omsorgstretthet og utbrenthet enn deltidsansatte. I følge Dolonen (2016) viser tall fra Helsedirektoratet at fire av ti sykepleiere i Norge fortsatt jobber deltid, selv om målet er at flere som ønsker det skal få jobbe i en større stillingsprosent.

5.5 Mestring og strategier

Studier har knyttet høyt nivå av stress og utbrenthet med mangel på mestring og redusert mental helse hos sykepleiere (Healy and McKay 2000). Samtidig er det vist at sykepleiere som er erfarne i palliativ omsorg kan være mindre utsatt for utbrenthet enn andre sykepleiere, eksempelvis fordi de kan bedre utnytte strategier for å redusere arbeidsrelatert

stress (Peters m.fl. 2012). I studien til Melvin (2012) kom det tydelig frem at uten tilstrekkelige mestringsstrategier er sykepleierne i risiko for å utvikle omsorgstretthet. Samtlige av deltakerne var tydelige på at for å kunne fortsette å gi god palliativ omsorg var det viktig å utvikle og opprettholde gode mestringsstrategier. Når det gjelder hva sykepleiere i palliativ omsorg etterspør vedrørende tema de ønsker økt faglig kompetanse på, har stressmestring vært et utpekt tema (Fillion, Fortier og Goupil 2005).

Sykepleiere har flere mestringsstrategier for å håndtere stress eller redusere stressfaktorer. Lambert m.fl. (2004) viser i en studie at å søke sosial støtte, utøve selvkontroll, det å arbeide sammen for å løse et problem og å være positiv til endringer som gjøres på arbeidsplassen viser seg å være gode mestringsstrategier for å håndtere stressfaktorer. Problemfokustert mestring trekkes frem i en studie av Chang (2006b). Dette kan for eksempel være å øke tilgjengelige ressurser ved å sette inn annet helsepersonell slik at sykepleieren kan håndtere den store arbeidsbelastningen som de kan oppleve på jobb. En følelsesfokustert mestringsstrategi resulterer generelt i en fornektelse eller å bevisst blokkere mental oppfatning av stressfaktorer slik at negative følelser ikke blir uttrykt (Chang 2006b). Problemet med å anvende denne strategien er at følgene av stress kan utsettes istedenfor å løses (Peters m.fl. 2012). En annen mestringsstrategi som kan redusere nivåene av omsorgstretthet er egenomsorg (Slocum-Gori 2011). En studie av Alkeman, Linton og Davies (2008) viser at egenomsorg har en påvirkning på både omsorgstretthet og utbrenthet. Studien viser at sykepleiere som utfører en eller flere aspekter av egenomsorg er mer beskyttet mot både omsorgstretthet og utbrenthet. Dette er et mer tilgjengelig alternativ og et av de mest egnede alternativene for å lære og informere sykepleiere om hvordan best håndtere stress de opplever i arbeidet (Peters m.fl. 2012).

Som sykepleier er nok mange kjent med at det ikke alltid er enkelt å la jobben ligge igjen på jobb når man reiser hjem. Man kan ofte ta med seg vanskelige situasjoner vedrørende pasienter og pårørende hjem etter endt arbeidsdag. Personlige strategier som er tatt frem for å mestre utfordringer som kan utgjøre risiko for å utvikle omsorgstretthet er god søvn, regelmessig trening og god ernæring (Melvin 2012). I følge Rourke (2007) er det å bruke meditasjon, pusteøvelser, humor og massasje teknikker som kan være til hjelp for å opprettholde en god balanse mellom jobbliv og privatliv (Melvin 2012). Studien til Melvin

(2012) fremhever viktigheten av å sette personlige grenser, for å opprettholde en god balanse mellom personlig og profesjonelle forhold.

5.6 Avgrensninger og presiseringer

Vi ønsker å presisere at når vi skriver om sykepleiere i denne oppgaven, så omhandler dette sykepleiere i palliativ omsorg.

