



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling -
Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 26.02.15 kl 14.00

Kandidatnr.: 1004

Antall ord: 7600

Helsefremmende arbeidsmiljø i palliativ pleie

Høgskolen Stord/Haugesund, Avdeling helsefag

Bachelorutdanningen i sykepleie, kull 2013

7600 ord

«Therefore encourage one another and build each other up,

just as in fact you are doing»

- 1. Thessalonians 5:11 (NIV).

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Ansatte i helse og sosialsektoren er utsatt for høyt arbeidspress, ubalanse mellom oppgaver og ressurser og må selv sørge for å takle de store omstillingene helsesektoren går igjennom. En tredjedel av sykepleiere er psykisk og fysisk utmattet når de kommer hjem fra jobb. Sykepleiere som yrkesgruppe er i fare for å bli utbrent. Et helsefremmende arbeidsmiljø vil være en beskyttelse for sykepleiere mot den negative påvirkningen jobbsituasjonen skaper.

Problemstilling: Hvordan ivareta et helsefremmende arbeidsmiljø for sykepleier i palliativ omsorg.

Hensikt: Å øke kunnskapen blant sykepleiere i palliativ omsorg om hvordan et helsefremmende arbeidsmiljø påvirker deres helse.

Metode: Denne oppgaven er en litteraturstudie.

Resultat: Funnene viser at sykepleiere føler får mye igjen for jobben de gjør. De har et sterkt ønske om å gi ideell sykepleie, noe som kan føre til at de utvikler stress og utbrenthet. Å gjennomføre helsefremmende tiltak gjør at sykepleiere kan mestre utfordrende jobbsituasjoner i palliativ pleie, og at de på denne måten ivaretar helsen.

Konklusjon: Drøftingen leder til en forslag om gjennomføring av veiledningsgrupper for å kunne finne svar på utfordringer sammen med kollegaer, og å styrke dette samarbeidet, siden alle sykepleiere er ulike og har behov for forskjellige framgangsmåter for å ha en helsefremmende arbeidshverdag.

Nøkkelord: Helsefremming, palliativ, arbeidsmiljø, opplevelse av sammenheng, utbrenthet

SUMMARY

Background: Employees in health and social services are exposed to heavy workloads, imbalance between tasks and resources and must themselves ensure handling with the major changes the health sector is going through. One third of nurses are mentally and physically exhausted when they end their shift. The nursing profession is in danger of being burned out. A healthy work environment will be a protection for nurses from the negative effects caused by their job situation.

Research Question: How to ensure a health promotive work environment for the nurse in palliative care.

Purpose: To increase awareness among nurses in palliative care how a health promoting work environment affect their health.

Method: This assignment is a literature review.

Findings: The findings show that nurses find their job rewarding. They have a strong desire to provide ideal nursing, which can lead to development of stress and burnout. Using health promoting measures enables nurses to meet challenging situations in their work in palliative care, and that they thus maintain their health.

Conclusion: The discussion leads to a proposal of implementing guidance groups in order to find answers to challenges together with peers, and to strenghten this cooperation, since every nurse is unique and have needs of different approaches to a health promoting workday.

Keywords: Health promotion, palliative, work environment, sense of coherence, burnout

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn og hensikt.....	6
1.2 Problemstilling og avgrensing.....	7
1.3 Begrepsavklaring.....	7
2.0 Teori.....	8
2.1 Helse og helsefremmende arbeidsmiljø.....	8
2.2 Palliasjon.....	11
2.3 Antonovskys teori om salutogenese.....	12
3.0 Metode.....	13
3.1 Litteraturstudie.....	13
3.2 Litteratursøket.....	14
3.3 Kilde og metodekritikk.....	14
3.4 Ethiske vurderinger.....	15
4.0 Resultat.....	16
4.1 Oppsummering av hovedfunn.....	18
5.0 Drøfting.....	19
5.1 Meningsfullhet.....	19
5.2 Begripelighet.....	21
5.3 Håndterbarhet.....	23
5.4 Konklusjon.....	26
6.0 Referanseliste.....	28

Tabell 1: PICO-modellen

Vedlegg 1: Eksempel på sjekklister.

Vedlegg 2: Litteratursøk

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn og hensikt

Arbeidstilsynets rapport om arbeidsmiljøarbeid i norske sykehus viser at ansatte i helse og sosialsektoren er utsatt for høyt arbeidspress, ubalanse mellom oppgaver og ressurser og må selv sørge for å takle de store omstillingene helsesektoren går igjennom. Sykehusene som var med i rapporten hadde et system for helse, miljø og sikkerhetsarbeid, og hadde målsettinger i denne sammenheng, men arbeidet manglet systematikk. Arbeidstilsynet mener det kan være et tegn på ubalanse mellom oppgaver og ressurser hvis HMS-arbeid blir underprioritert, på grunn av tidspress (Østby, 2016).

Sykepleiere som yrkesgruppe er i fare for å bli utbrent. En tredjedel av sykepleiere er psykisk og fysisk utmattet når de kommer hjem fra jobb (Statistisk sentralbyrå, 2014). Dette er negativt både for sykepleieren selv, for arbeidsplassen og for pasientene. Det er viktig at arbeidsplassen bidrar til å fremme sykepleieres helse i stedet for at jobben skal gå på bekostning av helsen. Et helsefremmende arbeidsmiljø vil være en beskyttelse for sykepleiere mot negativ påvirkning på jobben.

Hensikten med oppgaven er å finne ut hvordan en kan ivareta et helsefremmende arbeidsmiljø for sykepleiere som jobber innen palliativ pleie. Det jeg vil oppnå med oppgaven er å øke min egen og andres kunnskap om temaet, for å kunne bidra til at sykepleiere opprettholder en god helse, og for å på denne måten sikre at syke og døende pasienter får god pleie og omsorg i livets slutfase.

1.2 Problemstilling og avgrensning

Hvordan ivareta et helsefremmende arbeidsmiljø for sykepleier i palliativ omsorg.

Oppgavens omfang begrenser hva jeg kan velge å fokusere på, og jeg har vært nødt til å avgrense temaet til sykepleier som jobber i sykehus. Fokuset mitt vil være på den individuelle sykepleier, men vil nevne systemet der det er naturlig.

1.3 Begrepsavklaring

Helse blir definert av WHO som en tilstand av fullstendig fysisk, sosial og mentalt velvære, og ikke bare et fravær av sykdom eller svakhet (WHO, u.å.).

Helsefremming er prosessen der en gjør det mulig for hver enkelt, og fellesskapet, å øke kontrollen over forhold som påvirker helsen, og som gjennom dette forbedrer helsen (WHO, u.å.).

Arbeidsmiljø handler om forholdene på arbeidsplassen, både fysiske og psykiske, som påvirker helsen, enten positivt eller negativt (Arbeidsmiljøloven, 2005).

Palliasjon er et begrep som defineres av WHO som «aktiv pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid» (Lorentsen & Grov, 2013, s. 425).

2.0 Teori

2.1 Helse og helsefremmende arbeidsmiljø

Helse

Som nevnt tidligere er helse et begrep som omfatter ikke bare fravær av sykdom, men også en tilstand av velvære. Det er et positivt begrep som vektlegger de sosiale og personlige ressursene og de fysiske evnene en har. Helse er ikke målet med livet, men en ressurs for hverdagen som lar folk leve et individuelt, sosiale og økonomisk produktivt liv (WHO, u.å.). Forskning viser at folk flest mener helse er knyttet opp mot positive ting som lykke, glede, å ha styrke og fravær av sykdom. Ifølge Jensen og Johnsen kan en definere helse som «en følelse av livsmot og livsglede og evnen til å mestre (hverdags)livets ulike situasjoner. Helse er en følelse av sammenheng, dvs. en følelse av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet» (Larsen, 2012, s. 48). God helse er ikke et mål i seg selv, men et middel for å nå ønskelige mål. Styrket helse fører til økt livskvalitet. Dette skapes gjennom personlig, økonomisk og sosial utvikling (Mæland, 2014, s. 304).

