

*«Vi er jo bare mennesker, vi òg»*

Ivaretakelse av hjelperen:  
om belastning og beskyttelse



---

Universitetet  
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Master i helsevitenskap

Masteroppgave (50 studiepoeng)

Student: Mathilde H. Arnes

Veileder: Kirsten Lode, førsteamanuensis II

Dato/år: 18.05.2022

*“How does the opera singer take care of the voice?*

*The baseball pitcher, the arm?*

*The woodcutter, the axe?*

*The photographer, the eyes?*

*The ballerina, the legs and feet?*

*The practitioner in a helping, caring, relationship-intense profession, the self?”*

(Skovholt & Trotter-Mathison, 2016, xvii).

## Forord

Etter å ha jobbet flere år som sykepleier ved en somatisk avdeling på sykehus, og kjent på ulike berikelser og belastninger som følge av opplevelser en tar med seg fra arbeidshverdagen, bestemte jeg meg for å skrive masteroppgave med søkelyset rettet mot ivaretagelse av hjelperen. Tema for oppgaven ble valgt i januar 2021, og mye har skjedd siden da. Før jeg tok fatt på siste semester av masterstudiet, kjente jeg at det var på tide å vende nordover, til familie, venner og naturen som jeg er så glad i. I desember 2021 flyttet jeg hjem til Helgeland, og i januar 2022 startet jeg i 100% stilling som bedriftssykepleier hos Sør-Helgeland bedriftshelsetjeneste.

Det er flere som har bidratt til at gjennomføring av masteroppgaven har vært mulig, og som jeg ønsker å rette en stor takk til. Solveig Fridheim Torp, ved Kreftomsorg Rogaland, var den som la frem oppgaveforslaget og introduserte begrepene «compassion fatigue» og «compassion satisfaction» for meg. Du har bidratt til at jeg har opprettholdt motivasjon i prosessen. Dine støttende ord og kloke innspill har betydd mye. Sykepleierne som stilte opp som informanter i studien. Deres faglige kompetanse, åpenhet, refleksjoner og villighet til å stille opp (både i arbeidstid og på fritid) har vært en stor drivkraft til at jeg har klart å gjennomføre studien og ferdigstille oppgaven. Jeg sitter igjen med stor ydmykhet og takknemlighet over å få videreformidle deres synspunkt.

Min veileder, Kirsten Lode, som har lest korrektur og kommet med gode og konkrete tilbakemeldinger. I tillegg så var du villig til å ha veiledning digitalt, noe som gjorde at jeg kunne flytte nordover. Bjørnar Reitan Olsen, min leder, som har vært så raus og tilrettelagt for at jeg kunne jobbe med masteroppgaven i arbeidstiden og seniorforsker Asbjørn Fagerlund som har gitt innspill til metoden og skriveprosessen. Uten dine tilbakemeldinger og faglige råd hadde nok antallet tunge og uproduktive dager vært flere.

Mine gode venninner Victoria og Madeleine. Deres støtte, omtanke og oppmuntring når jeg var langt fra familie, og livet hadde sine opp- og nedturer, har betydd utrolig mye for meg og bidro til at jeg fant styrke til å fortsette arbeidet med oppgaven. Min barndomsvenn Mats. Fine samtaler og turer, der latteren har sittet løst, har vært nødvendig avkobling i skriveprosessen. Sist, men ikke minst, mine kjære foreldre, Trine og Halle, storebror Martin og storesøster Trude. Tusen takk for at dere alltid har vært der for meg. Deres støtte, i form av motiverende ord, men også praktisk bistand, har uten tvil vært avgjørende for at jeg nå sitter her med et ferdig produkt, som jeg kjenner at jeg kan være stolt av. Jeg vil rette en særlig stor takk til min far, Halle. Ikke bare for at du velvillig hentet flyttelass og kjørte 140 mil med min Fiat 500 på vinterføre (med piggfrie dekk) fra Stavanger til Sømna. Du er også en god samtalepartner som kan rådføre og vise vei når jeg står ved livets små og store veiskiller.

18.05.2022, Brønnøysund,

Mathilde H. Arnes.

# Innholdsfortegnelse

Forord .....	3
Sammendrag .....	7
Abstract in English .....	8
1.0 Introduksjon .....	9
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	9
1.2 Tidligere forskning .....	11
1.3 Studiens hensikt .....	11
1.4 Problemstilling og forskningsspørsmål .....	12
1.5 Disposisjon for oppgaven .....	13
2.0 Teoretisk fundament .....	14
2.1 Profesjonell livskvalitet .....	14
2.2 Sykepleie og omsorg .....	16
2.2.1 Palliativ omsorg .....	16
2.2.2 Kari Martinsens omsorgsteori .....	16
2.2.3 Helhetlig sykepleie sett i lys av New Public Management .....	17
2.2.4 Omsorgssyklusen .....	18
2.3 Omsorgstretthet og omsorgstilfredshet hos sykepleiere i kreftomsorgen .....	18
2.3.1 Hva viser tidligere forskning på feltet? .....	18
3.0 Metode og metodiske overveielser .....	22
3.1 Kvalitativ metode .....	22
3.2 Vitenskapelig ståsted .....	22
3.2.1 Fenomenologi .....	23
3.2.2 Forforståelse .....	23
3.3 Datainnsamling .....	24
3.3.1 Individuelle semistrukturerte intervju .....	24
3.3.2 Utvalg og rekruttering .....	24
3.4 Forberedelse og gjennomføring av intervju .....	25
3.4.1 Intervjuguide .....	25
3.4.2 Informasjonsskriv og søknad om godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata .....	26
3.4.3 Gjennomføring av intervju .....	26
3.5 Lydopptak .....	27
3.6 Transkribering .....	27
3.7 Analyse .....	28
3.7.1 Tematisk analyse .....	28

3.7.2 Analyseprosessen .....	29
3.8 Studiens kvalitet .....	30
3.8.1 Validitet og reliabilitet .....	31
3.9 Forskningsetiske vurderinger .....	32
4.0 Resultater.....	33
4.1 Utvalgsbeskrivelse.....	33
4.2 Berikelser med å jobbe som sykepleier innen kreftomsorgen .....	33
4.2.1 Opplevelse av mening.....	34
4.2.2 Arbeids glede og mestring .....	35
4.3 Belastninger med å jobbe som sykepleier innen kreftomsorgen .....	37
4.3.1 Å stå i lidelse.....	37
4.3.2 Arbeidshverdagen .....	39
4.4 Hvilken betydning har erfaring som sykepleier?.....	40
4.4.1 Nyutdannet.....	41
4.4.2 Erfaring .....	42
4.5 Hva skal til for å bli i yrket? .....	44
4.5.1 Mestringsstrategier for å klare å stå i arbeidet .....	44
4.5.2 Ønsker og behov for arbeidshverdagen .....	45
5.0 Diskusjon.....	48
5.1 Hvordan er arbeidshverdagen som sykepleier i kreftomsorgen?.....	48
5.1.1 Effektivitetskrav, ressursknapphet og kampen mot klokka .....	48
5.2 Profesjonell livskvalitet i en travel arbeidshverdag.....	50
5.2.1 Omsorgstilfredshet, omsorgstretthet og utbrenthet.....	50
5.2.2 Omsorgssyklusens restitusjonsfase og egenomsorg .....	51
5.2.3 Sykepleie er givende og tappende.....	54
5.3 Hvilken betydning har erfaring som sykepleier?.....	56
5.3.1 Sammenhengen mellom erfaring og trygghet.....	56
5.4 Hva skal til for å bli i yrket? .....	57
5.4.1 Økt grunnbemanning og kompetanseheving .....	57
5.4.2 Arbeidsmiljøet betydning.....	59
6.0 Implikasjoner for klinisk praksis.....	61
7.0 Konklusjon .....	62
Referanseliste .....	64
Vedlegg A: intervjuguide .....	72
Vedlegg B: informasjonsskriv.....	74

Vedlegg C: samtykkeerklæring .....	77
Vedlegg D: meldeskjema til NSD .....	78

## Sammendrag

I årene fremover er det spådd en sykepleiermangel i Norge. Risikoen for å få kreft øker med alderen, samtidig som vi stadig lever lengre enn tidligere. Disse ulike faktorene kan føre til økt belastning på helse- og omsorgstjenesten. Tidligere forskning har vist at når en jobber som sykepleier i kreftomsorg, er en i risikozonen for å utvikle omsorgstretthet (compassion fatigue) og utbrenthet. Samtidig kan arbeidet som hjelper føre til omsorgstilfredshet (compassion satisfaction) og styrket profesjonell livskvalitet. Formålet med studien var å undersøke hvordan sykepleiere som jobbet i ulike kontekster i kreftomsorgen opplevde å jobbe med mennesker med kreft. Jeg ville se om det var forskjeller fra de ulike arbeidsplassene, og hvordan en krevende arbeidshverdag kunne påvirke informantene. Var det tilrettelagt for refleksjon og erfaringsdeling innad i teamet, og var det rettet fokus mot ivaretagelse av hjelperne? Hvordan håndtere en travel arbeidshverdag, samtidig som en møtte mennesker i lidelse, med behov for samtale og støtte? Det var og interessant å se på hvilken betydning erfaring som sykepleier hadde når en jobbet med mennesker med kreft. Utvalget var sykepleiere som jobbet i spesialisthelsetjeneste, kommunehelsetjeneste og i en stiftelse, med spredning i alder og arbeidserfaring. Jeg ønsket å gå i dybden av fenomenet, og brukte derfor kvalitativ metode. Det ble gjennomført åtte individuelle, semistrukturerte intervju som metode for datainnsamling og tematisk analyse ble anvendt for å analysere data. Studien viste at sykepleierne opplevde arbeidshverdagen som en kombinasjon av givende og tappende. Å være med og utgjøre en forskjell for pasienter og pårørende, ga mestringfølelse, opplevelse av mening i arbeidet og motivasjon til å fortsette som sykepleier. Hverdagen besto av prioriteringer på grunn av krav om effektivitet, samtidig som sykepleierne opplevde en knapphet på tid og ressurser. Dette førte til at den gode samtalen med pasienter ofte måtte vike for praktiske oppgaver, noe som kunne føre til dårlig samvittighet, opplevelse av å ikke strekke til og forstyrret muligheten til å utføre helhetlig sykepleie. Anerkjennelse fra ledelse, kollegial støtte og mulighet til refleksjonsdeling innad i teamet ble trukket frem som viktige forutsetninger for å fortsette i yrket. Støtte og tilrettelegging i arbeidshverdagen til kompetanseheving kom frem som et etterlengtet og viktig tiltak for å styrke pasientsikkerheten, i tillegg til at det kunne bidra til økt mestringfølelse og trygghet hos sykepleierne, og dermed styrke profesjonell livskvalitet.

**Nøkkelord:** omsorgstretthet, utbrenthet, omsorgstilfredshet, helhetlig sykepleie, profesjonell livskvalitet

## **Abstract in English**

### **To care for the caregiver: about strains and enrichments**

Globally there is an ongoing pressure on the health services due to an aging population, and growing cancer incidence and prevalence. At the same time there is a concern regarding the increasing turnover in nursing. Prior research has indicated that working in cancer nursing involves a risk of developing compassion fatigue and burnout, but also that working in this field is associated with compassion satisfaction and professional quality of life. The main objective of this thesis is to increase focus on how emotional strain and occupational stress could affect nurses working in cancer care. To explore this phenomenon, a qualitative design was used. Eight individual semi-structured interviews were conducted with nurses working in different contexts in cancer care. The sample was heterogenous in age and work experience. Thematic analysis was used to analyse the data. The findings suggested that working in cancer care could be both rewarding and wearying. When the nurses felt that they made a difference for patients and their next of kin, it was a thriving factor to continue with cancer nursing. It enhanced their professional quality of life and led to a feeling of accomplishment. Lack of time and resources forced nurses to prioritize during the workday. Furthermore, increased demands of efficiency were associated with occupational stress. The nurses often felt the work as overwhelming and suggested that increased base staffing might alleviate the problem. The high experienced workload resulted in practical tasks taking priority over conversations with patients and their next of kin. This prioritization could lead to a bad conscience, a feeling of not reaching out, and disrupting the ability to provide holistic nursing. The nurses highlighted some crucial factors as prerequisites for continuing in the nursing field, such as recognition from management, collegial support, and the opportunity to reflect and share experiences with their team. They valued professional competence and highlighted the importance to keep up to date. They stated that these factors could secure actions when needed, and therefor enhance the patient safety. To provide holistic care had a high importance in the sample, and they stated that it could contribute to provide the quality of care that they wanted for patients with cancer, and therefor strengthen the professional quality of life of the nurses.

**Keywords:** compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction, professional quality of life, cancer nursing, holistic nursing



# 1.0 Introduksjon

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

En får stadig høre at flere sykepleiere slutter i jobben. I dag mangler det rundt 6000 sykepleiere i Norge, og dette tallet er spådd å øke drastisk i årene som kommer (Sykepleierløftet, 2021). Samtidig som det blir behov for flere sykepleiere, står helse- og omsorgstjenesten ovenfor utfordringer på grunn av en stadig aldrende befolkning med økt hjelpebehov (Meld. St. 29 (2012-2013), s.14-15). Hvert år diagnostiseres over 30 000 mennesker i Norge med kreft. På grunn av økt levealder og at befolkningen vokser, vil antall krefttilfeller øke. Årsaken til dette er at risikoen for å få kreft øker med alderen (Larsen et al, 2018). Et økende antall mennesker med kreft kan føre til økt sykepleiebehov, og derav behov for mer helsepersonell. I tillegg innebærer det å jobbe innen palliativ omsorg en risikofaktor for sykepleieren da en tar del i pasientens lidelse, og kan oppleve belastninger relatert til dette. Helsepersonell bør finne en balanse mellom å gi omsorg til pasienter, og samtidig ivareta seg selv (Sandanger, 2020, s. 21).