Vi har i vår oppgave valgt å oversette begrepet compassion fatigue til omsorgstretthet på norsk. Selv om vår problemstilling kun omhandler stress og utbrenthet som begrep, så ble det naturlig å inkludere begrepet omsorgstretthet. Dette på grunn av at tilstanden er spesifikk innen omsorgssektoren ved relasjoner og kommunikasjon med pasienter og pårørende. Vi har også valgt å bruke dette begrepet som et søkeord for å finne frem til relevant vitenskapelig forskning.

5.7 Kritisk vurdering og metodiske overveielser

Å gjennomføre en litteraturstudie har vært en spennende og krevende metode for å tilegne seg kunnskap og forskning innenfor et relevant tema i palliativ omsorg. Å finne frem til relevant forskning viste seg å være en overkommelig prosess da det er gjort en del forskning som vi kunne benytte oss av. Flere av artiklene kommer frem til like og lignede resultater, noe vi ser på som en fordel da det kan tenkes at dette understøtter og forsterker at forskningen stemmer. Vi kan allikevel ikke utelukke at vår egen for-forståelse om temaet kan ha påvirket vår søke- og vurderingsprosess. Dette kan ha resultert i at annen aktuell forskning har blitt ekskludert.

Det er valgt å inkludere forskning der det er brukt både kvantitative og kvalitative metoder. Det kan være vanskelig å sammenstille resultater da det er anvendt forskjellige metoder, men det kan samtidig være en styrke at det er gjort forskjellige tilnærmeringer i studiene. Alt kan ikke måles i tall, og vi tenker at kvalitativ forskning i sykepleie også er viktig da

sykepleiernes egne ord og fortellinger kan gi oss mye nyttig informasjon om en problemstilling.

Noen av våre inkluderte studier har få respondenter. Den ene studien omhandler kun seks sykepleiere i palliativ omsorg. Man må ta høyde for at det kan foreligge en usikkerhet i konklusjoner man trekker ut fra resultatene i en liten studie, men vi valgte allikevel å inkludere den da vi mener at den ga oss god kvalitativ informasjon med dybde om temaet.

I følge Emneplanen (2016) er vi bedt om å trekke inn egne erfaringer og drøfte dette i forhold til resultatet. Vi er klar over at det finnes en begrensning i anvendelse av egen praksiserfaring, men vi ser nytteverdien av å benytte oss av dette i vår drøfting da vi begge har erfaringer i palliativ omsorg.

En inkludert artikkel omhandler både sykepleiere og leger i sin studie, men vi har i vår studie kun anvendt resultatene fra sykepleierne i studien.

Vi har bemerket oss gjennom å lese forskjellige vitenskapelige artikler at begrepene utbrenthet og omsorgstretthet noen ganger blir brukt om hverandre. Dette er noe som kan ha en påvirkning på vår drøfting og konklusjon i studien. Najjar m.fl. (2009) understøtter i sin artikkel at begrepet omsorgstretthet har en tvetydig definisjon og at det blir brukt andre begreper som utbrenthet om samme begrep.

Noen av våre inkluderte artikler skiller mellom sykepleiere i hospice og sykepleiere i palliativ omsorg. Vi har valgt å ikke skille disse fra hverandre. Vi tenker at dette allikevel kan ha en påvirkning på resultatet i artiklene, da sykepleiere i hospice kan jobbe tettere på døende pasienter og deres pårørende ved livets slutt. Sykepleie i palliativ omsorg er et vidt felt som kan strekke seg over en lang tidsperiode og det kan derfor tenkes at noen av disse arbeider med pasienter der det forekommer mer medisinsk behandling.

Mye av litteraturen i vår studie er i stor grad engelsk litteratur. Vi tar derfor høyde for feiltolkninger da materialet er oversatt fra engelsk til norsk og det kan oppstå mangler og feil ved vår oversetting.

Våre inkluderte studier er gjennomført i andre land enn Norge. Dette kan ha en påvirkning på noe av resultatet da deres helsevesen kan være organisert på en annen måte.