Helsefremming tar utgangspunkt i ressurser for helse, og fokuserer på at en skal ha kontroll over sin egen helse. I det helsefremmende arbeidet er prosessen mot resultatene like viktig som selve resultatene, fordi prosessen med å oppnå kontroll over livet øker selvbildet og mestringsevnen, og påvirker dermed den mentale og fysiske helsen. Helsefremming er ikke bare helsevesenets ansvar, men går forbi til enkeltpersoners livsstil og velvære (WHO, u.å.). Helse skapes i dagliglivet, der folk er, lever og arbeider, og derfor må helsefremming foregå i alle samfunnsområder, både av blant annet myndigheter, næringslivet, frivillige organisasjoner og media. Medvirkning er avgjørende for å kunne drive helsefremmende arbeid, og den viktigste arenaen er lokalsamfunnet og i det politiske arbeidet både lokalt og nasjonalt (Mæland, 2014, s. 304-306). Helsefremmende arbeid jobber mot likhet i helse, for å sikre at alle har de samme mulighetene og ressursene for å nå deres potensiale av god helse. Dette gjøres gjennom å bedre forholdene som påvirker helsen i befolkningen (WHO, u.å.).

Arbeidsmiljø

Arbeidsmiljø handler om alt på arbeidsplassen og i arbeidssituasjonen som har positive eller negative konsekvenser på trivsel, helse, velferd og yteevne for individet og organisasjonen. Dette påvirker sikkerheten, ressursutnyttelsen og resultatoppnåelsen. Arbeidsmiljøet handler om verdier, fysiske omgivelser, administrasjon, organisatoriske system som roller, oppgaver, ledelse, samarbeid og sosiale system som personer, holdninger og relasjoner. Avhengig av den enkeltes sårbarhet og mestringsressurser kan belastning eller stimulans i arbeidsmiljøet føre til enten vekst eller økte plager. Det som bestemmer om en mestrer belastende situasjoner er de samlede verdiene, behovene og ressursene en har (Hellesøy, 2002, s. 334-335).

Arbeidsmiljøloven skal sikre at alle arbeidstakere skal ha gode forhold på arbeidsplassen. Hensikten med loven er å sikre at arbeidsmiljøet skal gi trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger, og at arbeidet skal være helsefremmende og meningsfylt. Loven skal også sikre tilrettelegging for tilpassing av arbeidet til den enkelte arbeidstakers forutsetninger og livssituasjon. § 4-1 presiserer at det ved skal legges vekt på å forebygge skader og sykdommer ved planlegging og utforming av arbeidet, og at arbeidstakerne ikke skal utsettes for uheldige fysiske eller psykiske belastninger (Arbeidsmiljøloven, 2005).

Arbeidsgivers rolle i arbeidsmiljø

Avdelingsleder har arbeidsgiveransvar, altså et personalansvar. Målet til en avdelingsleder er at hun gjennom personalet og andre ressurser skal få best mulige resultater, altså at pasientene får god sykepleie. (Pfeiffer, 2002, s. 11-12). Det som kjennetegner en god leder er at den tilrettelegger for en balanse mellom krav og den enkeltes ressurser slik at den enkelte får brukt sine ressurser på en slik måte at de trives, utvikles, lærer og har god helse, i tillegg til at resultatene er gode (Hellesøy, 2002, s. 338).

Det er arbeidsgiver som skal sørge for at loven blir overholdt, noe som vil si at de skal sørge for at helse- miljø- og sikkerhetsarbeid(HMS-arbeid) gjennomføres på arbeidsplassen. Arbeidstaker har ansvar for å ta del i utformingen, gjennomføringen og oppfølgingen av HMS-arbeid. De skal også medvirke i de tiltakene som iverksettes for å skape et godt og sikkert arbeidsmiljø (Arbeidsmiljøloven, 2005).

Stress

Stress er definert som en forstyrrelse av mening, forståelse og fungeringsevne, slik at skade, tap eller utfordringer oppleves. Reaksjonen på dette blir at en må lære ny kunnskap, får ny forståelse, eller reagerer med sorg. Stress gjelder både person og situasjon, altså at personens vurdering av hans/hennes evne til tilpasning av konteksten (Benner & Wrubel, 1989, s. 59). Stress er både stimuli og fysisk og psykisk respons på dette stimuli. Psykologisk stress er relasjonen mellom personen og miljøet, som er vurdert av personen som krevende eller som overgår ressursene hans, og setter velværet hans i fare (Lazarus og Folkman, 1984, s. 21). Stress handler om elementer som er viktige i menneskets evne til å tilpasse seg (Lazarus og Folkman, 1984, s. 11-12).

Utbrenthet

Utbrenthet ut fra Maslachs definisjon er «en stressreaksjon som er et resultat av vedvarende eksponering ovenfor kroniske, jobbrelevante stressfremmende forhold». Maslach har forsket på jobbstress og utbrenthet. Hun mener at utbrenthet består av tre dimensjoner: emosjonell og følelsesmessig utmattelse, depersonalisering («tingliggjøring») eller emosjonell distansering, og redusert jobbyttelse og opplevelse av mestring (Matthiesen, 2011, s. 317). Emosjonell utmattelse betyr at en føler seg tom og oppbrukt og ikke lenger greier å gi av seg selv. Emosjonell distansering eller depersonalisering er en form for beskyttelse mot store emosjonelle påkjenninger, der en påtar seg en kald og likegyldig holdning ovenfor andre og har manglende respekt på andres følelser. Redusert jobbyttelse er et produkt av de to forrige punktene. Følelsen av å ikke strekke til og manglende evne/vilje til å omgås andre kan føre til en følelse av personlig mislykkethet. Hvis en overser at grensen for stress er nådd, kan det være helseskadelig i lengden. Utbrenthet er sett på som et produkt av samfunnet, arbeidsstrukturen og menneskelige relasjoner. Det viser seg at arbeidsmiljøet spiller størst rolle, og at alle som blir utsatt for mellommenneskelig stress eller høyt arbeidspress kan bli utbrent (Renolen, 2008, s. 141-142).

2.2 Palliasjon

Palliasjon er pleie og omsorg for pasienter som har en uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Palliativ behandling gjør ikke at døden kommer fortere, eller at dødsprosessen varer lengre, men ser på døden som en del av livet. Det som er målet med palliativ behandling, pleie og omsorg, er best mulig livskvalitet til pasienten, og til deres pårørende. Fokuset er lindring av smerter og symptomer i forbindelse med sykdommen pasienten har, i tillegg til tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige problemer (Lorentsen & Grov, 2013, s. 425). Lidelse innenfor disse områdene er hver for seg vanskelig, men de påvirker også hverandre. Dette er viktig å huske på når en skal hjelpe pasienter å ha best mulig livskvalitet (Strang, 2012, s. 31).

Den palliative pleien har fire hjørnesteiner, der den første er lindring av smerte og andre plagsomme symptomer. Den andre hjørnesteinen er støtte til pårørende i form av praktisk støtte og samtale, som gjør at de selv kan støtte pasienten, og kunne unngå at de sliter seg ut og opplever situasjonen som traumatisk. Teamarbeid er den tredje, og er nødvendig siden situasjoner i palliativ pleie ofte er komplekse og krever kompetanse fra ulike profesjoner. God kommunikasjon og relasjon er viktig for at de andre tre hjørnesteinene i pleien skal fungere (Strang, 2012, s. 32-34).