Det økende trykket på helsevesenet har ført til en hverdag som styres av effektivitet og økonomi, noe som kan forstyrre kjernen i sykepleiefaglig arbeid (Holvik et al., 2017). Effektiviseringen fører med seg nye og flere arbeidsoppgaver for sykepleierne. Pasientrettede tjenester gjøres om til kostnadseffektiv produksjon for å håndtere knappe ressurser (Nydal et al., 2016, s. 68). Det fører til at flere oppgaver må utføres samtidig, noe som kan gå ut over kvaliteten på helsetjenesten. Det økende tidspresset fører til en nødvendig prioritering av oppgaver, som igjen kan føre til utilstrekkelighet og skyldfølelse hos sykepleierne overfor pasientene. Men en effektivisering av dagens helsevesen fører til at flere pasienter behandles, og ventelistene blir kortere. Likevel kan effektiviseringen ha en del negative følger. Når en kun får tid til å utøve den aller mest nødvendige pleien, er det noen sentrale punkter fra det holistiske synet i sykepleierfaget som kan trues (Nydal et al., 2016, s. 68). En kan spørre seg hvilke ringvirkninger effektiviseringen vil ha for sykepleierne på sikt, særlig sett i lys av fremtidens utfordringer. Ivaretagelse av hjelperne kan tenkes å bidra til et bærekraftig helsevesen, da bedre arbeidsforhold hos sykepleierne kan føre til bedre kvalitet i helsetjenesten.

Sykefraværstallene fra Statistisk sentralbyrå og NAV som ble publisert i mars 2021 viste at psykiske lidelser utgjorde 22,6 prosent av det totale sykefraværet blant helsepersonell i 4. kvartal i 2020 (Hofstad, 2021). Hva som er årsaken til økt grad av psykiske lidelser er

ikke trukket frem, men kan det tenkes at det kan ha sammenheng med arbeidsrelaterte plager? Prioriteringer som må gjøres grunnet høyt arbeidspress, kan føre til dårlig samvittighet, lav mestringsfølelse og følelse av utilstrekkelighet. Slike prioriteringer kan være en kilde til moralsk stress. Helsepersonell opplever at det å ikke få hjulpet pasientene er det tyngste ved jobben. En befinner seg i en «empatisk sone», der en føler pasientenes smerter og vanskeligheter, men høye jobbkraav, som styres av tidspress og manglende ressurser, forstyrrer muligheten til å gi omsorg av den kvalitet en ønsker (Haavik & Toven, 2021, s. 32-34). Utdanningen forbereder studentene i liten grad på hvilke konsekvenser arbeidet som sykepleier kan ha (Unhjem, 2020), noe jeg kan kjenne igjen fra jeg studerte sykepleie mellom årene 2014 til 2017. Det kan se ut til å ha endret seg noe de siste årene. Blant annet ved Høgskolen i Molde har de startet med undervisning om helserisiko i helseyrker. Utdanningsinstitusjoner har en viktig rolle i å forebygge risikoen ved belastende arbeid (Unhjem, 2020).

På bakgrunn av alt dette fattet jeg interesse for å fordype meg i temaet. Universitetet i Stavanger arrangerte digitalt forskningstorg i januar 2021, der Kreftomsorg Rogaland (KOR), ved Solveig Fridheim Torp presenterte oppgaveforslaget «Ivaretagelse av hjelperen: om belastning og beskyttelse». Forslaget samstemte med de idéer jeg hadde, og bidro til at jeg valgte dette som tema i min masteroppgave. I dialog med Solveig ble begrepene «compassion fatigue» og «compassion satisfaction» presentert, noe som var ukjent for meg fra før. Compassion fatigue blir oversatt til omsorgstretthet på norsk, og handler om hvordan man som hjelper blir påvirket av arbeidet med andre menneskers lidelser (Kaspersen & Bjarstad, 2020). Ulike studier har vist at mellom 40 og 85% av profesjonelle hjelpere har symptomer på omsorgstretthet. Det er ikke bare sykepleiere som er i risikogruppen. Andre yrkesgrupper som er utsatt, er blant annet barneverns- og sosialarbeidere, advokater, kirurger og immigrasjons- og asylsøkersaksbehandlere. Det har blitt forsket særlig mye på hjelpere som arbeider innen palliativ omsorg, og resultater har vist at noe av det tøffeste helsearbeidet som finnes er når en daglig står i lidelse og død (Isdal, 2017, s. 141-142).

Listen over negative konsekvenser av omsorgstretthet er lang, og inneholder blant annet utmattelse, nedsatt konsentrasjon, følelse av utilstrekkelighet og håpløshet, irritabilitet, mangel på empati og følelse av angst og frykt. I tillegg til at dette kan ha negativ innvirkning i møte med pasienter og pårørende, kan det også påvirke ens egne relasjoner (Sandanger, 2020, s. 21). Det finnes ingen direkte oversettelse av «compassion satisfaction», men begrepet beskrives som gleden og tilfredsheten en opplever ved å være i stand til å utføre jobben sin og hjelpe andre (ProQOL, 2019). Begrepet kan oversettes til omsorgstilfredshet (egen

oversettelse). Omsorgstretthet og omsorgstilfredshet beskrives som motsetninger av hverandre (ProQOL, 2019).

## **1.2 Tidligere forskning**

Det er en del ny forskning på temaet, noe som kan tyde på at det er mer aktuelt enn tidligere. I det første datasøket anvendte jeg søkeordene «nursing» and «oncology» and «compassion fatigue», uten avgrensninger, og det ga 97 treff i ulike databaser. Deretter ble det utført et nytt søk med de samme søkeordene, men avgrensninger på årstall (2016-2022), som resulterte i et treff på 58 artikler. Felles for de fire artiklene som ble studert grundigere er at de omhandlet sykepleiere i kreftomsorgen, og forekomst av omsorgstretthet og/eller omsorgstilfredshet. En studie viste blant annet at når man sammenlignet onkologer, psykologer og sykepleiere, scoret sykepleierne høyest på risikoen for utvikling av omsorgstretthet og utbrenthet. En av de store risikofaktorene var å være nyutdannet eller relativt fersk i yrket. De som hadde mer erfaring så ut til å håndtere en krevende arbeidshverdag bedre (Kohli & Padmakumari, 2020, s. 170).

Faktorer som kunne bidra til å utvikle omsorgstretthet kunne være lange pasientopphold, høy dødelighet, antall pasienter/pårørende per sykepleier, i tillegg til arbeidserfaring (Kohli & Padmakumari, 2020, s. 171; Jarrad & Hammad, 2020, s. 1; Finley & Sheppard, 2017, s. 61). Særlig hos nyutdannede eller sykepleiere som var relativt ferske i yrket viste det seg at kontakt med pasienter og deres pårørende opplevdes som meningsfullt. Men opplevelsen av pasientenes og pårørendes smerter og frykt, følelsesmessig belastning og utbrenthet, tanker om at pasienter kunne dø og økt bekymring for egne pårørende var faktorer som kunne føre til utvikling av omsorgstretthet (Finley & Sheppard, 2017, s. 63).

Flere av studiene foreslo at det bør iverksettes tiltak i arbeidsmiljøet for å forebygge utvikling av omsorgstretthet hos sykepleiere. Blant annet bør det være rådgivning, støtte og oppfølging, og en helhetlig tilnærming for å ta vare på hjelperne. I artiklene ble også viktigheten av ivaretagelse av egen helse hos helsepersonell som jobber innen kreftomsorgen fremhevet. Dette kan være helsefremmende for sykepleierne, og føre til bedre kvalitet i helsetjenesten for pasientene (Wu et.al., 2016, s. 161; Kohli & Padmakumari, 2020, s. 171; Jarrad & Hammad, 2020, s. 6; Finley & Sheppard, 2017, s. 65).

## **1.3 Studiens hensikt**

Som sykepleier og hjelper tar en del i andre menneskers lidelse. Grunnlaget for å gi god omsorg, er evnen til å vise medfølelse og empati. På en annen side kan dette gjøre en sårbar,

og man kan selv bli utsatt for utbrenthet og sekundærtraumatisering (Gratland & Nergård, 2017). Målet med studien er å rette søkelys mot en bedre ivaretagelse av sykepleiere som hjelpere, blant annet fordi dette er en yrkesgruppe som lider mye av både fysiske og psykiske arbeidsrelaterte helseplager (Haavik & Toven, 2021, s. 17). Slike plager kan være utbrenthet, sekundærtraumatisering og omsorgstretthet (Sandanger, 2020, s. 22). Sentralt i forebyggingen av blant annet omsorgstretthet kan være strategier for støtte og mestring, samt å undersøke hvilke rammer en har på arbeidsplassen. Dersom en lærer seg å bli oppmerksom på når belastningen blir for stor, kan situasjonen mestres bedre (Sandanger, 2020, s. 23). Det kan vise seg at det er behov for å øke oppmerksomheten rundt temaet allerede i utdanningsforløpet. Det kan også tenkes at ved å sette et større fokus på egenomsorg hos hjelperne, kan det hende at det bidrar til at flere blir i jobben.

Jeg vil forsøke å finne ut hvilke erfaringer utvalget har i forhold til den aktuelle tematikken sett fra et individuelt og organisatorisk perspektiv. Hvordan er kulturen på deres arbeidsplass, i forhold til helsefremming hos sykepleiere? Er det involveringen i pasientens lidelse som kan oppleves som en belastning over tid, eller vil det å ikke ha mulighet til å involvere seg nok, på grunn av tidspress og/eller mangel på ressurser, føre til at en kan oppleve reaksjoner som kan relateres til omsorgstretthet? Hvilke faktorer bidrar til at sykepleierne opplever arbeidet som meningsfullt og styrkende (compassion satisfaction)? Vil arbeidstider (turnus kontra dagjobb), arbeidserfaring, samt mengde arbeidsoppgaver og tidspress ha noen innvirkning på hvordan en håndterer en krevende arbeidsdag, og hva gir mestringsfølelse?

#### **1.4 Problemstilling og forskningsspørsmål**

På bakgrunn av temaet «Ivaretagelse av hjelperen: om belastning og beskyttelse» vil problemstillingen være: «Hvordan opplever sykepleiere i ulike kontekster i kreftomsorgen å ta vare på mennesker med kreft?»

Følgende forskningsspørsmål er satt opp for å konkretisere problemstillingen:

- «Hva opplever de som belastende ved å jobbe i kreftomsorgen?»
- «Hva gir arbeidsglede og opplevelse av mening?»
- «Hvilken betydning har erfaring som sykepleier når man jobber i kreftomsorgen?»

## **1.5 Disposisjon for oppgaven**

Etter introduksjonsdelen vil jeg i kapittel to vise til relevant teori for oppgaven. Kapittel tre omhandler studiens metode, der jeg presenterer studiens vitenskapelige ståsted og for forståelse, utvalg, datainnsamlingsmetode og analyseprosessen steg for steg. Det argumenteres avslutningsvis i kapitlet for studiens kvalitet, samt forskningsetiske vurderinger. I kapittel fire gjøres det rede for aktuelle funn etter datainnsamlingen. Disse er organisert under ulike tema, som kom frem i analyseprosessen. Sitat fra sykepleierne er inkludert for å belyse tema. I kapittel fem diskuteres funnene opp mot teori og annen forskning. Kapittel seks foreslår implikasjoner for praksis og videre forskning, for deretter å presentere refleksjoner og konklusjoner i kapittel syv.

## 2.0 Teoretisk fundament

I dette kapittelet vil det bli redegjort for det teoretiske grunnlaget for de begreper som er sentrale for studien.

### 2.1 Profesjonell livskvalitet

Profesjonell livskvalitet er den kvaliteten en opplever i forhold til arbeidet som hjelper, og den påvirkes av positive og negative hendelser ved å utføre jobben. Arbeidsmiljø, personlige egenskaper og emosjonelle og belastende eksponeringer i jobben kan gå ut over den profesjonelle livskvaliteten (Stamm, 2010, s. 8-10). Profesjonell livskvalitet består av tre komponenter: omsorgstretthet (*compassion fatigue*), omsorgstilfredshet (*compassion satisfaction*) og utbrenthet (*burnout*) (Todaro-Franceschi, 2019, s. 4). Compassion oversettes til medfølelse på norsk og har blitt definert som et komplekst fenomen, der en føler på den andres fortvilelse. Medfølelse består av empati og hengivenhet, og er grunnverdier i arbeidet som sykepleier (Bush & Boyle, 2012, s. 15). Medfølelse er det viktigste en har, og får frem hjelperen i en. Pasienter og andre mennesker en møter trenger å bli møtt med medfølelse, og det hevdes at det er den mest effektive medisin som finnes. Helse- og sosialarbeidere er den yrkesgruppen med høyest sykefravær i Norge, og arbeidet beskrives som belastende. Årsaken til det høye sykefraværet er ikke trukket frem, men en kan anta at det å jobbe med mennesker i lidelse og smerte kan være det mest helsefarlige arbeidet som finnes. Empati gjør at en kan bli beveget og påvirket av andre (Isdal, 2017, s. 133, s. 17-18).

Det er naturlig å bli påvirket av jobben når man jobber med mennesker, og det kan gi seg utslag på ulike måter (Haavik & Toven, 2020, s. 40-41). Omsorgstretthet kan oppstå i relasjon til andre, og er en fysisk og emosjonell utmattelse som kan utvikle seg i møtet med pasienter og pårørende. Symptomer på omsorgstretthet kan være at en oppfattes som kynisk, nummen og distansert. De en skal gi omsorg og pleie til kan oppleve at en er mindre til stede. Omsorgstretthet kan dukke opp uten forvarsel når omsorgsbyrden er stor over tid. I tillegg til omsorgstretthet, som omhandler ens relasjon til andre og evne til å tåle andres lidelse, oppstår utbrenthet mer som en følge av generell misnøye rundt eget arbeidsliv, og er vanligvis et resultat av en mengde ulike faktorer, som arbeidsmiljø, arbeidsbelastning, lønn og organisasjonskultur, gjerne i tillegg til følelsesmessig press og slitasje (Haavik & Toven, 2020, s. 51; Todaro-Franceschi, 2019, s. 5). Typiske symptomer kan være irritabilitet og nedsatt stemningsleie, redusert arbeidslyst og økende bekymring og angst for ulike situasjoner. Psykosomatiske symptomer, som hodepine, hjertebank og magesmerter er også

beskrevet (Malt, 2021). Utbrenthet kan utvikle seg gradvis over tid, når en har stått i følelsesmessige og fysisk krevende situasjoner. Dette kan resultere i at en mister interesse, ikke bare for arbeidet en skal gjøre, men også i forhold til relasjonene som skal bygges. Det kan utvikle seg en apatisk holdning, og en hjelper som er utbrent, kan oppfattes som mindre entusiastisk i arbeidet (Todaro-Franceschi, 2019, s. 5-6).