En annen svakhet vi ønsker å bevisstgjøre lesere av vår studie på, er at noe av litteraturen er innhentet fra sekundære kilder. Det vil si at informasjon er analysert på nytt og at det er en viss risiko for feiltolkninger. Det var i utgangspunktet et ønske å henvise kun til primære kilder i vår studie, men på grunn av tidsrammen viste det seg å være vanskelig og lete opp enkelte av de primære kildene.

Alt i alt så er vi fornøyde med arbeidsprosessen vår gjennom denne litteraturstudien. Vi opplever å ha tilegnet oss mye kunnskap om valgt tema. Vi håper at denne studien kan gi leserne en bedre forståelse for hvilke risikofaktorer som kan føre til stress og utbrenthet hos sykepleier i palliativ omsorg og hvilke tiltak som kan benyttes for å bedre håndtere stress og forebygge utbrenthet.

Samtlige av våre inkluderte studier fremhever behov for ytterligere forskning. Det kunne vært interessant med forskning som ser på sykepleiernes forskjellige erfaringer med tanke på organisering og tilgang på ressurser i ulike tjenesteområder. Har det en stor påvirkning på sykepleiernes erfaringer rundt stressfaktorer om de arbeider på hospice, sykehus, sykehjem eller hjemmebasert omsorg? Videre kunnskapsutvikling kan også se på hvordan sykepleiere effektivt kan tilegne seg strategier for å ivareta seg selv.

6.0 Konklusjon

Ved hjelp av relevant teori, forskning og egen praksiserfaring har vi sammenfattet hvilke risikofaktorer som kan bidra til stress og utbrenthet hos sykepleier i palliativ omsorg. Vi har samtidig sett på hvilke tiltak sykepleier i palliativ omsorg kan benytte seg av sin arbeidshverdag for å bedre kunne håndtere stressfaktorer og forebygge utbrenthet.

Det å bli eksponert for lidelse og død over en lengre tidsperiode viser seg å være en risikofaktor for å utvikle stress, omsorgstretthet og utbrenthet. Risikofaktorer som blir belyst i resultater relateres til utfordringer i kommunikasjon og med egne kommunikasjonsferdigheter, formidling av informasjon og dårlige nyheter, relasjonsutfordringer i forhold til pasienter, pårørende og kollegaer samt ulike faktorer i arbeidsmiljøet som påvirker sykepleiernes arbeidshverdag. Manglende utdanning og opplæring, samt en personlig frykt for døden ser ut til å ha en påvirkningsfaktor.

Det viser seg at sykepleiere som utnytter tilstrekkelige mestringsstrategier er bedre rustet til å takle stress og kan være mindre utsatt for omsorgstretthet og utbrenthet. Det viser seg at det er flere strategier som kan være til hjelp for å kunne håndtere stressfaktorer bedre. Egenomsorg blir sett på som et av de mest egnede alternativene for å kunne ivareta seg selv. Forskjellige teknikker og strategier kan være til hjelp for å opprettholde en god balanse mellom jobb og fritid og for å mestre utfordringer i palliativ omsorg.

7.0 Litteraturliste

Alkeman, K., Linton, J.M. og Davies, R. (2008) A Study of the Relationship between Self-Care, Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, and Burnout Among Hospice Professionals, *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 4(2), s.101-119. Doi: 10.1080/15524250802353934

Aveyard, H. (2014) *Doing a Literature review in Health and social Care: A practical guide*. 3.rd edition. London: Open University Press

Bang S. (2003) *Rørt, rammet og rystet*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Berg L. (2010) Sykepleiere mest utsatt, *Sykepleien*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2010/03/sykepleiere-mest-utsatt> (Hentet: 18.januar 2017)

Bjørk, I.T og Solhaug, M. (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe AS

Chang, E.M. m.fl. (2006a) The relationships among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics, and health in australian nurses, *Journal of professional nursing*, 22(1), s. 30-38. Doi: 10.1016/j.profnurs.2005.12.002

Chang, E.M.L. m.fl. (2006b) A survey of role stress, coping and health in Australian and New Zealand hospital nurses, *International Journal of Nursing Studies*, 44(1), s.1354-1362. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.06.003

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

Dalland, O. og Trygstad, H. (2012) Kilder og kildekritikk, i Dalland, O. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 5.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.63-81.