Sykepleieryrket handler ikke bare om å redde liv, men om å støtte og styrke den som er syk uansett hvor i livet pasienten befinner seg. Sykepleiere som jobber innen palliativ pleie uttrykker ofte at de vil gjøre godt, at yrket er meningsfullt og belønnende, og at det er utfordrende (Friedrichsen, 2012, s. 366-367). Relasjonen er en viktig del av sykepleiers rolle. Det gjelder å gi pasienten tid, å respondere raskt på deres behov, å være pålitelig og å kunne lytte. Det krever tid og kontinuitet, men når en har oppnådd denne relasjonen og pasienten kjenner at sykepleieren gjør sitt ytterste for at de skal ha det bra, vil pasienten kjenne trygghet og tillitt. Det er viktig at sykepleieren streber etter en balanse i relasjonen, så en ikke blir for distansert eller for nær, siden det er lett å bli engasjert siden pasientene er veldig syke og har et stort hjelpebehov. Sykepleier har også en viktig rolle når det gjelder å gi støtte til pasienten og hans kjære, enten det er å gi informasjon, oppmuntring, bekrefte, og å være tilstede i stillhet. Kommunikasjon er viktig, så en vet når det er tid for å snakke og når en skal lytte, og når en kan være alvorlig eller humoristisk. Det viktigste er kanskje å ha respekt og ydmykhet, og å være åpen for det den andre sier. Sykepleier har også en koordinerende rolle, og er ofte den første personen pasienten har kontakt med (Friedrichsen, 2012, s. 368-369).

2.3 Antonovskys teori om salutogenese

Salutogenese

Salutogenese fokuserer på hva som fremmer helse. Folk er ikke friske eller syke, men er på en linje mellom helse og uhelse. Innen den salutogene tankegangen kartlegger man hele personens historie, og ikke bare sykdomshistorien, for å få et helhetlig bilde på personen. I stedet for å fokusere på stressfaktorer, ligger fokuset på mestring og mestringsressurser og hvordan man kan opprettholde, eller komme nærmere helseenden av linjen. En må ikke bekjempe stressfaktorene for enhver pris, for det er der uansett. Stressfaktorer kan være helsebringende, det kommer an på hvordan en klarer å mestre stresset. Antonovsky oppsummerer hva salutogenese handler om i en setning: «En salutogen tankegang er ikke bare en forutsetning for, men tvinger oss til, å jobbe for å utforme og fremme en teori om mestring» (Antonovsky, 2012, s. 36-37). Han sier at opplevelsen av sammenheng er kjernen i svaret på det salutogene spørsmålet.

Opplevelsen av sammenheng

Opplevelsen av sammenheng har tre temaer som forteller hva som skal til for å mestre utfordrende situasjoner. Det handler om at man har tillitt til at stimuli en møter er strukturert, forutsigbart og forståelig, at en har tilgang til ressurser for å klare å takle kravene som stimuliet krever og at en anser det som verd å engasjere seg i disse kravene (Antonovsky, 2012, s. 41).

Begripelighet handler om i hvilken grad man forstår situasjonen. Forutsigbarhet er et nøkkelord, fordi en klarer å sette den i en sammenheng. *Håndterbarhet* handler om hvordan en skal løse situasjonen, og om en har ressursene tilgjengelig for å takle de kravene situasjonen krever, enten det er en selv eller noen man har tillitt til som har ressursene. *Meningsfullhet* har noe å si for hvor mye en anstrenger seg for å takle situasjonen, og om den er verd å bruke krefter på (Antonovsky, 2012, s. 39-41).

3.0 Metode

En *metode* er plattformen til en studie, altså det studien bygges opp fra. Dalland skriver at metode er «en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder». Metoden er også et verktøy når en skal undersøke noe og hjelper slik at en får den informasjonen en trenger i egen undersøkelse (Dalland, 2012, s. 111-112). Hensikten med en studie bestemmer hvilken metode som skal brukes. Hvordan metoden brukes påvirker resultatet, så det er viktig å forstå hvordan den er brukt (Forsberg & Wengström, 2013, s. 86).

Det fins ulike metodiske tilnærminger. Hovedforskjellen mellom metodene er både måten en samler dataen inn, og at dataen som samles i de ulike tilnærmingene har karakteristiske trekk. Forskere i kvalitative studier kan kalles «tolkere», og i kvantitative studier kalles de «tellerne». Dette gir et bilde på hvordan metodene fungerer. Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter, og gjør at en kan finne svar på ting eksakt, gjennomsnittlig og systematisk. Kvalitativ metode har som mål å finne forståelse, mening og opplevelse, noe som ikke fanges opp i en kvantitativ tilnærming (Dalland, 2012, s. 113-114). Oversiktsartikler er studier der forskere søker og finner forskningsarbeid om samme tema, vurderer funnene opp mot hverandre og oppsummerer et resultat ut fra funnene (Forsberg & Wengström, 2013, s. 27).

3.1 Litteraturstudie

Denne oppgaven er basert på en litteraturstudie. En litteraturstudie er en metode der en systematisk søker, kritisk gransker og deretter sammensetter litteraturen innenfor et emne. En bruker data som andre har forsket seg fram til, for å belyse sitt tema (Forsberg & Wengström, 2013, s. 30-32). Formålet med litteratursøk er å finne ut hvilken kunnskap som finnes som er relatert til problemstillingen i sitt tema. Ved å ha en god strategi for litteratursøket, er det større muligheter for å finne litteratur som er relevant for problemstillingen sin (Bjørk & Solhaug, 2008, s. 55). Hvordan man søker etter litteratur har en sammenheng med hva man finner av svar.

3.2 Litteratursøket

Med utgangspunkt i tema, utformet jeg søkeordene, og tok utgangspunkt i PICO-modellen i søkestrategien. Denne modellen skal gi struktur og klargjøre spørsmål for litteratursøk (Kunnskapsbasert praksis, 2012). Under er en oversikt over PICO-modellen som et utgangspunkt for søkeord.

	Norske ord	MeSH	Tekstord
Population/Problem	Utbrenthet i sykepleie	Burnout professional	Burnout, stressor
Intervention	Mestringsstrategier	Adaption psychological	Coping strategies
Comparison	Forebygging av utbrenthet	Prevention	Burnout prevention
Comparison	Helsefremming	Health promotion	
Outcome	Jobbengasjement	Job satisfaction	

Tabell 1: PICO-modellen

Jeg søkte i databasene cinahl, svemed, og cochrane, på følgende søkeord: *nursing, nurs**, *palliative care or end of life care or terminal care, burnout, burn out in nursing, palliative, prevention, job satisfaction or work satisfaction, work environment, health promotion, coping strategies, stressor*. Søkene ble avgrenset etter flere kriterier. Artikkene måtte være akademiske tidsskrift, på engelsk, fra 2010 eller senere. Avgrenset også i de ulike søkene gjennom databasenes temavalg. Vedlagt ligger en tabell av søkene til de valgte artiklene. Dato, database, søkeord, avgrensing og antall treff er tatt med. Valgte i første omgang å se etter artikler som hadde relevans til mitt tema, ut fra artikkelens tittel og sammendrag, Leste deretter gjennom treffene, og valgte de som jeg mente best mulig kunne belyse denne oppgavens problemstilling. Jeg prøvde å finne artikler som hadde ulike fokus og metoder, for slik å skape en bredde artiklenes funn.

3.3 Kilde og metodekritikk

Av den valgte faglitteraturen har jeg forsøkt å bruke primærkilder, selv om dette ikke er konsekvent. Det er viktig at den litteraturen en benytter seg av har god kvalitet, for å unngå at

det blir dratt feilaktige konklusjoner, siden valgte artikler og litteratur påvirker studiens resultat. En svakhet med litteraturstudier er at en ikke alltid finner eller har tilgang til relevant forskning. Forfatter kan komme til å utelukke relevante artikler, ut fra at han velger studier som støtter det han ønsker å belyse og hans standpunkt. Dette kan føre til at ulike forfattere kan komme fram til ulike svar på samme spørsmål (Forsberg & Wengström, 2013, s. 26).

Når jeg kvalitetsjekkerte artiklene i oppgaven, brukte jeg sjekklistene fra Kunnskapssenteret(2015). Vedlagt ligger et eksempel på en sjekklistet artikkel. For å finne ut om studien er av god kvalitet, må man gå tilbake til metoden. Ved å benytte seg av sjekklistene, vil en kunne få svar på om metoden er brukt på en hensiktsmessig måte. Dette vil si om funnene hadde vært de samme i en lik kontekst med andre deltakere i studien.