Forskning har vist at pasienter som hadde en sykepleier som var utbrent, opplevde dårligere kvalitet på omsorgen og pleien. Omsorgstretthet og utbrenthet kunne føre til lav arbeidsmoral og svekket jobbyttelse, høyere sykefravær og utskifting av personale, i tillegg til negativ innvirkning på pasientsikkerheten (Potter et al., 2010, s. 57; Sheppard, 2015, s. 57). En annen negativ faktor som kan oppstå som konsekvens av å ha et omsorgsyrke, er sekundærtraumatisk stress (STS). Det kan for eksempel være at en har hørt vonde historier fra pasienter, og kan gjenoppleve symptomer på traumer som om en har erfart de selv. Symptomene kan være blant annet irritabilitet, skvettenhet og spontane følelsesutbrudd, men en kan også fremstå avflatet og nummen. Dette kan igjen medføre søvnproblemer og mareritt, fravær av positive følelser og tap av interesse for ting en tidligere satte pris på. STS har blitt beskrevet som en naturlig reaksjon til det å lytte til og forholde seg empatisk til menneskers traumer eller krevende livssituasjoner (Haavik & Toven, 2020, s. 54).

En kan også oppleve gevinster ved å ha et hjelpeyrke. Enkelte kan sette mer pris på eget liv når de jobber i et omsorgsyrke. Positive følelser og tilfredshet over å ha hjulpet andre kan være en av hovedgrunnene til at flere velger å bli i yrket (Haavik & Toven, 2020, s. 134-135). Omsorgstilfredshet er en motsetning til omsorgstretthet. Det er gleden en opplever ved å hjelpe andre. En kan også kjenne på omsorgstilfredshet dersom en har et godt arbeidsmiljø eller føler at jobben en gjør er nyttig og viktig for samfunnet. Opplevs jobben som meningsfull, kan det bidra til at en føler seg tilfreds. En kan kjenne på positive følelser og gode tanker, som å føle seg vellykket og tro at jobben en gjør utgjør en forskjell. Dersom en erfarer høy grad av omsorgstilfredshet, vil en ikke ha store bekymringer i forhold til egen innsats i arbeidet eller arbeidets krav. Omsorgstilfredshet kan føre til at en går inn med et større engasjement i arbeidet, noe som kan ha en god innflytelse på kolleger og styrke arbeidsmoralen. Dette kan igjen bidra til at pasienter og pårørende opplever god kvalitet på omsorgen (Todaro-Franceschi, 2019, s. 4; Stamm, 2010, s. 12, s. 21-22).

## **2.2 Sykepleie og omsorg**

### **2.2.1 Palliativ omsorg**

Det anslås at innen år 2034 vil det være 40 000 mennesker som får kreft årlig i Norge. Nye behandlingsformer og screening fører til at flere mennesker overlever. Tre av fire lever i fem år eller mer med kreftsykdom i dag, men behandling kan gi senvirkninger som vil trenge oppfølging og behandling. Dette vil stille store krav til helsetjenestens kapasitet og kompetanse, blant annet når det gjelder å få til effektive og gode pasientforløp. Når en blir kreftfri, er det mange som har forventninger om at helsen skal være slik den var før en ble syk. Men flere har senskader etter behandlingen som kan gå ut over livskvalitet, og mange kan få psykiske reaksjoner som følge av blant annet redsel for tilbakefall (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 3, s. 8; Kreftregisteret, 2021; Kreftforeningen, 2022; Kreftforeningen, u.å.). Sykepleie til mennesker med kreft kan bli mer krevende, da nye behandlingsmuligheter gjør at det vil settes krav til å stadig holde seg faglig oppdatert når det gjelder behandling, symptom- og smertelindring, og for å kunne tilby pleie og omsorg av god kvalitet (Jang et al., 2016, s. 2836).

Tidligere har begrepet palliasjon vært forbundet med behandling og lindring ved livets slutt. Dette har endret seg til at palliativ omsorg nå skal være en del av hele forløpet ved sykdom som ikke kan behandles, og ofte er livstruende (NOU 2017:16, s. 64). Fokuset i palliasjon er tilstrekkelig symptom- og smertelindring, i tillegg til ivaretagelse av pasienter og pårørende med mål om best mulig livskvalitet. Palliasjon praktiseres i alle deler av helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2019, s. 11). Ulike kreftformer kan være komplekse, og det er avgjørende med tverrfaglig samarbeid for å sikre god behandling og pleie. Helsepersonell vil trenge relevant kompetanse innen fagfeltet, og dette bør en få gjennom grunnutdanningen. Ulike utdanningsinstitusjoner tilbyr både videreutdanninger i palliasjon og i kreftsykepleie, som har palliasjon som et sentralt tema. Tall fra 2014 viste at 44,5 prosent av sykepleierne ved lindrende enheter i sykehjem og 62,8 prosent av sykepleierne ved palliative sentre i spesialisthelsetjenesten hadde videreutdanning med fokus på palliasjon (NOU 2017:16, s. 66, s. 70; Helsedirektoratet, 2019, s. 13-14, s. 16).

### **2.2.2 Kari Martinsens omsorgsteori**

«Sykepleie er omsorg i nestekjærlighet for det lidende og syke mennesket, der fagkunnskap og menneskelig nærværenhet er vevet i hverandre, uttrykt i aktelsens språk» (Martinsen, 1996, s. 38). Sykepleieteoretiker Kari Martinsens omsorgsteori trekker frem at en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv er omsorg. Som menneske er en avhengig



av andre mennesker, noe som særlig trer frem ved sykdom og lidelse (Kirkevold, 1998, s. 169). Omsorg i sykepleie handler om at en må anerkjenne den andre ut fra deres situasjon, og har med forståelse for andre å gjøre. Det er en sosial relasjon som forutsetter at det er to parter, der den enes bekymring og omtenkksomhet for den andres lidelse gir seg uttrykk i medfølelse. Det har med hvordan en viser omtanke for hverandre, og bunner i fellesskap og solidaritet. Forståelse for den andres situasjon er sentralt i omsorgsarbeid og som medmenneske. Med erfaring fra sykepleieryrket blir en i stand til å se den andre ut fra deres situasjon. Fagkunnskap en tilegner seg gjennom erfaring gjør sykepleieren bedre i stand til å yte omsorg og ta vare på den syke. En kjerneverdi i omsorgsutøvelsen er at det andre mennesket skal anerkjennes, ikke umyndiggjøres (Martinsen, 2008, s. 69, s. 71, s. 76).

### **2.2.3 Helhetlig sykepleie sett i lys av New Public Management**

Psykolog Per Isdal (2017) hevder at drivkraften bak det å velge et omsorgsyrke, som sykepleier, er ofte fordi en har et ønske om å være til hjelp, og han benevner hjelpere som empatiske vesen. Det er ikke økonomiske hensyn som er motivasjon for yrkesvalget, men heller et grunnleggende menneskelig behov om å hjelpe de som trenger det (s. 16).

Tenkingen bak helhetlig sykepleie stammer fra filosofier om holisme og humanisme, og innebærer at mennesket en møter som sykepleier skal sees som en helhet. En skal anerkjenne og ta hensyn til fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov (Frisch & Rabinowitsch, 2019, s. 268). Verdighet, barmhjertighet og respekt for enkeltmenneskets liv er grunnleggende verdier innen sykepleien. I utdanningen er fokuset at en skal ivareta hele mennesket, og det skal utføres sykepleie av høy kvalitet. Dette er også et fokusområde i palliasjon. Sykepleieren skal ta hensyn til pasientens fysiske og psykiske behov og opptre profesjonelt, samtidig som en skal være et medmenneske ovenfor pasienten. For å utøve god sykepleie, er det viktig at arbeidet er pasientrettet, med fokus på relasjonsbygging mellom pasient og sykepleier (Kleiven et al., 2016, s. 312, s. 320; Helsedirektoratet, 2019, s. 11).

Helse- og omsorgstjenesten har de siste tiårene fått økte utgifter på grunn av at gjennomsnittsalderen i befolkningen stiger, og stadig flere får livsstilsrelaterte lidelser og kroniske sykdommer. Diagnostikk og behandling er blitt mer avansert som følge av den teknologiske utviklingen. Dette har ført til behov for en omstrukturering av helsetjenesten, og det var slik New Public Management (NPM) ble innført (Kleiven et al., 2016, s. 313). NPM defineres som en måte å styre og organisere offentlig sektor, som har mål om bedre kvalitet, økt produktivitet og større effektivitet, med markedet som forbilde (Hansen, 2022). Dette medførte en travlere arbeidshverdag for sykepleiere, fordi de fikk tilleggsoppgaver som

forstyrret den helhetlige sykepleien og muligheten til å sette pasienten i sentrum. Utøvelsen av sykepleie ble satt under press på grunn av knappere ressurser, større arbeidsmengde, underbemanning og tidspress, noe som igjen førte til en arbeidshverdag bestående av tøffe prioriteringer. Ivaretagelse av de psykososiale behovene og aktivisering av pasientene måtte oftere nedprioriteres, og det kunne påvirke utøvelsen av helhetlig sykepleie (Kleiven et al., 2016, s. 319-320). Dette kan virke stressende og gi en opplevelse av utilstrekkelighet, usikkerhet, frustrasjon og skuffelse. Den faglige kompetansen og utøvelsen av god sykepleie blir overskygget av organisatoriske krav (Kristoffersen & Friberg, 2016, s. 14).

#### **2.2.4 Omsorgssyklusen**

En måte å beskrive relasjonen mellom sykepleier og pasient som kontinuerlig etableres og avsluttes, er å bruke psykologene Thomas Skovholt og Michelle Trotter-Mathison sin omsorgssyklus, som inndeles i fire faser. Den empatiske tilknytningsfasen er når det relasjonelle båndet dannes og en blir kjent med hverandre. Deretter skal en utføre selve jobben, som kan være utøvelse av sykepleie, omsorg, medisinsk undersøkelse, samtaler o.l., og som kalles den aktive involveringsfasen. Tredje fase er separasjonsfasen, der relasjonen avsluttes. Restitusjonsfasen er fjerde og siste del av omsorgssyklusen, og innebærer at den som har utøvd omsorg skal hente seg inn igjen. Behovet for restitusjon varierer utfra hvor mye en har investert relasjonelt i det andre mennesket. Omsorgssyklusen gjentas kontinuerlig i arbeidet som sykepleier, og kan være givende og spennende, samtidig som det kan være belastende over tid og påvirke alle som jobber med mennesker (Haavik & Toven, 2020, s. 25-26).

### **2.3 Omsorgstretthet og omsorgstilfredshet hos sykepleiere i kreftomsorgen**

#### **2.3.1 Hva viser tidligere forskning på feltet?**

Det ble utført datasøk i ulike databaser (Google Scholar, Cinahl, Idunn, British Nursing Index) med søkeordene «compassion fatigue», «cancer nursing» og «review», der målet var å finne en kunnskapsoppsummering på aktuelle tematikk. Søket ble avgrenset til studier publisert de siste fem årene og til vestlige land som har sammenlignbare forhold med norsk helse- og omsorgstjeneste. Ortega-Campos et al. (2019) gikk gjennom 15 studier og så på forekomst av omsorgstilfredshet og utbrenthet, og tiltak mot omsorgstretthet hos sykepleiere i kreftomsorgen. De fant at emosjonell belastning, som å være vitne til pasienter og pårørendes smerter, lidelse og død var en av risikofaktorene for å utvikle omsorgstretthet. Et tiltak for å redusere utbrenthet og omsorgstretthet hos sykepleiere som jobber i kreftomsorgen kunne

være å praktisere mindfulness (oppmerksomt nærvær på norsk). Målrattede mindfulness-program som varte i en måned viste økt grad av omsorgstilfredshet hos sykepleiere. Det kunne føre til mindre opplevd stress og emosjonell belastning, og dermed bidra til å forebygge mot omsorgstretthet og utbrenthet. Refleksjon og erfaringsdeling i grupper kunne ha en positiv effekt på negative følelser som kunne oppstå når man opplevde emosjonell belastning. Det kunne også gi styrket selvtillit og gjøre en bedre rustet til å stå i psykisk og fysisk krevende situasjoner (s. 9).

Andre studier har vist at sykepleiere innen kreftomsorgen kunne ha større risiko for å utvikle jobbrelatert stress, angst, depresjon og utbrenthet enn sykepleiere som jobbet på andre fagfelt i helsesektoren. En særlig økende trend med utbrenthet var det hos yngre sykepleiere. En møtte pasienter og pårørende i ulike faser av sykdomsforløpet som en kunne oppleve å knytte nære relasjoner til, i tillegg til at det var en arbeidshverdag som besto av faglige utfordringer og høyt arbeidstempo (Gribben & Semple, 2020, s. 1; Houck, 2014, s. 454; Jang et al., 2016, s. 2836). Som nyutdannet kunne en mangle selvtillit, tilstrekkelig med arbeidserfaring og evnen til å se løsninger på problemer (Xie et al., 2020, s. 625). En kunne også ha større risiko for å over-relatere seg til pasienter og pårørendes reaksjoner og symptomer. Det kunne være vanskelig med grensesetting, fordi en kunne føle seg emosjonelt knyttet til pasienter og pårørende som en hadde fulgt over en lengre periode, noe som kunne oppleves som en følelsmessig belastning for sykepleieren. Dersom det endte med at pasienter en hadde fulgt lenge døde, kunne sykepleierne få samme reaksjon som når en mistet en som var nær. Årsaken kunne være at en hadde begrenset med kunnskap og erfaring når det gjaldt skjerming for å ivareta seg selv når en var nyutdannet (Finley & Shephard, 2017, s. 63-64).