Database for statistikk for høgre utdanning (2017a) *Vitenskapelig publisering*. Tilgjengelig fra: <http://dbh.nsd.uib.no/pub/hielp.jsp?rapport=antall&> (Hentet: 01.03.2017)

Database for statistikk for høgre utdanning (2017b) *Publiseringskanaler*. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (Hentet: 01.03.2017)

Dolonen, K.A. (2016) Mindre deltid? Glem det! *Sykepleien*. Tilgjengelig fra:
<https://sykepleien.no/2016/04/fremdeles-mye-deltid> (Hentet: 20.04.2017)

Eide, H. og Eide, T. (2010) *Kommunikasjon i relasjoner- samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Emnehefte (2016) *Emne 4 VIU 8432 Kunnskapsutvikling og fordypning i palliativ omsorg, Kull 15HVPALL*. NTNU i Gjøvik, Fakultet for medisin og helsevitenskap

Fillion, L., Fortier, M. og Goupil, R. (2005) Educational Needs of Palliative Care Nurses in Quebec, *Journal of Palliative Care*, 21(1), s. 12-18.

Fillion, L. m.fl. (2009) Impact of a meaning-centered intervention on job satisfaction and on quality of life among palliative care nurses, *Psycho-oncology*, 18, s. 1300-1310. Doi: 10.1002/pon.1513

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. 3.utg. Stockholm: Natur & Kultur

Franceschi, V.T. (2013) *Compassion fatigue and burnout in nursing*. New York: Springer Publishing Company

Gravseth, H.M. (2010) *Arbeidsskader og arbeidsrelaterte helseproblemer*. (STAMI-Rapport 04/2010). Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt. Tilgjengelig fra:
https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/288256/-1/stamirapporter_115.pdf
(Hentet: 23. januar 2017)

Harris, A. og Ursin, H. (2012) Stress og mestring i et helsefremmende perspektiv, i Gammersvik, Å. og Larsen, T. (red.) *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 159-172.

Healy, C.M. og McKay, M.F. (2000) Nursing stress: the effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses, *journal of advanced nursing*, 31(3), s. 681-688.

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

Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf> (Hentet: 05.02.2017)

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra:

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2 (Hentet: 20.04.2017)

Kalfoss, M.H. (2011) Møte med lidende og døende pasienter – sykepleierens møte med seg selv, i Almås H., Stubberud D.G. og Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie 2*. 4.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 475-499.

Kane, M.N., Hamlin, E.R. og Hawkins, W.E. (2004) Measuring preparedness to address patient preferences at the end of life, *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 21(4), s. 267-274. Doi: 10.1177/104990910402100408

Kearney m.fl. (2009) Self-care of Physicians Caring for Patients at the End of Life, *American Medical Association*, 301(11), s. 1155-1164. Doi: 10.1001/jama.2009.352

Keidel (2002) Burnout and compassion fatigue among hospice caregivers, *American journal of hospice and palliative care*, 19(3), s. 200-205.

Kristoffersen, N.J. (2005) Stress, mestring og endring av livsstil, i Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (red.) *Grunnleggende sykepleie, bind 3*. 1.utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 206-270.

Kopp, K. (2011) Hospicetanken, i Birkelund, R. (red.) *Ved livets afslutning-om palliativ omsorg, pleje og behandling*. Århus: Aarhus universitetsforlag, s. 42- 45.