En av artiklene jeg valgte var fra 2005. Jeg anså funnene i artikkelen som så relevante for min problemstilling, at jeg valgte å ta den med på tross av at den var utenfor kriteriene mine. Har prøvd å ta hensyn til artikkelens alder når jeg vurderte funnene opp mot min oppgave. To av artiklene var fra Sverige, en fra England, og den siste var en oversiktsartikkel fra 9 forskjellige land, flere av dem fra Norden og andre vestlige land. De tre andre artiklene var av kvalitativ metode.

3.4 Ethiske vurderinger

Ethiske vurderinger er et krav i alle vitenskapelige studier (Forsberg & Wengström, 2013, s. 145). Ethiske komiteer skal sikre at forskningsarbeid skal følge etiske normer, og tar utgangspunkt i Helsinki-deklarasjonen, som sikrer etikken i forskningsarbeid. Den setter blant annet standarden for den vitenskapelige framgangsmåten og krav til forskernes kvalifikasjoner. Deklarasjonen sikrer også at deltakernes helse og integritet går foran hensynet til forskningen og samfunnet (Dalland, 2010, s. 237). Dette betyr med andre ord at forskningsarbeid skal ta hensyn til at deltakerne blir beskyttet foran at en får ny kunnskap. Deltakerne velger selv om de vil delta i studien og at de må få informasjon om studien og dens hensikt. De må anonymiseres og dataen fra studien må ikke komme på avveie, slik at privatlivet deres blir ivaretatt. I studier må også resultatene være riktige i forhold til dataene som er samlet, slik at det ikke blir feilkilder eller juks (Jacobsen, 2010, s. 31-37).

Artiklene som er valgt i denne oppgaven har tatt hensyn til etiske krav.

4.0 Resultat

Moving between rooms - moving between life and death: nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospitals (Johansson & Lindahl, 2012).

Hensikt: Betydningen av sykepleieres opplevelser med å gi palliativ pleie til pasienter i sykehus.

Bakgrunn: Tidligere forskning viser at arbeidet med palliative pasienter er krevende. Det er viktig å undersøke palliativ pleie i denne konteksten, for å få mer kunnskap om emnet, for å forstå erfaringer av sykepleiere i denne situasjonen, og for å videreutvikle pasientpleien.

Metode: Kvalitativ. 8 deltakere. *Resultat:* Sykepleiernes opplevelser ble presenter som 7 tema: takknemlighet for å kunne dele noens slutt på livet, være berørt av fysisk og eksistensiell betydning, eksistere i sted og rom, gi og få energi, åpen i relasjonen med pasienter og kollegaer, kroppslig kunnskap, tiden som ikke eksisterer *Konklusjon:* Sykepleierne viste en sterk vilje og engasjement til å delta i pasientens død, på tross av at situasjonene ofte var stressfylte for dem. Funnene setter lys på behovet for ulike former av støtte for sykepleiernes behov for ny og oppdatert kunnskap, og støtte i eksistensielle forhold. Dette kan fremme kvalitet i pleien og bekrefte sykepleierne i deres praksis.

Nurses' experience of stress and burnout: a literature review (GrønkJær, 2013).

Hensikt: Å identifisere kunnskap om hvordan opplevelsen av stress og utbrenthet påvirker sykepleiere. *Bakgrunn:* Stress bidrar til helseproblemer, nedsatt effektivitet, karrierebytte og dårlig pasientbehandling. En rekke studier bekrefter at arbeidspress og frykt er den ledende kilden til stress blant sykepleiere. *Metode:* 12 kvalitative studier ble tatt med i litteraturgjennomgangen. *Resultat:* 6 tema om symptomer på stress ble identifisert: Ønsket om å gi ideell sykepleie, selvpålagte krav, atferdssymptomer, fysiske og psykiske symptomer, å ha et mentalt sammenbrudd. *Konklusjon:* Det er viktig å være observant og reagere tidlig på sykepleieres stress-symptomer for å forebygge en forverring, for å styrke selvtilliten og det truede selvbildet til sykepleieren.

Exploring workplace related health resources from a salutogenic perspective (Bringsén, Andersson, Ejlertsson, & Troein, 2012).

Hensikt: Å undersøke helsepersonells meninger om egenskaper og ressurser som var relevant til deres helsefremming på arbeidsplassen. *Bakgrunn:* Det er behov for å forske på helsefremmende faktorer for arbeid, da hovedfokuset i arbeidsrettet forskning har et patogent fokus, med utgangspunkt i risikofaktorer og sykdom. *Metode:* Kvalitativ, fokusgruppeintervju. 35 deltakere. *Resultat:* 4 helsefremmende tema ble identifisert: belønning, teamet, oppdraget og konteksten. Det ble utviklet en modell som forklarte temaene i forhold til hverandre i et salutogent helsefremmende fokus, der belønning var kjernen. Sykepleierne hadde to ulike tanker om hva de mente var helsefremmende, stabilt eller fleksibelt arbeidsmiljø. *Konklusjon:* Studien har bidratt til å øke kunnskapen om salutogene helsefaktorer i forskning innen helse og arbeidsliv, og også generelt sett i helsefremmende arbeid. Funnene viser også at en har individuelle reaksjoner på ulike situasjoner, og at dette burde tas hensyn til før en gjennomfører salutogene helsefremmende program i avdeling.

Everyday death: how do nurses cope with caring for dying people in hospital? (Hopkinson, Hallett, & Luker, 2005).

Hensikt: Å finne ut hvordan nyutdannede sykepleiere mestrer det å gi pleie til døende mennesker i sykehus. *Bakgrunn:* I Storbritannia har helsepolitikk anerkjent viktigheten av å støtte helsepersonell for å kunne gi helsetjenester med god kvalitet. Det er lite kunnskap om hvordan sykepleiere som arbeider på sykehus mestrer å gi pleie til døende, og hvordan de på best mulig måte kan bli støttet i dette arbeidet. *Metode:* Kvalitativt tverrsnittintervju. 28 deltakere (87% respons). *Resultat:* Flere ting hjalp sykepleierne i arbeidet med døende pasienter. Disse ble kategorisert som: forhold, ressurser, læring, kontroll av grad av involvering, måling av praksiskvalitet, revurdering av ideell måte å dø på, og personlig komfort. *Konklusjon:* Praksisgrunnlaget må bli styrket gjennom å evaluere eksisterende retningslinjer for støttende palliativ pleie gjennom å evaluere påvirkningen følelsesmessig engasjement med pasienter har på omsorgen for døende i sykehus. Forfatterne foreslår utviklingen av en modell for palliativ pleie i sykehus, som legitimerer samarbeid mellom sykepleiere, pasienter og pårørende.

4.1 Oppsummering av hovedfunn

Funnene beskriver hva som påvirker sykepleieres helsefremming på arbeidsplassen, og hva som gir dem meningsfullhet og positive opplevelser på jobb. De forteller om hvordan sykepleiere opplever det å gi pleie og omsorg til palliative pasienter, at sykepleierne får mye igjen for jobben de gjør, men at det er viktig at de har et profesjonelt forhold til pasientene. Sykepleiere har et sterkt ønske om å gi ideell sykepleie, kan gjøre at de utvikler stress, noe som i sin tur hindrer dem i å gi ideell pleie til pasientene. Dette kan hvis det ikke blir tatt på alvor, på sikt forverres og ende opp med utbrenthet. Det er blitt utviklet en modell som viser hvordan sykepleiere håndterer opplevelsene og utfordringene med å gi omsorg og pleie palliative pasienter.

5.0 Drøfting

Problemstillingen min er hvordan ivareta et helsefremmende arbeidsmiljø for sykepleier i palliativ omsorg. Jeg vil drøfte helsefremmende forhold i arbeidsmiljøet blant sykepleiere i palliativ pleie, opp mot teorien om opplevelse av sammenheng.