Arbeidsmengde og krav kunne forstyrre muligheten til å utføre helhetlig sykepleie, og føre til frustrasjon og sinne relatert til egen arbeidssituasjon. Når en kun fikk tid til å utføre det mest prekære, kunne det gå ut over muligheten til for eksempel å sette seg ned for å snakke med pasientene, og det kunne igjen føre til en følelse av utilstrekkelighet hos sykepleieren. Jobbrelatert stress og psykisk belastning kunne gjøre at en hadde mindre overskudd på fritiden, fordi en følte seg sliten og måtte bruke tiden til å hvile. Dette var faktorer som kunne føre til omsorgstretthet (Finley & Shephard, 2017, s. 63-64).

Det har også kommet frem at å jobbe som sykepleier innen kreftomsorgen opplevdes som meningsfullt, noe som kunne bidra til følelse av omsorgstilfredshet. Ulike mestringsstrategier ble tatt i bruk for å håndtere arbeidshverdagen. Å tilbringe tid med venner og familie, og være fysisk aktiv ble beskrevet som en positiv effekt og bidro til at man lettere

la fra seg jobben på fritiden. Kollegastøtte kunne også bidra til stressmestring. En kollega ville ha større mulighet til å forstå og sette seg inn i den enkeltes følelser og reaksjoner knyttet til ulike utfordringer en kunne oppleve på arbeidsplassen. Et sunt og støttende arbeidsmiljø med et velfungerende team som samarbeidet godt, viste seg å bidra til større grad av opplevd omsorgstilfredshet og trivsel på arbeidsplassen, og dermed minske risikoen for omsorgstretthet og utbrenthet (Finley & Shephard, 2017, s. 63-64; Wu et al., 2016, s. 165-167). Sansó et al. (2015) mente at det bør rettes fokus mot ivaretagelse av egenomsorg hos sykepleiere som jobber med mennesker som skal dø. De hevdet at det kunne bidra til at en bedre håndterte egne reaksjoner, som kunne føre til større grad av opplevd omsorgstilfredshet. De foreslo at tiltak for å fremme egenomsorg bør introduseres allerede under utdanningen, for om mulig å unngå flukt fra sykepleieryrket (s. 10-11).

Sykepleiere brukte uhensiktsmessige mestringsstrategier, som for eksempel høyt alkoholforbruk og lite søvn for å klare å stå i jobben. Dette, i kombinasjon med lite tid til å ta lunsjpauser på jobb, kunne gå ut over egen helse og være lite helsefremmende på sikt. Et tiltak for å beholde nyutdannede sykepleiere kunne være at det ble organisert planlagt oppfølging som rettet fokus mot faglig støtte, noe som kunne bidra til å øke den enkelte sykepleierens potensial (Finley & Shephard, 2017, s. 63-64). I tillegg kunne veiledning bidra til et godt arbeidsmiljø og styrke ens motstandsdyktighet slik at en klarte å stå i utfordringer. Dette kunne forebygge utbrenthet, og samtidig styrke kvaliteten i omsorgsutøvelsen (Almvik & Vråle, 2019, s. 1, s. 4).

Studier har vist at å jobbe som sykepleier innen kreftomsorgen utgjorde en risiko for å utvikle omsorgstretthet og utbrenthet, uansett hvor mange års erfaring en hadde. Forskjellen mellom sykepleiere med seks til ti års erfaring og de med elleve til tjue års erfaring, var at de med lengre erfaring hadde større sannsynlighet for å oppleve de positive gevinstene ved å ha et omsorgsykke. Blant annet kom det frem at jo mer erfaring en fikk, dess mer klarte en å akseptere døden og kompliserte sykdomsprosesser. Dette kunne føre til omsorgstilfredshet og mindre grad av omsorgstretthet, som igjen kunne styrke profesjonell livskvalitet og kvaliteten på omsorgen. Forslag til tiltak var at det burde gjennomføres målrettede intervensjoner som omhandler stresshåndtering for personalet. Det bør tilpasses ut fra arbeidserfaring, da sykepleiere med mindre erfaring kunne ha andre utfordringer og behov enn sykepleiere med lengre erfaring (Potter et al., 2010, s. 60; Wu et al., 2016, s. 165-167; Baqeaq et al., 2021, s. 9).

Det har kommet frem at turnusarbeid med jobb dag, kveld og natt kan ha negativ påvirkning på opplevelse av omsorgstilfredshet (Piotrkowska et al., 2019, s. 378). Når

kvinnelige og mannlige sykepleiere har blitt sammenlignet, har mannlige sykepleiere i gjennomsnitt rapportert større grad av omsorgstilfredshet, og mindre grad av omsorgstretthet og utbrenthet enn kvinnelige sykepleiere (Mooney et al., 2017, s. 162).

### **3.0 Metode og metodiske overveielser**

I dette kapittelet presenteres den metodiske tilnærmingen til studien. Valg av design, hvilket vitenskapelig ståsted studien har hatt, samt datainnsamlingsmetode, rekruttering og utvalg vil bli gjennomgått. Videre gjøres det rede for forberedelse og gjennomføring av intervju.

Deretter kommer en beskrivelse av hvilken analysemetode som ble anvendt og de ulike fasene som inngikk i denne. Avslutningsvis argumenteres det for studiens kvalitet i form av pålitelighet og troverdighet, samt egen forforståelse.

#### **3.1 Kvalitativ metode**

Når man skal belyse et tema er det viktig å bruke et forskningsdesign som bidrar til å innhente best mulig data (Brottveit, 2018, s. 63). Jeg ønsket å gå i dybden på temaet og finne ut hvordan sykepleiere innen kreftomsorgen opplever å jobbe med mennesker med kreft, og da falt det naturlig å bruke et kvalitativt forskningsdesign. I kvalitativ metode rettes søkelyset mot sosiale fenomener som enkeltmenneskets opplevelser og erfaringer, som kan bidra til at en får frem ulike nyanser, mangfold og subjektive erfaringer. Det kan føre til at en får svar på hvorfor mennesker gjør som de gjør, og målet er heller økt forståelse for, enn en forklaring på et fenomen (Brottveit, 2018, s. 64, s. 68; Malterud, 2017, s. 30-32).

Hensikten med kvalitativ forskning er å innhente detaljrik informasjon om konkrete fenomener, og derfor er utvalget som regel lite (Brottveit, 2018, s. 66). Thagaard (2018) trekker frem to sentrale sider ved kvalitativ forskning: systematikk og innlevelse. Systematikk omhandler hvilke fremgangsmåter en velger gjennom arbeidet med forskningen, slik som strategiske valg og vurderinger en gjør for å utvikle en helhetlig forståelse av det en forsker på. For at en skal utvikle en forståelse av sosiale fenomener, er innlevelse viktig. En må stille seg åpen og mottakelig for inntrykk (s. 14).

#### **3.2 Vitenskapelig ståsted**

I dagliglivet tenker vi ofte lite over hva som preger våre tanke- og handlemåter. Når vi arbeider med forskning er det viktig at vi er oppmerksomme på og redegjør for valgene våre. Hvorfor vi tenker og handler som vi gjør må begrunnes, og her kommer begrepet vitenskapssyn inn. Kunnskap som er utviklet gjennom forskningsmetode havner under begrepet vitenskap. I motsetning til allmennkunnskap, skal vitenskapelig kunnskap være etterprøvable, og oppfylle krav til begrunnelse og dokumentasjon. Hvilke spørsmål vi stiller og hvordan de utformes og avgrenses springer ut fra vårt vitenskapssyn (Brottveit, 2018, s. 17-

18). Prosjektets vitenskapsteoretiske grunnlag har vært fenomenologisk, da det er sykepleieres subjektive opplevelse med å arbeide med mennesker med kreft som har blitt studert (Thagaard, 2018, s. 36).

### **3.2.1 Fenomenologi**

En fenomenologisk tilnærming søker å forstå den dypere meningen i enkeltpersoners erfaringer, og omverdenen skal beskrives så presist og fullstendig som mulig slik den erfares. Forforståelsen en bringer med seg inn i studien kan ses i sammenheng med ens vitenskapsteoretiske forankring (Thagaard, 2018, s. 33, s. 36; Kvale & Brinkmann, 2017, s. 45). Med fenomenologi som vitenskapelig ståsted, skal oppmerksomheten rettes mot individets subjektive erfaring, og sette tidligere kunnskap i parentes, en fenomenologisk reduksjon. Dette for at vi skal forsøke å få frem en så fordomsfri beskrivelse av fenomenene som mulig. Det forutsetter at en som forsker er åpen for erfaringene til de som deltar i studien (Malterud, 2017, s. 28; Kvale & Brinkmann, 2017, s. 46; Thagaard, 2018, s. 36).

### **3.2.2 Forforståelse**

Malterud (2017) beskriver forforståelse som ryggsekken vi har på oss før vi starter forskningsprosjektet. Måten vi samler, leser og tolker våre data vil påvirkes av innholdet i ryggsekken, og dette er bagasje som på den ene siden kan gi næring og styrke til prosjektet, eller bli en tung bær dersom vi hadde gått inn i prosjektet med skylapper på. Det handler mye om at vi må se på det vi finner langs veien, istedenfor å rette fokuset kun mot det vi bærer med oss fra før, som erfaringer, hypoteser og teoretiske referanser (s. 44-45). For at egen forforståelse ikke skulle prege datainnsamlingen og analyseprosessen, valgte jeg å ikke lese meg opp på teori før jeg var ferdig med denne fasen. Dermed kom den ytre verdenen i bakgrunnen, og fokuset var rettet mot de beskrivelser og erfaringer sykepleierne beskrev, jf. den fenomenologiske tilnærmingen (Thagaard, 2018, s. 36).

En annen faktor som kan prege forforståelsen er om en har hatt tilknytning til eller erfaring fra det temaet som skal studeres. Jeg har ikke direkte tilknytning til miljøet, da jeg ikke har jobbet ved noen av de institusjonene som har blitt inkludert. Jeg hadde aldri møtt noen fra utvalget før vi gjennomførte intervju. På en annen side så er jeg utdannet sykepleier og har jobbet med mennesker med kreft. På bakgrunn av dette kunne noen av opplevelsene utvalget beskrev relateres til egne erfaringer. En begrensning kan være dersom det dukker opp nyanser som ikke samstemmer med egne erfaringer, så kan de overses (Thagaard, 2018, s.

190). Dette er noe jeg som forsker har forsøkt å være oppmerksom på gjennom hele prosessen.

### **3.3 Datainnsamling**

Det ble gjennomført intervju for innhenting av data til studien. Ved intervju får en direkte kontakt med personene som deltar i studien, og metoden bidrar til innsikt i menneskers opplevelser, synspunkt og selvforståelse (Thagaard, 2018, s. 12-13). Et mål ved det kvalitative forskningsintervjuet er å belyse betydningen av menneskers erfaringer, og å rette søkelys mot deres opplevelse av verden (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 20).

#### **3.3.1 Individuelle semistrukturerte intervju**

Det ble gjennomført semistrukturerte intervju med en-til-en, og jeg gjennomførte alle intervjuene selv. Som forsker står en langt friere når en har semistrukturerte intervju, blant annet fordi en får muligheten til å stille oppfølgingsspørsmål. Dette kan være fruktbart med tanke på at målet var å gå i dybden på temaet (Brottveit, 2018, s. 92).

#### **3.3.2 Utvalg og rekruttering**

I Kvale & Brinkmann (2017) står det at 15 (+/-10) intervjuer er som oftest tilstrekkelig når det gjelder vanlige intervjuundersøkelser, men dersom utvalget er for stort, kan det bli knapt med tid til å analysere intervjuene i etterkant (s. 148). Med tanke på oppgavens omfang og tematikken som skulle studeres, ble det gjennomført åtte intervjuer.

Kvalitative studier kjennetegnes ofte ved at en har et lite utvalg. Derfor var det hensiktsmessig at det ble foretatt en strategisk utvelging, der det ble rekruttert personer med kvalifikasjoner og egenskaper som var relevante i forhold til problemstillingen (Thagaard, 2018, s. 54). Jeg kontaktet ledere på aktuelle arbeidsplasser, da målet var å intervju sykepleiere som hadde ulike arbeidssituasjoner med mennesker med kreft. Jeg ønsket et utvalg med variasjon, og forsøkte derfor å rekruttere sykepleiere med ulik kompetanse og arbeidserfaring, ulik arbeidstid, spredning i alder og gjerne med begge kjønn representert. Jeg fikk positiv respons fra alle ledere som ble kontaktet, og jeg opplevde et stort engasjement fra deres side i rekrutteringsprosessen. Noen av sykepleierne jobbet med mennesker med kreft som var i tidlig fase rundt diagnostisering og fikk adjuvant behandling, mens andre jobbet med oppfølging av mennesker med pågående kreftbehandling, kreftoverlevende, pårørende og etterlatte, eller de jobbet på en lindrende avdeling. Arbeidsplassene varierte fra



kommunehelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste, i en stiftelse med lavterskeltilbud. To sykepleiere fra hver arbeidsplass var inkludert, av totalt fire ulike arbeidsplasser. Det var syv kvinner og en mann i utvalget. Alle var utdannet sykepleiere, og noen hadde videreutdanning i kreftsykepleie og palliativ sykepleie. Fire av sykepleierne hadde dagarbeid, mandag til fredag (med fleksitid), mens de resterende fire i utvalget jobbet enten to-delt eller tre-delt turnus, med arbeid hver tredje helg. To av informantene hadde tatt sykepleierutdanning i voksen alder. Arbeidserfaring og alder i utvalget presenteres i tabell 2 i kapittel fire. Flere av sykepleierne hadde personlige erfaringer når det gjaldt kreft, da blant annet i form av kreftsykdom og kreftrelaterte dødsfall i nær relasjon.