Kunnskapssenteret (2017) *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Tilgjengelig fra:

<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>

(Hentet: 02.03.2017)

Lambert, V.A. m.fl. (2004) Cross-cultural comparison of workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health among hospital nurses in Japan, Thailand, South Korea and the USA (Hawaii), *International Journal of Nursing Studies*, 41(2004), s. 671-684. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2004.02.003

Lohne, Y. og Rønning, E. (2005) Typisk norsk å arbeide deltid, *Samfunnsspeilet*, 19 (4), s. 45-52.

Mathisen, J. (2005) Livets avslutning, i Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (red.) *Grunnleggende sykepleie, bind 3*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 271-318.

Melvin, C.S. (2012) Professional compassion fatigue: what is the true cost of nurses caring for the dying?, *International Journal of Palliative Nursing*, 18(12), s. 606-611. Doi: 10.12968/ijpn.2012.18.12.606

Najjar, N. m.fl. (2009) Compassion fatigue - A review of the research to date and relevance to cancer-care providers, *Journal of health psychology*, 14(2), s. 267-277. Doi: 10.1177/1359105308100211

Nordang, K., Hall-Lord, M-L. og Farup, P.G. (2010) Burnout in health-care professionals during reorganizations and downsizing. A cohort study in nurses, *BMC nursing*, 9(8). Doi: 10.1186/1472-6955-9-8

Norsk sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (Hentet: 20.04.2017)

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3 (Hentet: 20.04.2017)

Pereira, S.M., Fonseca, A.M. og Carvalho, A.S. (2011) Burnout in palliative care: A systematic review, *Nursing Ethics*, 18(3), s. 317-326. Doi: 10.1177/0969733011398092

Peters, L. m.fl. (2012) Is work stress in palliative care nurses a cause for concern? A literature review, *International Journal of Palliative Nursing*, 18(11), s. 561-567. Doi: 10.12968/ijpn.2012.18.11.561

Peterson, J. m.fl. (2010) What is so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses' experiences, *International Journal of Palliative Nursing*, 16(4), s. 181-187. Doi: 10.12968/ijpn.2010.16.4.47784

Portnoy, D. (2011) Burnout and compassion fatigue-watch for the signs, *Journal of the catholic health association of the united states*, s. 47-50.

Røkenes, O.H. og Hanssen, P.H. (2012) *Bære eller briste-kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 3.utg. Bergen: Fagbokforlaget

Showalter, S.E. (2010) Compassion Fatigue: What Is It? Why Does It Matter? Recognizing the Symptoms, Acknowledging the Impact, Developing the Tools to Prevent Compassion Fatigue, and Strengthen the Professional Already Suffering From the Effects, *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 27(4), s. 239-242. Doi: 10.1177/1049909109354096

Slocum-Gori, S. m.fl. (2011) Understanding Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and Burnout: A survey of the hospice palliative care workforce, *Palliative Medicine*, 27(2), s. 172-178. Doi: 10.1177/0269216311431311

Stensheim, H., Hjermsstad, M.J. og Loge, J.H. (2016) *Ivaretakelse av pårørende*, i Kaasa, S. og Loge, J.H. (red.) *Palliasjon-nordisk lærebok*. 3.utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s.274-286.

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

Støren, I. (2013) *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. 2.utg. Oslo: Cappelen Damm AS

Tveiten, S. (2012) Empowerment og veiledning- sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid, i Gammersvik, Å. og Larsen, T. (red.) *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 173-193.

Twycross, R. (2002) The challenge of palliative care, *International journal of clinical oncology*, 7(4), s. 271-278. Doi: 10.1007/s101470200039

Vrålstad, S. (2011) Utfordrende jobbhverdag i mange yrker, *Samfunnsspeilet* 25(5-6), s. 41-46.