5.1 Meningsfullhet

Johansson og Lindahls studie vektlegger erfaringen med å pleie palliative pasienter og at det å kunne gi pasienten en god slutt på livet gir sykepleiere opplevelse av mening og takknemlighet (2012). Dette stemmer overens med Bringsén et al. (2012), som beskriver at arbeidsoppgavene til sykepleiere er mer meningsfulle hvis de har nær kontakt med pasienten. Denne følelsen av meningsfullhet fungerer som en indre belønning som fremkaller en måte å være og handle på, og den påvirker pleiepraksis. Grønkjær (2013) forteller at sykepleie er et sosialt yrke, der det er viktig å skape en god relasjon med pasientene. Denne relasjonen er kjernen i hvordan sykepleiere har det på jobb, fordi det åpner døren for mening og jobbtilfredshet. Hvis pasientene er fornøyd med pleieprosessen og deres behov er oppfylt, føler også sykepleierne seg fornøyd, på tross av at det koster mye energi og ofte er stressende (Johansson & Lindahl, 2012). Antonovsky (2012, s. 41) skriver i sin teori om opplevelse av sammenheng at selv om en situasjon krever mye, prøver en å anstrenge seg for å takle den, fordi den er meningsfull og dermed er verd å bruke energi på. Han skriver også at det en anser som betydningsfullt, kan hjelpe å gi en styrke for å takle det som er utfordrende med en situasjon (s. 123). En kan med dette forstå at meningsfullhet gir motivasjon.

Både Grønkjær (2013) og Johansson og Lindahl (2012) skriver at sykepleiere har et ønske om å være den «ideelle sykepleier», og er beskrevet som å møte pasientens fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle behov. Johansson & Lindahl (2012) mener det krever mer tid av sykepleiere når de er i kontakt med palliative pasienter og deres kjære enn for kurative pasienter. De skriver imidlertid at de ikke alltid har denne tiden til rådighet, og det sterke ønsket sykepleiere har om å gjøre deres beste kan resultere i at følelsene deres varierer fra tilfredshet til utilfredshet. Grønkjær (2013) bemerker at er det mange barrierer i pasientpleien, for eksempel mangel på ansatte, høye arbeidskrav og tidspress. Å være ute av stand til å følge opp arbeidet slik som en ønsker framkaller følelser av stress og misnøye, og det oppstår konflikter

der ideal og realitet ikke stemmer overens (Johansson & Lindahl, 2012). Når arbeidsoppgavene er mange og tiden ikke strekker til fører dette til at sykepleiere kan oppleve pasientsituasjonene som stressende og de blir frustrerte. Ut fra både Grønkjær (2013) og Johansson og Lindahls (2012) studier kan sykepleiere da oppleve følelser av utilstrekkelighet og skyldfølelse fordi de ikke er i stand til å gi pasienten og pårørende det de trenger, og de er ikke så nær til pasientene som de ønsker og har lært at de skal være. Denne frustrasjonen kan føre til at sykepleiere ønsker å gjøre mer enn de har kapasitet til å gjøre, og de kan komme til å kreve mer av seg selv enn det som er forsvarlig. Grønkjær (2013) påpeker at selvpålagte krav er det første steget til stress og utbrenthet for sykepleiere. Sykepleieren setter krav til seg selv ut fra hva de opplever at pasienten krever. Blir de for stresset kan dette gå ut over kvaliteten i pleien, fordi de for eksempel kan overse viktige observasjoner. Når sykepleierne prøver å skape en distanse for å få ned stressnivået, kan det gjøre at de tviler på seg selv på grunn av den økte distansen, kjenner på skyldfølelse og føler seg utilstrekkelig både profesjonelt og personlig (Kalfoss, 2013, s. 483). Dette kan lede til følelse av isolasjon og skam om å være en utilstrekkelig sykepleier (Grønkjær, 2013). Loven sier noe om at helsepersonell skal utføre arbeidet sitt i samsvar med kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra kvalifikasjonene deres, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven, 1999). Faglig forsvarlighet betyr at helsepersonell ikke skal påføre pasienten unødig lidelse eller smerte med det de gjør. Hvis sykepleierne da ikke tar stress-symptomene på alvor og ber om hjelp, kan situasjonen bli utvikle seg til at de på sikt vil kunne utvikle utbrenthet (Matthiesen, 2011, s. 317).

Tilgjengelighet og nærhet er forutsetninger for å kunne se og bli kjent med pasienter og pårørende, fordi det er viktig å få et godt forhold for å kunne gi god pleie (Friedrichsen, 2012, s. 368-369). Johansson & Lindahl (2012) sier imidlertid at det er en risiko med å bli for personlig involvert og for nær pasienten, da det blir vanskelig å mestre arbeidshverdagen. Det blir viktig for sykepleiere å opprettholde en distanse i omsorgsforholdet og begrense seg for å ikke bli for personlig involvert. For å opprettholde egen trivsel og å klare å fungere i sykepleierrollen, må de ha en balanse mellom å vise omsorg og å distansere seg. Da kan de bruke teknikker som humor eller å endre fokus når de blir for involvert. (Hopkinson et al., 2005).

5.2 Begripelighet

Bringsén et al. (2012) sier at det er helsefremmende for sykepleiere å få ny kunnskap, å dele den kunnskapen de har, og å tilegne seg erfaring. Ifølge Antonovsky handler begripelighet om i hvilken grad man forstår situasjonen og mener den kan forklares og settes i en sammenheng, og at man får forklaring på ting man ikke forstår (Antonovsky, 2012, s. 39-40). Studien til Hopkinson et al. forklarer at det å få veiledning og reflektere over ens erfaringer, hjelper for å utvikle realistiske tanker om pleien og hva en skal kreve av seg selv i jobben (2005). Johansson og Lindahl (2012) skriver at sykepleiere lengter etter bekreftelse med tanke på hvordan de skal reagere i ulike pleiesituasjoner, og hvordan å utføre arbeidet sitt. Det er helsefremmende for sykepleiere å ha god kommunikasjon med sine kollegaer og å kunne samarbeide mot et felles mål. Kollegiet er en ressurs i form av en kan samarbeide og dele kunnskap, reflektere over etiske dilemma og når en hjelper hverandre å mestre utfordringer (Bringsén et al., 2012).

En forutsetning for å dele hverandres innerste tanker er en evne til å selv ta inn over seg følelsene som pleien vekker. Når sykepleiere jobber nær døden, gjør dette at de før eller senere vil forestille seg selv i pasientens situasjon, og de kan få eksistensielle tanker om livet og døden. Da kan det være hensiktsmessig å diskutere disse følelsene med noen, siden det kan være vanskelig å holde seg profesjonell når en blir berørt av slike tanker, fordi det påvirker ens eget privatliv. Det kan bli lettere å møte pasienten og pårørende med deres problem hvis en på forhånd har reflektert over seg selv i verden. Dette gjør at en kan «finne seg selv» som person og som profesjonell sykepleier (Johansson & Lindahl, 2012). Kunnskapen en har om seg selv som person er viktig, i tillegg til hvordan en skal bruke den kunnskapen en har tilegnet seg gjennom erfaring i sykepleiefaget. Sykepleiere i studien til Hopkinson et al. brukte deres teoretiske kunnskap ubevisst, og de mente erfaringskunnskapen hjalp dem mest i pleien av palliative pasienter (2005). Antonovsky skriver at å tilegne seg erfaring fra en situasjon, kan hjelpe en lignende situasjon å bli begripelig (Antonovsky, 2012, s. 126-127).