Før jeg startet rekrutteringen fryktet jeg at det skulle bli problemer med å få tak i nok informanter. Thagaard (2018) trekker frem at dersom studier omhandler personlige og nærgående temaer kan det være vanskelig å finne personer som ønsker å delta (s. 56). Dette viste seg å ikke bli et problem, tvert imot opplevde jeg en stor velvilje og et stort engasjement blant de ulike sykepleierne jeg snakket med som kunne være aktuelle informanter. Enkelte foreslo at de kunne stille opp på fritiden, da de hadde travle arbeidsdager, og ville sikre seg at vi fikk muligheten til å gjennomføre intervjuene uten forstyrrelser.

Antall informanter som bør inkluderes i utvalget bestemmes ut fra utvalgets informasjonsstyrke (Malterud, 2017, s. 63). Når jeg hadde gjennomført åtte intervjuer, opplevde jeg å ha et rikt datamateriale, med store individuelle forskjeller, samtidig som at det var mye informantene opplevde som var likt. Min erfaring med dette utvalget var at jeg fikk et bredt og godt inntrykk av feltet, så dermed så jeg ikke behovet for å gjennomføre flere intervju. Informantenes svar varierte, men jeg fikk stort sett utfyllende svar og opplevde at de var engasjerte i temaet.

### **3.4 Forberedelse og gjennomføring av intervju**

Under en intervjusituasjon er det en forutsetning at man som forsker utvikler et tillitsforhold til de en intervjuer, ved å skape en vennlig og behagelig atmosfære. En skal unngå å konfrontere informanter med det de har uttalt. De skal føle seg komfortable, og det merkes gjerne ved at de er aktive og viser initiativ (Thagaard, 2018, s. 93, s. 106).

#### **3.4.1 Intervjuguide**

I forberedelsesfasen ble det laget en intervjuguide, som hjelpemiddel for å strukturere og ivareta en god progresjon (vedlegg A) (Brottveit, 2018, s. 90). Spørsmålene som ble stilt

representerte sentrale tema ved studiens problemstilling, slik at de kunne bidra til konkrete og utfyllende svar (Thagaard, 2018, s. 95).

Da jeg er uerfaren som forsker, utførte jeg et pilotintervju med en sykepleierkollega. Dette var for å øve meg på intervju, samt å teste intervjuguiden. Det var fruktbart for min del, da jeg fikk konstruktive tilbakemeldinger på hvordan jeg gjennomførte intervjuet, noe som styrket min selvtillit og som jeg tok med meg til datainnsamlingen. Det ga meg også mulighet til å omformulere noen av spørsmålene i intervjuguiden, som kunne oppleves som vanskelig å forstå. I tillegg ble det gjort om på rekkefølgen på noen spørsmål. Jeg hadde på forhånd av intervjuene normert at de skulle vare i ca. en time, noe jeg fikk testet under pilotintervjuet.

### **3.4.2 Informasjonsskriv og søknad om godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata**

Det ble i forkant av rekrutteringsprosessen utarbeidet et informasjonsskriv (vedlegg B) som beskrev studiens formål, hvem som var ansvarlige for prosjektet, hvorfor sykepleierne ble spurt om å delta og hva det innebar. Videre var det presisert at deltakelse i studien var frivillig. Det ble informert om hvordan personvernopplysninger ville bli oppbevart og brukt, og at disse opplysningene ville bli aidentifisert og slettet eller anonymisert når oppgaven var godkjent. Informantene samtykket til deltakelse i studien ved å signere på samtykkeerklæringen.

Når forskningen behandler personopplysninger, er de meldepliktige, jf. personopplysningsloven fra 2001. Det innebærer at jeg måtte søke om tillatelse til å gjennomføre prosjektet hos Norsk senter for forskningsdata (NSD). Søknad ble godkjent i juni 2021, og dermed kunne jeg starte prosjektet (vedlegg D) (Thagaard, 2018, s. 18). Det ble registrert og rådført med personvernombudet ved Stavanger universitetssykehus.

### **3.4.3 Gjennomføring av intervju**

Intervjuene ble gjennomført fra september til november 2021. Det ble stilt oppfølgingsspørsmål der det var behov for å få større klarhet. Intervjuene ble tatt opp på bånd. Jeg tok notater underveis under det første intervjuet, men merket at både informanten og jeg ble distraheret av dette, så det falt dermed naturlig å ikke ta notater under de andre intervjuene.

Syv av intervjuene ble gjennomført på sykepleiernes arbeidssted. Alle intervjuene foregikk uten forstyrrelser eller pauser. Ett intervju ble utført digitalt gjennom Zoom fordi informanten hadde kontor i en annen by. I starten av hvert intervju gikk jeg gjennom samtykkeskjemaet med informantene, som de hadde fått tilsendt og signert på forhånd. Jeg

informerte om hvilke tema jeg kom til å gå gjennom, planlagt varighet på intervjuet, om min rolle som forsker, taushetsplikt og at ved behov for pauser måtte informantene gi beskjed. Jeg informerte også om at det var helt i orden dersom det var noe de ikke ønsket å svare på, og at de måtte gi beskjed dersom noen av spørsmålene var vanskelige å forstå. Til slutt spurte jeg om de hadde noen spørsmål før vi skulle starte. Det var ingen av informantene som ga beskjed om at det var spørsmål de ikke ville svare på.

Intervjuene varte fra 40 til 80 minutter. Noen av informantene kom inn på andre tema under enkelte spørsmål, som gjorde at jeg kunne sløyfe neste spørsmål, da de allerede hadde svart på dette. Flere av informantene ga tilbakemelding etter intervjuet om at de opplevde at det var en rød tråd gjennom intervjuet, og at de syntes spørsmålene var relevante i forhold til den aktuelle tematikken.

### **3.5 Lydopptak**

Det ble brukt en digital diktafon av merket Olympus VN-541 for å registrere det informantene sa. Dette bidro til at jeg som intervjuer kunne rette fokuset mot temaet og dynamikken i intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 205). Den ble også testet på forhånd av intervjuene og den hadde god lyd kvalitet.

### **3.6 Transkribering**

Transkribering innebærer omforming av rådata fra talespråk til skriftspråk. For å unngå at informantenes utsagn ikke ble gitt en annen betydning enn det vedkommende mente eller omformulering av svar, ble opptakene transkribert verbatim (Brottveit, 2018, s. 135). Kvale og Brinkmann (2017) påpeker at sosialt samspill, som stemmeleie og kroppsspråk vil gå tapt i transkripsjonen. Dette kan føre til både praktiske og prinsipielle problemer (s. 205). For å i størst mulig grad unngå dette, fulgte jeg Brottveits (2018) råd om at også pauser, latter, ufullstendige setninger etc. ble tatt med i transkripsjonen (s. 135).

Hvert lydopptak ble slettet fra båndopptaker med en gang det var lastet inn på datamaskinen, og transkribering ble gjennomført rett etter hvert intervju. I ettertid ser jeg fordelene med at jeg valgte å gjøre det på denne måten, da det tar en del tid å transkribere ett intervju, og det ville blitt tyngre og mer tidskrevende å skulle transkribere alle intervjuene på en gang. Ved å transkribere rett etter hvert intervju hadde jeg det fortsatt friskt i minne, og klarte å skille mellom de ulike intervjuene. Brottveit (2018) påpeker også at intervjumaterialet

bør renskrives så fort som mulig, slik at en ikke går glipp av viktig informasjon og inntrykk (s. 95).

### **3.7 Analyse**

En systematisk analyseprosess bidrar til at en holder en stødig kurs, samtidig som en kan oppdage nye spor og inntrykk underveis. Det er en målrettet reise, som foregår fra utarbeiding av problemstilling til fremstilling av resultater. Transkriberte data fra intervju ble lest på tvers (tverrgående analyse), da det var informasjon fra flere ulike informanter som skulle sammenfattes (Malterud, 2017, s. 91-94).

#### **3.7.1 Tematisk analyse**

Tematisk analyse (TA) av Braun og Clarke (2006) ble anvendt for å analysere datamaterialet. TA går ut på å identifisere, analysere og beskrive mønstre og tema som befinner seg i datamaterialet (Braun & Clarke, 2006, s. 79–81).

Braun og Clarke (2006) trekker frem at før vi kan starte analyseprosessen, er det ulike valg vi må ta. Første steg er å avgjøre hvor store de ulike temaene skal være, og hva som skal defineres som et tema. Studiens problemstilling skal være gjennomgående i temaene som dannes. Vi bør ikke ha for strenge kriterier når det gjelder gjentakelse eller hvor mange ganger enkelte elementer dukker opp i datasettet, men heller forsøke å opprettholde fleksibiliteten og rette fokuset mot å finne innhold som er relevant med tanke på å besvare forskningsspørsmålet (s. 81-82).

Det neste vi må tenke på er om vi vil sette søkelys på et spesifikt tema i datasettet, eller om vi ønsker en mer omfattende beskrivelse av hele datasettet. Sistnevnte metode kan føre til at vi ikke får muligheten til å gå i dybden av dataene, men det vil gi leseren et inntrykk av hva som er de viktigste og mest fremtredende temaene. Jeg valgte å gå dypere inn i ulike tema som strakk seg over hele eller mesteparten av datasettet (Braun & Clarke, 2006, s. 83).

I analyseprosessen har jeg anvendt en induktiv tilnærming, som vil si at datasettet har vært utgangspunktet for å utvikle begreper og analytiske perspektiver. Kodene som ble satt sammen trakk frem utvalgets subjektive erfaringer og meninger på aktuell tematikk. Jeg har analysert data på et semantisk nivå, som vil si at fokuset har vært rettet mot den eksplisitte betydningen i datasettet, istedenfor å tolke det informantene sa. Dette føyer seg inn i en fenomenologisk tankegang (Thagaard, 2018, s. 153, s. 172; Braun & Clarke, 2006, s. 84).

### 3.7.2 Analyseprosessen

Braun og Clarke (2006) har beskrevet seks faser i analyseprosessen, som jeg fulgte punktvis når jeg gjennomførte analysen.

I **fase en** handler det om å gjøre seg kjent med datamaterialet. Jeg transkriberte alle intervjuene selv, og ble da godt kjent med datamaterialet mitt. Jeg transkriberte alt ordrett, og det kan ha bidratt til at informasjonen ble presentert mest mulig slik informantene mente det, jf. Braun og Clarkes (2006) poeng at informasjonen presenteres «[...] in a way which is «true» to its original nature» (s. 88). Jeg leste gjennom datasettet grundig flere ganger, og tok notater og stikkord underveis, slik Braun og Clarke (2006) anbefaler. De trekker frem at analyse innebærer en prosess der vi kontinuerlig beveger oss frem og tilbake i datasettet, og at skriving og notater hører med gjennom hele prosessen. Ved å sette seg grundig inn i datasettet dannes grunnlaget for resten av analysen (s. 86-87). Etter å ha lest gjennom datasettet flere ganger, klippet jeg ut alt som syntes å være relevant med tanke på forskningsspørsmålene, og limte det inn i et eget Word-dokument.

I **fase to** starter koding av rådata ved å identifisere interessante aspekt, og organisere de inn i meningsfulle grupper (Braun & Clarke, 2006, s. 88). Jeg valgte å plote kodene inn manuelt ved hjelp av margen i Word, for deretter å sette disse inn i tabeller med utsagn fra intervju og tilsvarende koder, som var organisert under hvert av spørsmålene i intervjuguiden.

Sluttresultatet ble et Word-dokument på 53 sider. Jeg fulgte Braun og Clarks (2006) råd om å kode så mange tema og mønster som jeg kunne finne, for at jeg ikke skulle overse interessante funn som jeg eventuelt kunne bruke senere. De anbefaler og at en ikke fjerner for mye av omliggende data, da det kan føre til at koden og/eller utsagnet kommer ut av kontekst (s. 89).

I **fase tre** fant jeg overordnede potensielle tema som relevante koder kunne samles i. Det kan være nyttig å lage en visuell fremstilling, da det kan gjøre det enklere å sortere de ulike kodene inn i tema (Braun & Clarke, 2006, s. 89). Jeg startet først med å skrive inn foreløpige navn på tema i et Excel-dokument, for deretter å plassere relevante koder under disse temaene. For å skape en bedre oversikt, brukte jeg A3-ark og skrev ned potensielle tema med koder for hånd, med ulike fargekoder. Flere koder ble slått sammen, samt navn ble endret på noen av temaene. De temaene jeg til slutt stod igjen med var: «berikelser», «belastninger», «mestringsstrategier», «ivareta balanse – behov/ønsker», «arbeidsglede og mestring», «nyutdannet vs. erfaring» og «å stå i lidelse og bli påvirket». Det var i denne fasen jeg startet å reflektere over forholdet mellom kodene, tema og ulike grader av tema (for eksempel subtema) (Braun & Clarke, 2006, s. 89–90).

**Fase fire** gikk ut på at jeg gikk kritisk gjennom tema, for å se om det var noen tema som burde brytes ned i flere subtema, om sitatene jeg hadde inkludert passet til temaet og ellers om det kunne være grunnleggende problemer med et eller flere tema. Jeg gikk gjennom tema med koder for å se om det var et sammenhengende mønster. Deretter leste jeg gjennom hele datasettet et par ganger til, for å se om tema med koder gjenspeilte datasettet som en helhet (Braun & Clarke, 2006, s. 91). Jeg flyttet litt på enkelte koder, samt slo sammen noen tema. Dette resulterte i en liste som jeg syntes passet godt til å beskrive datasettet.