Wilkinson, S. m.fl. (2008) Effectiveness of a three-day communication skills course in changing nurses' communication skills with cancer/palliative care patients: a randomised controlled trial, *Palliative medicine*, 22, s. 365-375. Doi: 10.1177/0269216308090770

Vedlegg 1

Nr.	Referanse (forfatter, tittel, utgiver, sidetall og land)	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Egne kommentarer
1	Slocum-Gori, S. m.fl. (2011). <i>Understanding Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and Burnout: A Survey of the hospice palliative care workforce, Palliative Medicine</i> , 27(2), s. 172-178. Canada.	<p>Hensikten med denne studien var:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. å forstå de komplekse relasjonene mellom omsorgstretthet, omsorgstilfredshet og utbrenthet innenfor palliativ omsorg. 2. Utforske hvordan sentrale egenskaper som stillingsprosent, faglig tilhørighet og ledelse samhandler med de målte funn av omsorgstretthet, omsorgstilfredshet og utbrenthet. 	<p>Selvrapporterings skjema med validert skala. Det ble opprettet en fokusgruppe på forhånd for å teste ut validiteten til skalaen de valgte å benytte.</p> <p>Utvalget bestod av 630 respondenter.</p> <p>De utførte en statistisk analyse.</p>	<p>De identifiserte 4 hypoteser:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hvilke type palliative tjenester påvirker nivået av omsorgstilfredshet, omsorgstretthet og utbrenthet 2. Stillingsprosent har en betydelig påvirkning av omsorgstilfredshet, omsorgstretthet og utbrenthet 3. Faglig tilhørighet har en betydelig påvirkning av omsorgstilfredshet, omsorgstretthet og utbrenthet 4. Ledelse har en betydelig påvirkning av omsorgstilfredshet, omsorgstretthet og utbrenthet <p>Resultatet viste at samtlige av disse påvirket nivåene.</p>	<p>Stor studie med stort utvalg.</p> <p>Bruk av validert spørreskjema.</p> <p>Følger IMRaD-struktur.</p> <p>Vitenskapelig nivå I</p>
2.	Melvin, S.C. (2012) <i>Professional compassion fatigue: What is the true cost of nurses caring for the dying? International journal of palliative nursing</i> , 18(12), s. 606-611. USA.	<p>Pilotstudie som tar sikte på videre forskning av utbredelsen av omsorgstretthet blant sykepleiere i palliativ omsorg. Målet er også å se på virkninger og effekter og å se på mestringsstrategier av omsorgstretthet.</p>	<p>Pilotstudie. Beskrivende kvalitativ studie. Semi-strukturert intervju.</p> <p>Utvalget består av 6 sykepleiere med minimums 10 års erfaring i palliativ omsorg.</p>	<p>Det overordnede temaet fra studien var at uten tilstrekkelig mestringsstrategier var deltakerne utsatt for å utvikle omsorgstretthet.</p> <p>Hver deltaker rapporterte om kostnader både fysisk og følelsesmessig ved å gi palliativ omsorg.</p> <p>Deltakerne beskrev behovet for å sette klare grenser for å klare og stå i arbeidet sitt innenfor feltet og unngå utbrenthet.</p> <p>Deltakerne trekker frem mestringsstrategier som grensesetting, snakke med kollegaer, refleksjon, fysisk helse og regelmessig mosjon, en støttende partner og støttende veiledere.</p>	<p>Lite utvalg av sykepleiere.</p> <p>Omhandler omsorgstretthet.</p> <p>Studie godkjent av etisk komite.</p> <p>Sykepleier med bred erfaring i palliativ omsorg.</p> <p>Følger IMRaD-struktur.</p> <p>Vitenskapelig nivå I</p>