Lederen i avdelingen var også sett på som en del av teamet, og ledelse er en viktig helsefremmende faktor. Blant deltakerne i Bringsén et al.s studie, mente noen sykepleiere at en helsefremmende leder skulle være som en venn og andre mente den skulle ha autoritet i avdelingen. Det alle var enige om var nødvendigheten av å ha en leder som brydde seg om dem (2012). Avdelingsleder har et arbeidsgiveransvar, noe som gjør at den har et personalansvar. Målet til avdelingsleder er at den gjennom personalet og andre ressurser skal få best mulige resultater, altså at pasientene får god pleie (Pfeiffer, 2002, s. 11-12). Med funnene i oppgaven

som bakteppe, vil en da kunne påstå at avdelingsleders jobb er å ivareta helsen til sykepleierne i avdelingen, for å kunne ivareta pasientens pleie. Dette behovet for å ha en helsefremmende leder, som ser og støtter sine ansatte, passer ikke inn i Grønkjærs funn om hvordan avdelingsleder kunne være. Sykepleierne følte de ikke kunne si fra om problemer fordi de trodde det ble sett på som klaging, spesielt når de hadde sagt fra tidligere uten å bli hørt på og tatt på alvor. De opplevde manglende støtte fra ledere, andre profesjonelle og samfunnet når de opplevde stress og utbrenthet. Samfunnet regnet med at de måtte mestre jobben sin og at det var skamfullt å være syk. Dette presset gjorde at sykepleierne følte de måtte skjule hvordan de egentlig hadde det (Grønkjær, 2013). Kvaliteten på ledelsen har en sammenheng med de ansattes produktivitet, trivsel og helse. Hvis de ansatte har arbeidsoppgaver som ikke er givende i seg selv eller hvis oppgavene er stressbetont, vil det være viktig at lederen viser støtte gjennom å gi ros, være en samtalepartner for emosjonell støtte osv. (Høst, 2014, s. 64, 67).

Sykepleiere involverer kollegaer og tar beslutninger sammen når de må ta kliniske vurderinger, for å på denne måten redusere ansvarsbyrden (Hopkinson et al., 2005). Sosial støtte er viktig for å mestre, spesielt når en møter store utfordringer. Niven har identifisert støttemekanismer som er viktige når en møter stressende situasjoner. Støtten må være relevant og riktig i situasjonen. Den kan være enten basert på å få hjelp til å se situasjonen fra en annen synsvinkel, og dermed få hjelp til å løse problemet, eller den kan være basert på det å få sympati, aksept og verdsettelse, som styrker følelsen av tilhørighet (Renolen, 2008, s. 154-155). Ulike situasjoner kan gjøre at det blir begrensede muligheter for å benytte seg av mestringsstrategiene, for eksempel hvis det er behov for mye fysisk arbeid. Da blir det ikke tid for sykepleiere å prate med kollegaene sine. Grønkjær (2013) fant ut at hvis avdelingen var preget av stress, ville ikke sykepleierne be hverandre om hjelp fordi det var vanskelig å støtte hverandre når alle opplevde de samme stressfylte situasjonene. Det ble heller lettere å bli frustrert på hverandre når de var i slike situasjoner. Da prøvde de heller å skjule stresset deres fra pasienter, kollegaer og andre.

Det er helsefremmende for sykepleiere å ha god kommunikasjon med sine kollegaer og å kunne jobbe mot et felles mål. Kollegiet er en ressurs i form av en kan samarbeide og dele kunnskap, og hjelpe hverandre å mestre utfordringer (Bringsén et al., 2012). Relasjoner med kollegaer påvirker begripeligheten ifølge Antonovsky. Felles verdier og mål setter et fokus, klare forventninger og gruppeidentifikasjon hjelper til å skape en indre sammenheng, og dermed begripelighet. Hvis situasjonen blir for kompleks vil det ende i kaos, og begripeligheten oppstår. Planlegging av situasjonen og å ha alternative løsninger vil kunne øke begripeligheten (Antonovsky, 2012, s. 126-127). Sykepleiere kan bruke ulike teknikker i pleien som en ressurs,

for å øke begripeligheten. En av teknikkene kan være forberedelser, som innebærer å innhente og formidle informasjon. Dette skaper en forventning for dem selv, og for pasient og pårørende. Da vil en kunne forutse hva som kommer og gjennomføre handlingene sine på en slik måte at en kan få det utfallet en har planlagt, for eksempel å begrense negativt stress i forbindelse med usikre situasjoner (Hopkinson et al., 2005).

5.3 Håndterbarhet

Det er helsefremmende for sykepleiere å kunne hjelpe pasienter som har behov for det, fordi det gir dem glede (Bringsén et al., 2012). Helse er knyttet til positive dimensjoner, som opplevelsen av lykke, glede, og å ha styrke og fravær av sykdom (Larsen, 2014, s. 47). Når pasienten og familien er fornøyde og sykepleierne er anerkjent for hva de har gjort, føler de seg fornøyde og derfor opplever de glede (Johansson & Lindahl, 2012). Det er viktig for sykepleiere å føle at deres jobbprestasjon er av god kvalitet, og at de mestrer og har kontroll, for at de skal være fornøyd med dagens arbeid. De opplever det som helsefremmende å få bekreftelse og anerkjennelse på kvaliteten av pleien gi gir (Bringsén et al., 2012). Håndterbarhet handler om hvordan en skal løse situasjonen, og om en opplever en har de ressursene som kreves for å ta kontroll over den (Antonovsky, 2012, s. 40). Den kunnskapen og erfaringen sykepleiere har er en helsefremmende ressurs i form av at det bidrar til kontroll og en opplevelse av håndterbarhet (Bringsén et al. 2012). Kontroll henger sammen med håndterbarhet. Håndterbarheten styrkes av at erfaringer og opplevelser står i stil med evnene en har, og at en har materielle, sosiale og organisatoriske ressurser tilgjengelig. En balanse i belastningen som en påføres er viktig, fordi ved overbelastning opplever en ikke lenger at en har ressurser tilgjengelig for å løse oppgavene på en god måte. Hvis en har kontroll over situasjonen, blir det lettere å føle en har ressursene til å løse den. I arbeidsmiljøer vil ofte de relasjonene en har være en viktig ressurs, kanskje viktigere enn de ressursene en selv har eller som er tilgjengelig i systemet (Antonovsky, 2012, s, 124-125).

Sykepleieres behov for å skape en relasjon med pasienten hindres av tidspress og arbeidsoppgaver, men også av det tekniske fokuset som setter effektivitet og produktivitet foran personlig samspill. Johansson og Lindahl beskriver at sykepleiere ikke alltid kan være tilgjengelige og kommer derfor ikke «nært nok» de palliative pasientene (2012). De stadige endringene i helsetjenesten og sykepleieprofesjonen påvirker sykepleiernes arbeidsmiljø.

Forsbergs innlegg på sykepleien.no beskriver dette godt. «For oss (sykepleiere) handler det ikke om penger, og at vi må skynde oss å bruke tida riktig. Man kan ikke skynde seg å trøste, skynde seg å vise omsorg, skynde seg å skape tillit, skynde seg å pleie» (Forsberg, 2016). Sykepleiere føler de må være fleksible og akseptere nye situasjoner, men at deres tekniske og omsorgsfulle rolle ikke så lett kan kobles sammen. De kan komme til å tenke at det er deres ansvar å få det til å fungere, og på den måten skaper de selvpålagte krav. De høye idealene til sykepleieren kan gjøre at de opplever skyldfølelse og stress når de ikke har så mye tid til pasienten de skulle ønske de hadde (Grønkjær, 2013). Dette er det helt motsatte av hva en helsefremmende arbeidsmiljø vil skape. Et helsefremmende fokus fokuserer på de ressursene en har tilgjengelig som hjelper en å mestre situasjonen (Antonovsky, 2012, s. 41). Graden av mestring er ulik for hver sykepleier, den endrer seg i hver situasjon, og over tid når sykepleiere får nye erfaringer (Hopkinson et al., 2005). Hvordan sykepleiere oppfatter situasjonen kommer an på hvordan de opplever at de mestrer en, og hvordan de føler kvaliteten på pleien til pasienten er. Mestring er kjennetegnet med det en gjør for å kontrollere ytre og indre krav og konflikter. Når en person ikke har kontroll over situasjonen, vil den være stressende, og personen finner ikke fram til egen mestring (Retian, 2011, s. 78-79). Hopkinson et al. (2005) identifiserte at en måte sykepleiere mestrer situasjonen på var ved å ha en målestokk for pleien. Det gav dem mulighet for å redusere usikkerheten ved å gi omsorg til palliative pasienter. Den det viktigste var tilbakemeldingene de fikk fra pasient eller pårørende, men om de ikke fikk tilbakemelding fra dem, brukte de deres personlige preferanser som målestokk for om pleien de gav var tilfredsstillende. Dette gjorde de ved å sette seg selv i pasienten og pårørendes ståsted. Hvis en ser dette i lys av Grønkjærs studie, vil en kunne hevde at det ikke alltid er bra å måle kvaliteten på pleien ut fra personlige preferanser. Hvis en har det ideelle synet på sykepleien som målestokk, vil konsekvensene kunne bli økt stress, siden det ofte er vanskelig å oppfylle pleieidealet i virkeligheten.