I **fase fem** forsøkte jeg å sette tema som ga en god beskrivelse av hva det omhandler. En må her også se om innholdet i temaene samsvarer med det overordnede innholdet fra datasettet. Hvert tema må vurderes enkeltvis, men også i relasjon til de andre temaene, om de er relevante og treffende i forhold til forskningsspørsmålene (Braun & Clarke, 2006, s. 92). Her delte jeg opp enkelte tema i subtema, og endte til slutt opp med fire hovedtema når det gjaldt opplevelser med å jobbe som sykepleier i kreftomsorgen.

Tabell 1: Presentasjon av tema med subtema

Tema	Subtema
Berikelser	Opplevelse av mening Arbeidsglede og mestring
Belastninger	Å stå i lidelse Arbeidshverdagen
Hvilken betydning har arbeidserfaring?	Nyutdannet Erfaring
Hva skal til for å bli i yrket?	Mestringsstrategier for å klare å stå i arbeidet Ønsker og behov for arbeidshverdagen

Den avsluttende delen av analysen er **fase seks**, som går ut på å fremstille funnene. Disse presenteres under kapittel fire, resultater.

### 3.8 Studiens kvalitet

Sentrale begrep for å vurdere forskningsprosjektets troverdighet er reliabilitet og validitet. Ved at vi redegjør for hvordan vi har utviklet data gjennom forskningsprosessen, styrkes studiens pålitelighet (reliabilitet). Jeg har forsøkt å gi en så konkret og spesifikk beskrivelse som mulig av fremgangsmåtene jeg har benyttet for å utvikle data, for å gjøre forskningsprosessen så gjennomiktig som mulig. Studiens validitet knyttes opp mot om metoden jeg har valgt undersøker det den er ment til å undersøke, samt hvordan jeg har tolket data og resultatene fra forskningen. Validitet omhandler med andre ord hele

forskningsprosessen (Thagaard, 2018, s. 181, s. 188-189; Kvale & Brinkmann, 2017, s. 276-277).

### **3.8.1 Validitet og reliabilitet**

Brottveit (2018) sier at i vurderingen av undersøkelsens relevans og overføringsverdi vil det være viktig å ha jevn fordeling av informanter, og nevner blant annet kjønn, alder, arbeidstype og arbeidssted (s. 88). Jeg hadde et spredt utvalg, både når det gjaldt alder, arbeidserfaring og arbeidssted. Det hadde vært ønskelig med enda større spredning på kjønn i utvalget, men det opplevdes noe vanskelig. Det kan ha sammenheng med at rundt 90% av sykepleierne i Norge er kvinner (Karlsmoen, 2022).

Jeg var opptatt av å forsøke så godt jeg kunne å møte informantene med «et åpent sinn», og i størst mulig grad unngå at min forforståelse skulle påvirke intervjusituasjonen (Thagaard, 2018, s. 108). Jeg opplevde at jeg utviklet meg en del fra første intervju frem til det siste intervjuet. Jeg ble etter det første intervjuet mer bevisst hvordan jeg skulle ordlegge meg på oppfølgingsspørsmålene, slik at det ikke ble oppfattet som ledende, men heller som åpne spørsmål.

Malterud (2017) trekker frem at misforståelser kan oppstå under intervju, blant annet dersom man snakker forbi hverandre. For å minimere sjansen for at dette skal skje, kan man stille informantene spørsmål underveis for å få bekreftet at man har forstått dem slik de mente. Jeg gjorde dette av og til i intervjuene, men kunne nok med fordel gjort det enda mer, for å minske muligheten for misforståelser (s. 193). Som nevnt tidligere, gjennomførte jeg et pilotintervju for å teste intervjuguiden. På denne måten fikk jeg tilbakemelding på hvilke spørsmål som kunne misforstås, og som jeg måtte endre på. En av informantene hadde annet morsmål, men hadde lært seg norsk for to år siden. Vedkommende gjorde seg godt forstått, men likevel skal det tas i betraktning at dette kan ha ført til misforståelser mellom informant og meg, noe som kan ha påvirket studiens validitet. Alle intervjuene ble gjennomført med relativt lik struktur, da jeg stilte de samme spørsmålene til alle informantene, i stort sett lik rekkefølge.

For å få presisert eventuelle uklarheter, kan man sende utskriften av intervjuene til informantene i etterkant, en deltakersjekk. Det vil ikke nødvendigvis være behov for dette, med mindre det er særlige argumenter som taler for at en bør gjøre det (Malterud, 2017, s. 193-194). Jeg gjorde det med transkripsjonen fra ett av intervjuene, da det ble gjennomført digitalt, og informanten hadde dårlig mikrofon og noe bakgrunnsstøy fra ventilasjonsanlegg, som førte til periodevis nedsatt lyd kvalitet på opptaket. For å kvalitetssikre materialet fikk

informanten lest over transkripsjonen og eventuelt se om det var noen misforståelser. Vedkommende tilføyde noen få ord og setninger som jeg ikke hadde fanget opp fra lydopptaket.

For å sikre studiens reliabilitet har jeg trinnvis presentert de seks fasene jeg gikk gjennom i analyseprosessen. Ved å presentere analyseprosessen steg for steg, kan leserens behov for å følge veien fra data, via tolkninger, til resultater tilfredsstilles. Dette kan bidra til anerkjennelse for mine valg og systematikk underveis i prosessen, samt forståelse for de tolkninger og konklusjoner jeg har gjort (Malterud, 2017, s. 91-94). Før jeg startet med analysen var jeg forberedt på at det kom til å være tidskrevende, og jeg hadde dermed satt av god tid til dette. Jeg ønsket å gjennomføre den på en måte som gjorde at jeg fikk inkludert alt som kunne være interessant og relevant med tanke på studiens tematikk. En utfordring med tematisk analyse kan være at de opprinnelige dataene blir løsrevet fra den sammenhengen de blir presentert i (Thagaard, 2018, s. 179). For å sikre at sitat med tilhørende koder og tema gjenspeilte datasettet som en helhet og ikke var tatt ut av kontekst, rådførte jeg meg med veileder, samt en kollega med forskningsbakgrunn gjennom analyseprosessen.

### **3.9 Forskningsetiske vurderinger**

Som forskere skal vi forholde oss til etiske prinsipper gjennom hele prosessen. I forkant av intervjuer ble det innhentet informert samtykke fra sykepleiere som ønsket å delta i studien. Informasjonsskriv ble sendt til deres leder, som deretter sendte det videre til aktuelle informanter. I informasjonsskrivet var prosjektets formål, hvordan informasjonen skulle bli brukt, hvem som har tilgang til den, og følgene av å delta i studien beskrevet. I samtykkeskjemaet var det presisert at informantene kunne når som helst trekke seg fra prosjektet (Thagaard, 2018, s. 22-23). Ingen av informantene valgte å trekke seg.

Forskningsprosjektet hadde intervju som metode for datainnsamling, og det medførte at jeg fikk tilgang til personopplysninger. Disse opplysningene ble beskyttet, slik at informantenes autonomi og integritet ble ivaretatt. Kravet om konfidensialitet er også et viktig grunnprinsipp for en etisk forsvarlig forskningspraksis. Personopplysninger skal behandles konfidensielt og fortrolig, derfor ble intervjudataene aidentifisert. Dette ble gjort ved å anvende pseudonymer når intervjuene ble transkribert. Dataene vil bli anonymisert eller slettet ved prosjektperiodens slutt (Thagaard, 2018, s. 24).



## 4.0 Resultater

Fremstilling av resultater er analyseprosessens siste ledd, og skal sammenfatte og formidle det jeg har funnet basert på datainnsamlingen (Malterud, 2017, s. 117-120). I dette kapittelet vil jeg presentere funnene jeg har kommet frem til etter å ha gjennomgått og analysert datamaterialet ved hjelp av tematisk analyse, som presentert i kapittel tre.

### 4.1 Utvalgsbeskrivelse

Funnene jeg har er basert på beskrivelser fra åtte sykepleiere som jobber innen ulike kontekster i kreftomsorgen. Jeg kommer til å presentere utsagn fra intervjuene for å få frem deres tanker og erfaringer på aktuelle tematikk.

Tabell 2: Beskrivelse av utvalg

Alder	Arbeidserfaring	Arbeidstider	Kontekst
23 år	1,5 år	Tredelt turnus	Spesialisthelsetjeneste
30 år	7 år	Dagarbeid	Kommunehelsetjeneste
40 år	20 år	Dagarbeid	Kommunehelsetjeneste
48 år	22 år	Dagarbeid	Stiftelse
50 år	25 år	Todelt turnus	Kommunehelsetjeneste
54 år	2 år	Tredelt turnus	Spesialisthelsetjeneste
56 år	31 år	Dagarbeid	Stiftelse
61 år	17 år	Todelt turnus	Kommunehelsetjeneste

Det var spredning i alder og arbeidserfaring blant informantene, men jevnt fordelt når det gjaldt hvilken kontekst i kreftomsorgen de jobbet innen. Med arbeidserfaring her menes det arbeidserfaring som sykepleier.

### 4.2 Berikelser med å jobbe som sykepleier innen kreftomsorgen

*«Jeg kjente at det er jo her jeg får gjort sykepleie. Dette er sykepleie for meg, det helhetlige perspektivet, på fysisk, psykisk, sosiale, eksistensielle og åndelige behov. Jeg liker det nære, helheten».*

Innledningsvis i intervjuet stilte jeg spørsmål om hvorfor informantene valgte å jobbe som sykepleiere i kreftomsorg. Samtlige trakk frem at kreftomsorgen har fokus på å se og ivareta hele mennesket som lever med sykdommen. Helhetlig sykepleie ga mulighet for relasjonsbygging med pasienter og pårørende. De kunne møte samme pasient igjen ved neste innleggelse, og opplevde trygghet i møtet med pasienten. Det opplevdes også meningsfullt og givende når pasientene uttrykte takknemlighet over å møte et kjent ansikt. Dette ble beskrevet som verdifullt for begge parter, og kunne bidra til å skape en god relasjon mellom pasient og sykepleier. De var opptatte av at pasientenes grunnleggende behov skulle møtes og ivaretas. Å

kunne utføre helhetlig sykepleie førte til en opplevelse av mening i arbeidet og styrket arbeidsglede og mestring i hverdagen.

#### 4.2.1 Opplevelse av mening

Å jobbe som sykepleier innen kreftomsorgen ble beskrevet som givende. Møtet med det andre mennesket var hos mange det som veide tyngst for valg av yrke, og informantene uttrykte at de følte seg privilegerte og ydmyke som fikk et innblikk i andre menneskers liv.

*«Det er et givende yrke, rett og slett. Å jobbe med mennesker».*

Som sykepleier i kreftomsorg var det varierte arbeidsdager, ingen pasienter man møtte var like, og hver dag var forskjellige. Samtidig som at sykepleieryrket ble beskrevet som givende, kom det også frem at det var tappende. Dette var to beskrivelser som flere av informantene satte opp mot hverandre. Likevel konkluderte de med at disse to faktorene utfylte hverandre, og at de kunne tåle å stå i travle perioder med krevende problemstillinger, så lenge det ikke var kontinuerlig. På oppfølgingsspørsmål om hva det var som kunne være en medvirkende årsak til at de opplevde det å jobbe innen kreftomsorgen som givende, kom det frem at de følte at jobben de gjorde hadde en betydning, og at de gjennom omsorgsutøvelsen fikk mulighet til å bidra til å utgjøre en forskjell, både for pasienter, pårørende og etterlatte.

*«Jeg ser at jeg har betydning for enkeltmennesket».*

Flere trakk frem at selv om det i noen tilfeller kun var lindrende behandling som kunne tilbys på grunn av uhelbredelig kreftsykdom, var det viktig for sykepleierne å kunne være med å bidra slik at disse menneskene fikk best mulig livskvalitet ut fra de forutsetningene de hadde.

*«Det er her jeg føler jeg får brukt meg. Jeg liker å kunne gjøre en forskjell, for mennesker som på en måte ikke kan bli friske, mens der målet er best mulig livskvalitet».*

Dette bidro til en opplevelse av yrkesstolthet, og en bevisstgjøring overfor dem selv om hvorfor de i utgangspunktet valgte å bli sykepleier, fordi de hadde et ønske om å kunne bidra i samfunnet og hjelpe andre. En uttalte at å jobbe som sykepleier i kreftomsorgen var drømmejobben. En annen beskrev det på denne måten:

*«Det er jo de jeg føler jeg gjør en forskjell for da [...]. Enten ved at du ser at du gjør en forskjell eller at de viser at de setter pris på det. Da får jeg sånn, det er derfor jeg jobber som sykepleier, stemmer det».*

I forhold til at sykepleieryrket ble beskrevet som en kombinasjon av givende og tappende, kom det frem at det kan være tidvis krevende, og at det har vært ganger der de har tenkt på å slutte i yrket:

*«Jeg har mange ganger tenkt at jeg vil heller sitte i kassa på Rema, for dette orker jeg ikke. Men så er det jo det at på en måte man får jo noe helt annet igjen av å jobbe med mennesker, og spesielt, føler jo jeg da, med mennesker i denne situasjonen som er så syke».*

#### **4.2.2 Arbeidsglede og mestring**

Når det gjaldt hva som ga mestringsfølelse og arbeidsglede i hverdagen, kom det flere ganger frem at sykepleierne likte å ha noe å gjøre hele tiden, bare det ikke ble for mye på en gang. En informant beskrev arbeidsglede på denne måten:

*«At man har hodet over vann, at du får.. konsentrere deg om at det, det og det må jeg huske. At du får gjort alt det du skal. At du har kontroll, og at det er litt småting hele veien, men det går greit bare det ikke blir store ting som gjør at alt går i surr [...]. Da hadde jeg kost meg på jobb».*

Tid, rom, og å ha kontroll var nøkkelord som gikk igjen hos sykepleierne ved spørsmål om arbeidshverdagen. Å ha nok tid til alle praktiske oppgaver, men også rom til å kunne sette seg ned og gå inn i de vanskelige samtale med pasientene. Mennesker som gjennomgår kreftbehandling, og deres pårørende, har behov for å snakke og få utløp for sine følelser, i tillegg til at de kan ha en del spørsmål rundt egen sykdom og behandling. Flere trakk frem samtalen som verdifullt, da det var en viktig del av helhetsvurderingen av pasientens tilstand. Her kom det frem at de ofte strakk seg langt for å ivareta disse behovene, i tillegg til at de ønsket å imøtekomme og tilfredsstille krav og forventninger fra øvre hold om effektivitet. En sykepleier beskrev at dette gjorde at vedkommende opplevde følelse av mestring i arbeidshverdagen:

*«Når du kjenner at du får gjort det som forventes av deg, pluss kanskje litt til. Har tid til pasient, litt ekstra tid til å sette seg ned. Være der. Eventuelt møte pårørende, ha tid, kjenne at du har kontroll. Ja. Tid og rom».*

En annen trakk frem at hvis man investerte i pasientene, og hvis pasienten hadde det bra, gikk hun hjem og følte seg glad. Avsluttes vakta med at pasienten var på vei «ned» og hadde det vanskelig, gikk man ikke hjem fra jobb med en like god følelse, og brukte fritiden på å tenke på hvordan det gikk med denne pasienten. Det å klare og møte pasientens ønsker og behov gjorde godt, og når de så at det de gjorde bidro til at pasienten fikk det bedre, ga det mestringsfølelse. Flere beskrev seg selv som personer med pågangsmot, og at hovedfokuset hele tiden var rettet mot å kjempe pasientens sak. De uttrykte at de så heller muligheter fremfor begrensninger, og når det var noe de ønsket å få til så fortsatte de, uten å gi seg, helt

til det ga resultater. Samtidig kom det frem at følelsen av å ha en «heiagjeng i ryggen» var viktig. Her kom ledelsens rolle inn i bildet, og utvalget uttrykte et stort behov for støtte og tilrettelegging for kompetanseheving.