Nr.	Referanse (forfatter, tittel, utgiver, sidetall og land)	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Egne kommentarer
3.	Peters, L. m.fl. (2012) Is work stress in palliative care nurses a cause for concern? A literature review. <i>International journal of palliative nursing</i> , 18(11), s. 561-567. USA.	Målet og hensikten med studien er å kritisk undersøke aktuell litteratur om stress og utbrenthet hos sykepleiere i palliativ omsorg. Lite er kjent om deres grad av stress eller om de lider av mer stress eller utbrenthet enn sykepleiere i andre felt.	Litteraturstudie. Søk i databaser av publikasjoner mellom år 1990-2010. Søket identifiserte 113 publikasjoner. Alle studiedesign ble inkludert. Et krav at de fokuserte på sykepleiere i palliativ omsorg. 16 publikasjoner ble inkludert i studien etter vurdering av relevans og kritisk vurdering med sjekklister av artiklene. De fleste av studiene er tverrsnittstudier både med og uten validerte måleinstrumenter.	Studien resulterer i at faktorer som arbeidsbelastning, arbeidsmiljø, rollekonflikter, pasienter og pårørende påvirker opplevelsen av stress for sykepleiere. Mestringsstrategier og egenomsorg blir trukket fram som viktig.	Sykepleier innenfor palliativ omsorg. Omhandler mestringsstrategier. Følger IMRaD-struktur. Vitenskapelig nivå I
4.	Pereira, M.S., Fonseca, A.M. og Carvalho, A.S. (2011) Burnout in palliative care: A systematic review. <i>Nursing ethics</i> , 18(3), s. 317-326. Portugal.	Systematisk gjennomgang for å identifisere nivåer av utbrenthet hos leger og sykepleiere og tilhørende risiko- og beskyttelsesfaktorer.	Artikkelen gjennomgår 15 empiriske studier; 11 i palliativ omsorg og 4 innenfor hospice. Av metodedesign er 4 studier kvalitative, 10 kvantitative og 1 litteraturstudie. 6 studier inkluderer kun sykepleiere, 4 omhandler både sykepleier og leger.	Studiene viser et resultat med lave nivåer av utbrenthet blant sykepleiere. En studie viser at nivået av utbrenthet er likestilt sammenlignet med sykepleiere som arbeider i andre helsetjenester. Risikofaktorer som blir nevnt er lav selvtilit med egne kommunikasjonsferdigheter, tidspress, vanskeligheter med å formidle dårlige nyheter og å håndtere smerte, lidelse, døende og død. Ansiennitet i feltet, teamkonflikter, økt ansvar, høyere faglige kvalifikasjoner, manglende utdanning og et fravær av strategier for å forebygge utbrenthet. Alle studier avdekket forebyggende individuelle og teambaserte strategier for å beskytte fra utbrenthet. Sykepleierne avdekker at det å jobbe i palliativ omsorg fremmer personlig berikelse ved at de gjør en viktig jobb som fører til større personlig og faglig tilfredshet.	Omhandler både leger og sykepleiere. De fleste studier er gjort innenfor onkologien. Følger IMRaD-struktur. Vitenskapelig nivå II

Nr	Referanse (forfatter, tittel, utgiver, sidetall og land)	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Egne kommentarer
5.	Peterson, J. m.fl. (2010) What is so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses' experiences. <i>International journal of palliative nursing</i> , 16(4), s. 181-187. USA.	Studie som ønsket å undersøke aspekter av omsorg for en døende pasient som forårsaker bekymring for sykepleiere.	Kvalitativ studie. Utvalget bestod av 15 sykepleiere og sykepleierstudenter.. Studien ble gjennomført delvis med intervjuer på tape og delvis internett- undersøkelser.	Studien avdekket at problemer med kommunikasjonen førte til stress for sykepleier og viste seg å være den primære bekymringen. Sykepleierne beskrev også bekymringer rundt: -for lite tid til pasienter og pårørende -for lite av tilstrekkelig omsorg til pasienter og pårørende - for lite erfaring i omsorg for døende og manglende erfaring med kommunikasjon med pasienten og/eller deres pårørende - frykt for å bli involvert med pasienten. - å kunne møte pasientens behov og å lindre lidelser - å kunne gi riktig informasjon. Noen følte seg uforberedt på å gi informasjon.	Lite utvalg sykepleiere. Variasjon i utdannings- nivå og erfaring i det medisinske feltet. Alle deltakere hadde erfaring med palliativ omsorg. God beskrivelse av sykepleierens bekymringer med egne ord i artikkelen. Følger IMRaD- struktur. Godkjent i etisk komite. Vitenskapelig nivå I

Vedlegg: Litteratormatrise