Det var et skille mellom sykepleierne. Noen mente det var helsefremmende å ha en forutsigbar og stabil arbeidsdag, og at de visste hvem de skulle jobbe med, og kjente dem, og visste dermed hva de kunne forvente seg. Den andre gruppen likte et mer fleksibelt miljø, der de jobbet med mange ulike sykepleiere slik at de kunne lære av hverandre og der de fikk dele erfaringer med flere og fikk bryne seg på utfordringer (Bringsén et al., 2012). Dette eksempelet viser at de individuelle forskjellene mellom sykepleiere kan være store, og at det ikke er lett å ivareta alles ønsker. Det kan konkluderes at sykepleieres opplevelse med og påvirkning av stress og utbrenthet er individuelt (Grønkjær, 2013).

Bringsén et al. (2012) nevner at det er helsefremmende for sykepleiere å kunne påvirke deres egen turnus. Måten jobben blir organisert påvirker helsen, når det for eksempel gjelder rutiner, timeplaner og arbeidsmengde. Når sykepleiere fikk ha en innflytelse på hverdagen og på oppgaver som gjorde hverdagen variert, opplevde de det som positivt, og var dermed helsefremmende. Glede og stolthet over arbeidet gjennom å ha et eierforhold til det gjør at en vil gjøre det en holder på med. Det som skaper glede og stolthet er sosial verdsetting, noe som i denne sammenhengen vil si at en er verdsatt av det en gjør, og at en får belønning for det en har gjort. Å få ta del i beslutninger bidrar til at det en gjør er meningsfullt. Muligheten til å påvirke ens arbeidssituasjon gir jobben mening. Ved å selv kunne planlegge oppgaver, rekkefølge på oppgavene og arbeidstempo, virker jobben meningsfull fordi en får påvirke egen situasjon. Det er ikke avgjørende at en må bestemme alt, men at kontrollen er rettferdig fordelt, slik at en opplever at en har innflytelse på de beslutningene som tas (Antonovsky, 2012, s. 123-124). Noen av rutinene på sykehuset hadde ikke sykepleierne innflytelse på, og de tok dem dermed for gitt, men de virket som helsefremmende ressurser i den form av at de presenterte en støtte og forutsigbar struktur for sykepleiernes arbeid i avdelingen. Privatlivet til sykepleierne hadde også innflytelse på arbeidet deres. Hadde de en god dag, kunne de mestre ulike situasjoner i jobben bedre, og motsatt (Bringsén et al., 2012).

5.4 Konklusjon

Sykepleiere ser kanskje like ut for utenforstående, de har samme uniform, er omsorgsfulle og forståelige, og ser etter det beste i sin neste. De gjør at de kan for å realisere det idealet de har om at når de er på vakt, skal pasienten ha det så godt som overhode mulig, så godt at det faktisk ikke er mulig. De blir stresset og bruker mye energi på å nå dette målet, men det hele er verdt det når de får et smil og takk for hjelpen. Selv når de blir møtt med uvennlige ord, prøver de å se det beste i personen foran seg, og overlever situasjonen ved å forestille seg selv hadde de vært i samme situasjon. De balanserer på kniveggen mellom å bli for følelsesmessig engasjert, fordi de bryr seg så mye, og å holde seg for distansert, fordi de har en lang liste med pasienter og gjøremål som krever at de er fokusert.

Sykepleiere har samme arv i deres profesjon og har vokst opp til å bli profesjonelle i samme helsevesen. Dette vil si at de har en felles grunnmur av kunnskap, og vokser på å få ny erfaring hver dag, slik at de i neste situasjon kan møte litt sterkere enn forrige gang. De må alltid være pålogget, og kan ikke sovne, for da vokser faget uten dem. Å ha kontroll er viktig for forsvarligheten, men også for at sykepleierne selv skal kunne gå hjem med en følelse av at de har gjort en god jobb.

Det utenforstående kanskje ikke tenker på eller forstår, er at bak uniformen er sykepleiere unike individer som har sin livserfaring og bagasje, som preger både personligheten deres og deres måte å se og møte verden. Ved å bruke hverandre som ressurs greier de å balansere alle følelsene og kravene de har, og kan veilede hverandre og reflektere over alle inntrykkene de møter. En god leder gir god helse, og ledelsen legger styringen på hva sykepleiere skal kreve av seg selv. Store endringer i helsevesenet gjør at hverdagen blir utfordrende og kanskje kaotisk, og da er det ekstra viktig at sykepleieren får den bekreftelsen hun trenger på at hun har gjort en god jobb, til tross for alle hindringene som (forhåpentligvis ikke med vilje) prøver å sabotere målet. Får sykepleieren være med å påvirke sin egen arbeidshverdag, gir det en eierfølelse over arbeidet, og de finner sin egen helse i arbeidet med å opprettholde pasientens.

Det viktigste jeg mener en sykepleier kan gjøre for å ivareta helsen sin på jobb, er å være åpen og ærlig med leder og kollegaer. Hvordan en har det egentlig, hvilke behov har en, og hvor langt er en villig til å strekke sin egen helse for å ivareta andres? En må bruke og støtte hverandre når det er tøft, hvis ikke vil det ende opp med at alle går rundt i sine egne bobler av elendighet og sliter seg ut. Hvem skal ivareta pasientene hvis sykepleierne selv blir pasienter?

Det kan være utfordrende å skulle skape et helsefremmende arbeidsmiljø der alle føler tiltakene taler til dem. Siden alle er forskjellige og har ulike preferanser, blir dette en umulig oppgave. Det som er mulig, er å ønske ulikhetene velkommen, og å bygge et arbeidsmiljø der den enkelte kan bidra med sine styrker, og kan være åpen om sine svakheter. Det sies at et lag ikke sterkere enn det svakeste ledd, og om alle tier stille om svakhetene og utfordringene sine, tror en alt er i orden, helt til en taper.

Jeg har et forslag til forbedring av praksis. Selv om det allerede praktiseres mange steder, mener jeg det ikke er nok fokus på betydningen av veilednings- og samtalegrupper. Å ha en organisert arena som kun finnes for å snakke om erfaringer og opplevelser med jobben som sykepleier til palliative pasienter, åpner opp for den åpenheten og ærligheten som er nødvendig for å kunne ha et godt teamarbeid. Leder kan delta, og ta det som er utfordrende videre, og prøve så godt det lar seg gjøre å fylle sykepleiernes behov. Det er ikke alltid det skal så mye til for å bedre arbeidshverdagen, men det å bli anerkjent og satt pris på som enkeltperson er noe alle kan være enige de har et behov for.

Jeg vil avslutte med å gjenta ordene fra 1. tessalonikerbrev 5:11, som i en enkelt setning oppsummerer hva jeg mener er essensen i et helsefremmende arbeidsmiljø.

«Derfor må dere oppmuntre og oppbygge hverandre,

som dere også gjør».