Sykepleieryrket og arbeidshverdagen ble beskrevet som meningsfullt, og det var den største drivkraften for å fortsette å strekke seg langt. Arbeidsglede og opplevelse av mestring hang sammen med kompetanse, erfaring og dybdeforståelse. Når en fikk dypere forståelse for helheten, og forstod for eksempel sykdomsforløp eller sammenhenger mellom blodprøvesvar og pasientens tilstand, og kunne bruke denne kompetansen i møte med pasienter og pårørende, ga det styrket mestringsfølelse i arbeidshverdagen. En sykepleier beskrev at pasientene har behov for kompetansen hennes, og at det var tilfredsstillende som sykepleier å få brukt denne kompetansen.

Det å ha et godt arbeidsmiljø og gode kolleger som man kunne snakke og rådføre seg med, samt å stå sammen med i krevende situasjoner, ble trukket frem som en faktor som kunne bidra til at flere valgte å fortsette i yrket.

*«Det er mange forskjellige mennesker som jobber i helse, og hvis du ikke har et godt team rundt deg som bygger deg opp, så skjønner jeg godt at du slutter. Du må ha gode kolleger og et godt arbeidsmiljø for å kunne trives i jobben, så det tror jeg er veldig viktig».*

Det var viktig at den enkelte ble sett og ivaretatt av sine kolleger. En informant uttalte at man er aldri sterkere enn det svakeste leddet, og viste til at derfor måtte man som team spille hverandre gode. Samholdet i teamet kunne bidra til opplevelse av støtte og trygghet i arbeidshverdagen. De var opptatte av å vise omsorg for hverandre, noe som var viktig og avgjørende for å klare å stå i tøffe og utfordrende situasjoner. Å drøfte og reflektere med kolleger og i tverrfaglige team kunne føre til økt trygghet og motivasjon for den enkelte sykepleier. Sykepleie opplevdes som et fellesskap, der man jobbet sammen for å komme i mål.

*«Når jeg ser at kollegaer får til ting og at vi tør å utfordre oss selv og hverandre på ting som vi kanskje ikke har gjort så mye, og at vi pusher hverandre litt, og hvis man får det til, så gir jo det en mestringsfølelse. Jeg tenker at jeg er veldig opptatt av teamet som en helhet, at vi skal være gode alle sammen».*

Tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende, men også kolleger og ledere var viktig. Det å få en bekreftelse på at det de gjorde var bra og at de utgjorde en forskjell gjorde at de følte seg anerkjent. Det førte til at de følte at jobben de gjorde var både riktig og viktig.

### 4.3 Belastninger med å jobbe som sykepleier innen kreftomsorgen

Sykepleiere som jobbet i ulike kontekster i kreftomsorgen kunne oppleve både fysiske og psykiske belastninger. Behovene pasientene hadde samsvarte ikke med ressursene sykepleierne hadde til rådighet. Dette førte til en arbeidshverdag som var preget av prioriteringer for å oppfylle kravet til effektivitet.

#### 4.3.1 Å stå i lidelse

*«Kanskje det som er mest utfordrende er det å ta inn så mye trist, så mye sorg, så mye.. ja, det den enkelte står i. Vi er både ydmyke for det, men og så er det, klart det gjør jo noe med oss og, som skal lytte på dette. Vi blir jo påvirket av det vi hører, selv om vi er helsepersonell».*

Flere kommenterte at de ble påvirket, eller at det var tøft å jobbe med mennesker som lider og som dør. Sitatet ovenfor viser tydelig dette, da informanten trakk frem at selv om en var helsepersonell, ble en påvirket av det en opplevde.

*«Det var ofte jeg gikk hjem og kjente at jeg ikke hadde fått gjort en god nok jobb og at det skulle jeg gjort og det skulle jeg gjort. Og det kan jeg jo selvfølgelig kjenne på her og, for vi er jo mennesker og følger opp mennesker».*

Dersom en var sliten selv og hadde en del belastninger selv i livet, så kunne det å stå i lidelse og å ta imot så mye oppleves som tøft. En sykepleier beskrev at når hun var sliten, glemte hun å sette grenser, og ble da ukritisk, som gjorde at hun tok inn for mye, og satte andres behov foran sine egne. Dette resulterte i at hun forstrakk seg, noe som ble belastende. Dagsform og totalbelastning i eget liv påvirket hvordan de klarte å stå i lidelse. Enkelte situasjoner kunne være utrolig krevende, men likevel klarte de å stå støtt og håndtere det. Mens andre situasjoner, som kanskje var mindre krevende, kunne føre til at sykepleieren reagerte med å ta til tårene. Dette viste hvordan dagsform gjorde at en kunne reagere forskjellig. Det kom frem at det var viktig etter slike situasjoner at en fikk reflektert rundt situasjonen: hva skjedde, hvorfor reagerte en slik akkurat denne dagen? Åpenhet ble trukket frem som en viktig faktor. En sykepleier sa at hun hadde ingen problemer med å felle en tåre, samtidig som hun klarte å ha kontroll og være profesjonell.

*«Palliasjonen har den helhetlige tankegangen. Så når du jobber på en ren palliativ avdeling så er det fokus på det, å ta opp vanskelige ting, å reflektere og støtte hverandre. Og jeg vet at det ikke er sånn overalt, når du står alene i situasjoner. Men*

*jeg tenker at det er essensen i å klare å stå i dette arbeidet, at det er rom for å ta opp vanskelige ting».*

En annen uttalte:

*«Vi ser at vi blir jo påvirket av det. Det er ingen som er unike der [...]. Det påvirker meg nok mer enn jeg er klar over, av og til. Jeg sier at jeg blir «bitch» av og til når jeg er hjemme. Jeg klarer å være til stede på jobb, også kan det kanskje gå ut over noen hjemme da, hvis det har vært en tøff dag».*

Når en skulle være profesjonell hele dagen på jobb, kunne det føre til at en ikke rakk å bearbeide følelser før en kom hjem. Dette kunne føre til at en lot det gå ut over egne nære relasjoner. En annen som hadde jobbet hele sin yrkesaktive karriere innen kreftomsorgen sa:

*«Av og til treffer de jo såre punkter hos oss, med ting man kan relatere til private situasjoner eller ting man har opplevd selv, og da treffer det jo litt mer, ofte, eller litt hardere. [...] Men det kan gjøre meg oppmerksom på min egen sorg eller andre ting, da. Jeg tenker av og til så kan det være fint, at vi blir oppmerksomme på at vi faktisk er vanlige mennesker. Vi skal være profesjonelle på jobb, men det er ikke alltid vi er like profesjonelle. Det kommer en tåre av og til».*

Flere i utvalget hadde opplevd at nære pårørende gikk gjennom kreftbehandling og døde av kreftsykdom. En sykepleier beskrev en periode av arbeidskarrieren der hun hadde en nær pårørende som døde av kreft. Dette, kombinert med at hun møtte mennesker med kreft hver dag på jobb, gjorde at hun følte at hun hadde «kreft på maten» (hennes beskrivelse). For å ivareta seg selv tok hun en pause fra jobben med kreftsyke, og hun sa at hun egentlig ikke hadde tenkt seg tilbake til kreftomsorgen. Men så var det likevel noe som gjorde at hun ville tilbake, da det var der hun følte tilhørighet. Hun fikk brukt seg selv og sine personlige erfaringer, i tillegg til sin kompetanse, noe som resulterte i at pasientene ga tilbakemeldinger på at det var lettere å prate med henne, da hun forsto dem. Hun hadde selv erfart hva det ville si å vente på CT-svar og å ha «ventesorg», og fikk brukt egne, vonde erfaringer til noe meningsfullt.

Når man jobbet innen kreftomsorgen og så mennesker som lidde, ble en preget av det en så hver dag, slik denne sykepleieren som snart skal pensjonere seg uttrykte:

*«Vi blir så farget av livet og døden her, at jeg er så redd for at jeg ikke skal få lov til å få 20 friske år, at jeg må skynde meg og må bli ferdig på jobb».*

Å jobbe som sykepleier innen kreftomsorgen var en livsinngripende jobb, som kunne påvirke tankene om fremtiden. Særlig tanker om egen dødelighet var det flere av informantene som kom inn på. En informant sa at dersom en skulle stå i så mye lidelse som en gjorde når en

møtte mennesker med kreft, måtte en ha et avklart forhold til døden og egen dødelighet for å klare det. Slik beskrev hun empatien og medfølelsen:

*«Hvis man jobber et helt liv med mennesker og ikke reagerer, så har man kanskje ikke noe der å gjøre. Det er jo empatien, medfølelsen og nysgjerrigheten som kommer frem. Det å være interessert i deres livshistorie, tror jeg. Det er viktig når man er nyutdannet sykepleier, og skal finne sin plass, at man snakker om at det er greit å reagere».*

Å ha pasienter som kom tilbake til avdelingen og som man kjente fra før, kunne oppleves positivt for både pasient og sykepleier, som nevnt tidligere i kapittelet. Men det kunne også oppleves vanskelig, da en knyttet sterkere bånd. Pasientene kunne fallere i tilstand for hver gang de ble innlagt, noe som kunne påvirke sykepleieren på et emosjonelt plan:

*«Vi har jo pasienter som er inn og ut ganske mye, gjerne en gang i måneden, i et halvt år, og de ligger her i en uke når de er her. Så da får du jo en relasjon til de, og du merker at det tærer ekstra på egentlig, når du kjenner de så godt».*

#### **4.3.2 Arbeidshverdagen**

Kravet til effektivitet var noe som fulgte sykepleierne hver eneste dag. De kjente på at de måtte gjøre seg ferdige før de kunne gå hjem for dagen. Dagene kunne være uforutsigbare, og de ønsket ikke å overlevere for mye til neste vakt, da de visste at neste skift hadde minst like mange oppgaver som det de selv hadde hatt. De opplevde et gap mellom pasienter og pårørendes behov, og de ressursene sykepleierne hadde til rådighet. En informant fortalte at hun elsket jobben sin på avdelingen, men at hun ikke klarte det ubehaget som fulgte med når hun ikke følte at hun strakk til, og at derfor måtte hun slutte i jobben på sykehuset. Hun uttalte følgende:

*«Du går på kompromiss med egne verdier hele veien, og til slutt så blir det en ubalanse i verdigrunnlaget ditt som gjør at du ikke kan leve med det lengre, det var i hvert fall det for min del. Og da slutter man. Og det var og en sorg, for egentlig så elsket jeg arbeidsplassen min og kollegene mine og alt».*

Her viste hun at det var ikke arbeidsmiljøet som gjorde at hun valgte å gå, men det var heller arbeidsforholdene. Ressursknapphet gikk på bekostning av hennes egne verdier, og ga en følelse av å ikke strekke til. Kravet til effektivitet var tydelig, og pasientenes behov ble satt først. Sykepleierne rakk ikke alltid å spise lunsj eller gå på toalettet. En sykepleier uttalte at en «drømmedag» for henne på jobb, var en dag der hun hadde tid til å sette seg ned å spise lunsj.

*«En går jo med en følelse av at i dag har jeg ikke på en måte fått gjort det jeg burde gjøre, eller ja, eller av og til, eller regelmessig har en jo en følelse av at en ikke strekker til her heller».*

Det kom også frem at flere synes det er for lite tilrettelegging for den enkelte, og at dersom det ble forsøkt tilrettelagt, druknet dette gjerne i den hektiske hverdagen:

*«Du har det spinntravelt, så springer du og springer du, så går du ikke på do den dagen. Sånn er det med vond rygg og, du har så dårlig tid, at du tar ikke opp sengen for å løfte den pasienten, også «ryker» ryggen, eller den ryker ikke, men det går utover helsa, på en måte».*

De merket at bemanningen var lav, og de uttrykte ønske om at det burde vært en større grunnbemanning. De sa at dette gikk nok på at det skulle spares på ressursene, og en sykepleier uttalte følgende:

*«Det vi merker er jo at nå har vi på en måte hengende over oss en sånn konstant innsparingsfølelse, her og [...]. Nå blir vi også rammet av den følelsen av at kommunen skal spare. Og det går jo og på effektivitet [...]]»*

En hektisk arbeidsdag førte til at de ikke fikk tid avsatt til kompetanseheving, noe som kom frem som sterkt etterlengtet og nødvendig. Arbeidshverdagen bestod av utfordrende og kompliserte oppgaver. Når det ikke ble satt av tid til kompetanseheving følte de på en fortvilelse.