6.0 Referanseliste

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern av 17. juni 2005 nr. 62*. Hentet 7. januar 2016 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>
- Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring. Stress and coping in health and illness*. Menlo Park: Addison-Wesley.
- Bjørk, I. T. & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribes.
- Bringsén, Å., Andersson, H. I., Ejlertsson, G., & Troein, M. (2012). Exploring workplace related health resources from a salutogenic perspective: Results from a focus group study among healthcare workers in Sweden. *Work*, 42(3), 403-414 12p. Hentet fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104467733&site=ehost-live>
- Dalland, O. (2010). *Metode og oppgaveskriving* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (3. utg.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Forsberg, M-H. (2016, 4. januar). *Hvor lang tid tar det å brenne ut en sykepleier?* Hentet fra <https://sykepleien.no/2015/12/hvor-lang-tid-tar-det-brenne-ut-en-sykepleier>
- Friedrichsen, M. (2012). Sjukskøterskans roll – Anpassning och balans. I P. Strang & B. Beck-Friis, *Palliativ medicin och vård*. (s. 366-372). Stockholm: Liber.
- Grønkjær, L. L. (2013). Nurses' experience of stress and burnout: a literature review. *Klinisk Sygepleje*, 27(1), 15-26. Hentet fra https://ezproxy.hsh.no:2212/klinisk_sygepleje/2013/01/nurses_experience_of_stress_and_burnout_a_literature_revi
- Hellesøy, O. H. (2002). God ledelse – vaksinasjon mot utbrenning. I A. Roness & S. B. Matthiesen (Red.), *Utbrent. Krevende jobber – gode liv?* (s. 320-343). Bergen: Fagbokforlaget.

- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell av 2. juni 1999 nr. 64*. Hentet 23. februar 2016 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hopkinson, J., Hallett, C., & Luker, K. (2005). Everyday death: how do nurses cope with caring for dying people in hospital? *International Journal of Nursing Studies*, 42(2), 125-133. Hentet fra <http://ezproxy.hsh.no:2083/science/article/pii/S0020748904000975>
- Høst, T. (2014). *Ledelse i helse- og sosialsektoren*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse- og sosialfagene* (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Johansson, K., & Lindahl, B. (2012). Moving between rooms - moving between life and death: nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospitals. *Journal Of Clinical Nursing*, 21(13/14), 2034-2043. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03952.x
Hentet fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104457179&site=ehost-live>
- Kalfoss, M. H. (2013). Møte med lidende og døende pasienter – sykepleierens møte med seg selv. I H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (4. utg., s. 475-500). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapsbasert praksis. (2012). *PICO*. Hentet 10.1.16 fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/>
- Larsen, T. (2012). Helsebegrepet i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik og T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2013). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (4. utg., s. 401-437). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Matthiesen, S. B. (2011). Nedkjørt eller bare litt stresset? Om utbrenthet i arbeidslivet. I S. Einarsen og A. Skogstad (Red.), *Det gode arbeidsmiljø: Krav og utfordringer* (2. utg., s. 313-337). Bergen: Fagbokforlaget.

- Mæland, J. G. (2014). Forebygging – vakker tanke eller fornuftig handling? I M. A. Stamsø (Red.), *Velferdsstaten i endring. Norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre* (2. utg., s. 299-322). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pfeiffer, R. (2002). *Sykepleier og leder: Den administrative og den faglige sykepleielederens funksjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Statistisk Sentralbyrå. (2014). *Arbeidsmiljø, levekårsundersøkelsen, 2013*. Hentet fra <http://ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/arbmiljo/hvert-3-aar/2014-07-03#content>
- Strang, P. (2012). Ett palliativt forhånningssett – enligt WHO. I P. Strang & B. Beck-Friis, *Palliativ medicin och vård* (s. 30-34). Stockholm: Liber.
- WHO. (u.å.). *The Ottawa Charter for Health Promotion* Hentet 25. januar 2016 fra <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- Østby, B. A. (2016, 29. januar). Lite tid til helse, miljø og sikkerhet. Hentet 8. februar 2016 fra <https://sykepleien.no/2016/01/prioriterer-ikke-helse-miljo-og-sikkerhet>

Vedlegg 1: Eksempel på sjekkliste

arbeidsrelaterte helseressurser i et salutogent perspektiv.

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell
Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?
Hva forteller resultatene?
Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:
1. Critical Appraisal Skills Programme. www.casp-uk.net

1

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.

INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p>1. Er formålet med studien klart formulert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det oppgitt en problemstilling for studien? 	<p>Ja <input checked="" type="radio"/> Uklart <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/></p> <p>Målet med studien var å utforske helsepersonells meninger om samarbeidsressurser som var relevant til deres helse-gjennomg.</p>
<p>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser? 	<p>Ja <input checked="" type="radio"/> Uklart <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/></p>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet? 	<p>Ja <input checked="" type="radio"/> Uklart <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/></p> <p>Kommentar: utvalg: valgt av en referansegruppe på sykehuset. Kriterier for å delta fokusgruppeintervju, semi-strukturert. Ja. dataanalyse: Conventional qualitative content analysis. Ja.</p>
<p>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</p> <p>TIPS:</p> <p>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? - tilgjengelig h.personell på jobb, hvem som hadde interesse i å delta. Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? - nei. Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)? - utdanningsnivå er nevnt. 	<p>Ja <input type="radio"/> Uklart <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/></p> <p>Kommentar:</p>
<p>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p> <p>TIPS:</p> <p>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er metoden som ble valgt god for å belyse 	<p>Ja <input checked="" type="radio"/> Uklart <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/></p> <p>Kommentar:</p>

<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)? Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet? 	<p>Ja, det svarer på probl.st. mtp meninger til sp.</p> <p>Ja, se punkt 3.</p> <p>Ja, spm. i starten + beskrevet videre måte å holde intervjuet på.</p> <p>→ beskrevet hvor det foregikk</p>
--	--

<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p>TIPS: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.). Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)? Er motstridende data tatt med i analysen? Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar:</p> <p>Ja, se punkt 3.</p> <p>Ja</p> <p>Ja</p> <p>Ja,</p>	Ja	Uklart	Nei	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p>TIPS: Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? <i>Nei.</i> 	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar:</p> <p>Ja, i sykehussavdeling innunder det WHA-prosjektet som foregikk.</p> <p>→ <i>Sakstøttemessig perspektiv.</i></p>	Ja	Uklart	Nei	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p> <p>TIPS: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar:</p> <p>Ja.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene? 	<p>Ja.</p>		
<p>9. Er etiske forhold vurdert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? <i>Ja</i> Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite? <i>Ja</i> 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p> <p>Kommentar:</p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>

<p>HVA ER RESULTATENE?</p> <p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan du oppsummere hovedfunnene? Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p> <p>Kommentar: det ble utformet 4 hovedtemaer med ressurser som er relatert til arbeidsmødet helsefremming. Noen ville ha kontinuitet, andre fleksibelt arbeid. Den individuelle behov må alltid legges vekt på, for å tilrettelegge for en helsefremmende arbeidsplass. Det trengs å forske videre på tema.</p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
--	---	--	---

<p>KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?</p> <p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p>TIPS:</p> <p>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i? Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse? 	<p>Kommentar:</p>
--	--------------------------

Vedlegg 2: Litteratursøk

Dato, Database	Søkeord	Avgrensing	Antall treff	Valgt artikkel
5.1.16 Cinahl	<i>Nursing, palliative care, stressor</i>	<i>Academic journals, English, Subject major heading: stress occupational, oncologic nursing</i>	2	<i>Valgte vekk 1 pga. tema. Så under artikkelen fra 1998, under «times cited in this database» 15 artikler, der jeg fant denne: Everyday death: how do nurses cope with caring for dying people in hospital?</i>
10.1.16 svemed	<i>Nurs*, burnout</i>	<i>2010-2015</i>	4	<i>Nurses experience of stress and burnout: A literature review.</i>
13.1.16 cinahl	<i>Experience or view, burnout or stress*, nurs*, qualitative.</i>	<i>2010-2015, Academic journals, english, geography: europe, uk & ireland, subject major heading: nursing staff, hospital</i>	14	<i>Moving between rooms - moving between life and death: nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospitals.</i>
18.02.16, cinahl	<i>Health promotion, work environment, nurs*, hospital</i>	<i>2010-2016, academic journals, english, subject major heading: work environment</i>	7	<i>Exploring workplace related health resources from a salutogenic perspective: Results from a focus group study among healthcare workers in Sweden</i>