*«Tungt å må kjempe for å få lov og tid til å holde seg faglig oppdatert».*

En av sykepleierne som tok utdanning i voksenalder, hadde tidligere jobbet innen privat sektor i en annen virksomhet og beskrev at kontrastene fra privat sektor til offentlig helsevesen var store. I privat sektor ble en sjekket og kontrollert hele veien om en gjorde ting riktig.

*«Her blir du sykepleier, så er du sykepleier. [...]. Du må styre selv, lese deg opp. Å være sykepleier.. liksom bli godkjent som sykepleier, det er som å ha førerkort».*

#### **4.4 Hvilken betydning har erfaring som sykepleier?**

Aldersspennet i utvalget var spredt. Selv om noen hadde like lang erfaring som sykepleiere, ble det tydelig at høyere alder og mer livserfaring påvirket hvordan de bearbeidet og håndterte vanskelige opplevelser.



#### 4.4.1 Nyutdannet

Flere trakk frem at de var lite forberedt på arbeidshverdagen som sykepleier under utdanningen. Overgangen fra å være student en dag til å være sykepleier neste dag, opplevdes som tøff. Det kom frem at som student var det mye begrensninger på hva en fikk lov til å gjøre, mens når en så ble sykepleier skulle en nesten gjøre alt alene. Som sykepleier hadde man et stort ansvar gjennom hele arbeidsdagen. En sykepleier uttrykte at når hun var ferdigutdannet som sykepleier, var hun ikke forberedt på hvor mye ansvaret «kjentes på kroppen». Andre påpekte at dette ansvaret ble for stor påkjenning, særlig over tid.

*«Den der dårlige samvittigheten var jeg ikke helt forberedt på. At jeg skulle kjenne på at jeg ikke hadde gjort en god nok jobb, nå glemte jeg det, pasienten fikk ikke stelt seg og disse tingene [...]. Når jeg gikk sykepleien var jeg nok ikke forberedt på at jeg skulle være så effektiv, også er det så utrolig mange tilleggsoppgaver, du står på kjøkkenet og lager mat, tok oppvasken når jeg egentlig skulle vært hos pasienten. Og da møtes ikke forventningene, når du ser alle tilleggsoppgavene som gjør at du ikke kan prioritere faget ditt, og som gjør da at du går hjem med dårlig samvittighet. Og jeg tror det er disse tilleggstingene som er med på å bikke lasset for mange da».*

Når man var ny var det vanskeligere å legge fra seg jobben når man kom hjem. De beskrev redsel for å glemme noe, og en følelse av å sitte alene med ansvaret. De følte at det var ingen som passet på dem, som kanskje er motsetningen til når en var student og hadde en veileder å rådføre seg med. Travelhet var blant annet en faktor som bidro til at flere tok med seg jobben hjem i det private. Når en var nyutdannet var en ekstra utsatt for belastning, og særlig dersom en var ung og hadde lite livserfaring. Dette kunne gjøre en mindre rustet til å stå i lidelse. Når en hadde mer erfaring stod en i situasjoner på en annen måte enn når var nyutdannet. En beskrev dette slik:

*«[...] I forhold til når jeg var nyutdannet, så opplever jeg kanskje at nyutdannede sykepleiere i dag får mye mindre tid til å finne sin plass, da. Det er veldig sånn krav umiddelbart. Fra å en dag være student, til neste dag å være ferdig sykepleier, så skal du på en måte mestre alt. Jeg husker jeg fikk sånn: du kan vente med å gå til han fordi han har heis. Det er jo nesten komisk å tenke på nå, men det var kanskje den tryggheten jeg trengte. At jeg kunne vente med å gå til han, siden jeg var nyutdannet. Mens det tror jeg ikke hadde skjedd nå».*

Det burde vært rettet større fokus på refleksjon og egenomsorg under utdanningen, for å unngå at nyutdannede sykepleiere velger seg vekk fra yrket. En sykepleier uttalte at det var gjerne de nyutdannede man ville beholde, da de kunne ha forutsetning til å stå lenge i jobben

og sikre kontinuitet. Å møte andre i samme situasjon ble trukket frem som en forutsetning hos noen for å klare å stå i jobben:

*«[...] Hadde det ikke vært for at du fikk utløp for dine tanker; at du fikk diskutert og reflektert rundt tingene du gjør, og at andre tenker akkurat det samme, så hadde man ikke orket å stå i jobben. [...]. At du skjønner at andre har det helt likt og kan relatere, det hjalp i alle fall meg når jeg var ny, at jeg kunne snakke med de andre nyutdannede [...]. At du kan snakke med kollega, og får den støtten du trenger. Og at arbeidet ditt blir sett. Hvis du går der usynliggjort og ikke får snakket med noen, så skjønner jeg at det blir en for tøff jobb å stå i».*

#### **4.4.2 Erfaring**

*«Motstandsdyktighet vokser på deg, du finner metoder, du stenger igjen, og åpner opp. Og det tror jeg er en sånn egenlært kompetanse».*

De med lengre erfaring og kompetanse beskrev det å klare å legge fra seg jobben når de gikk hjem som en erfaringsbasert prosess. Etter hvert som de fikk mer erfaring, tok de jobben i mindre grad med hjem. De hadde ulike teknikker for å legge fra seg jobben. Noen skilte bevisst mellom jobb og fritid ved å trene på vei hjem, andre brukte bilturen hjem til å gå gjennom og bearbeide inntrykkene fra dagen. Nøkkelen så ut til å være å skape et pusterom der de kunne ventilere og fordøye opplevelsene før de skulle tre inn i det private. Likevel kom det frem at enkelte ganger var det krevende å legge fra seg jobben. Det kunne være dersom det var spesielle saker eller utfordringer en stod i på jobb.

*«Det har vært en prosess for meg (å legge fra meg jobben). Nå har jeg vært her i så mange år. Nå er det sjeldent at jeg tar med meg noe hjem, da er det noe helst spesielt, noen situasjoner går dypere inn under huden enn andre»*

En annen måte som kunne bidra til at en lettere la fra seg jobben når en kom hjem, var at en lærte seg å tenke at «godt nok er godt nok», og aksepterte at en ikke kunne ha alle svar:

*«Og det øyeblikket jeg skjønnte at jeg ikke er løsningen, det var veldig befriende».*

Det handlet om å finne en balansegang. Dersom en visste at en hadde gjort sitt beste, og følte seg trygg i sin kompetanse, var det lettere å la jobb være igjen på jobb. Var man derimot usikker og følte seg utrygg, var det kanskje lettere å ta med seg hjem opplevelser fra jobb. For eksempel når alt var nytt eller man var ny selv.

*«[...] Det er jo når du står i vanskelige situasjoner, det krever jo mot å tørre å stå der [...]. Du trenger ikke å ha alle svarene, det viktigste er at du er der. Jeg tror det kommer med erfaring, det gjør det. Men så tror jeg og at det er viktig at det snakkes*

*om å lytte, hvis man ikke vet hva man skal si så er det det man skal si, trenger ikke si noe. Jeg synes det var veldig lite fokus på disse tingene under utdanningen. Jeg tror egentlig det burde vært mer fokus på den egenomsorgen. Hva skal til for at du klarer å være sykepleier? Hva skal til for at du klarer å stå i de utfordrende situasjonene?»*

En annen trakk frem at man måtte lære seg at man ikke skulle kjenne på dårlig samvittighet dersom man hadde gjort det man kunne.

*«[...] Men jeg har alltid tenkt at jeg kan ikke snu eller endre på en diagnose eller sykdom, men så kan jeg gjøre ekstremt mye med andre ting, da. [...] at jeg heller fokuserer på løsninger eller muligheter, eller hva kan man gjøre noe med, enn å fokusere på det en ikke får gjort noe med».*

Erfaring bidro også til at en håndterte situasjoner annerledes enn når en var nyutdannet. Dette kunne ha sammenheng med større kompetanse på fagområdet, men også med hvordan en reagerte på å stå i tøffe ting:

*«Jeg husker jo enda situasjoner jeg var oppi når jeg var nyutdannet, og som jeg på en måte tenker å himmel, skulle vært nå liksom, det hadde vært annerledes».*

Erfaring gjorde at man med større trygghet turte å gå inn i de vanskelige samtalene med pasienter og pårørende. Likevel kom det frem at også de med lang erfaring hadde situasjoner og dager som de opplevde som vanskelige. Årsaken kunne være dagsform og totalbelastning, som gjorde at de reagerte annerledes enn de vanligvis ville gjort. De trakk frem at det var helt naturlig å reagere:

*«Så det blir en sånn fascinerende greie, hvordan en reagerer forskjellig da. Det er jo «human», på en måte. Det kan være totalbelastning, det kan være så mange ting».*

Livserfaring og kompetanse ga trygghet og mestringsfølelse. De med erfaring uttrykte at siden arbeidet var så livsinngripende, har de måttet jobbe med seg selv for å klare å stå i det. En av mestringsstrategiene gikk ut på at det måtte være tid og rom for erfaringsutveksling med kolleger, og tid til å kunne lytte til hverandre. De hadde selv erfart at dette gjorde at de lettere kom seg «videre» når det hadde vært tøffe ting å stå i. De påpekte at dersom en har mindre erfaring, kan det være vanskeligere å legge det fra seg.

*De (nyutdannede) trenger mye mer tid på at vi erfarne kan lytte og veilede og rådføre litt på veien, for ellers så klarer de ikke å bli i yrket. For hva skal vi gjøre for å få folk til å bli (i yrket)? Da må de ha litt tid, og de må bli sett og de må bli hørt og de må bli møtt. Jeg tror det er viktigere enn at lønna er 650 000. For hvis du går med en følelse av at du ikke får strukket til eller at du ikke er kompetent eller har tiden, du går hjem og griner fordi at du blir så trist fordi at en dør, også har du ingen som på en måte*

*kan veilede deg litt i det, da, om hvilken rolle vi har som den profesjonelle hjelperen, men at vi faktisk må igjennom en del sånne ting før vi klarer å se det, å bli den der profesjonelle".*

## **4.5 Hva skal til for å bli i yrket?**

For å klare å stå i yrket som sykepleier innen kreftomsorgen, kom det frem ulike mestringsstrategier, men også ønsker og behov for arbeidshverdagen.

### **4.5.1 Mestringsstrategier for å klare å stå i arbeidet**

Når en fikk mer erfaring, kunne en lære seg å legge merke til når en hadde strukket seg for langt, og ved å være bevisst dette, kunne man stoppe før det gikk for langt. Slik kunne en forebygge og ivareta egen helse. Ved å akseptere at en ikke kunne hjelpe alle til enhver tid, kunne en lettere unngå å kjenne på dårlig samvittighet. En måtte heller tenke at en skulle hjelpe de en kunne, men at det måtte skje i tur og orden. Dette var noe som kom med mer erfaring:

*«[...] Og det å tåle ubehaget ved å ikke kunne hjelpe alle når de ønsker det har vært en prosess».*

En måtte også lære seg å skille mellom jobb og privatliv. En sykepleier uttalte at dette hjalp vedkommende med å legge fra seg jobben på fritiden, men at det tok tid før hun klarte å tenke slik:

*«Men ellers så har jeg lært meg at jobb er jobb, det tenker du ikke på når du kommer hjem, det er det ingenting jeg får gjort noe med uansett».*

Refleksjon og ventilering med kolleger kom frem som et nødvendig tiltak for å klare å bearbeide egne følelser.

*«Jeg tror det er helt nødt til å legges til rette for at man får ha gode refleksjoner og kan sette seg ned sammen [...]. Jeg tror det er alt for lite mulighet for det. Det er ikke nok med en gang i halvåret, man må gjøre det ofte.»*

I utvalget var det fire sykepleiere som jobbet dagtid med samtaler og oppfølging av mennesker med kreft, mens de fire resterende jobbet turnus. De som jobbet dagtid, hadde en ledelse som rettet stort fokus mot at de ansattes behov for ventilering skulle ivaretas. Det ble satt av tid, i tillegg til at de hadde kollegastøtte og veiledningsgrupper med psykolog jevnlig. De som jobbet turnus, hadde mindre avsatt tid til refleksjon. Dersom det ble satt opp

refleksjonstimer, druknet det fort i hverdagen. Dette førte til at de ofte måtte gjøre det spontant med kolleger, enten på medisinrommet eller i lunsjen.

*«Jeg må jo tenke at godt nok er godt nok. Men jeg har slitt med det, og det er jo vanskelig enda [...]. Men det er klart når du blir veldig berørt så.. så er det vanskelig. Og da må jeg ringe til kollegaene mine [...], og det er det ofte at vi gjør i bilen på vei hjem [...]. Bare å ha noen som lytter og støtter. [...]. Også er det klart at nå når jeg jobber med barn og man har barn selv. Kommer hjem og ser barnet ditt.. det berører jo, og det er klart at det påvirker. Men så må du jo da finne en balansegang om å ikke ta det med hjem i det private. Og da er det viktig å ha noen å snakke med».*

Det var ofte på fritiden at de tillot seg selv å få utløp for sine følelser:

*«Jeg merker at jeg er lettrørt, og ... jeg blir lett berørt når jeg er på privaten, fordi at jeg er så kontrollert i jobb-sammenheng. Sånn at jeg tror nok at jeg gråter mer enn gjennomsnittet på privaten, både på den ene eller andre måten, enten det er en film, eller jeg kan gråte på vegne av andre. Det er akkurat som at jeg tar ut litt [...]. Det er prisen å betale for å jobbe her. Og det velger jeg helt klart et rungende ja til. Jeg vil heller ha den betydningen jeg har på jobb, og være litt «frynsete», enn å ikke finne mening med jobben».*

#### **4.5.2 Ønsker og behov for arbeidshverdagen**

*«En kan si mye om både flere ansatte, andre lønnsbetingelser, men jeg tror at det viktigste er at folk trives på jobben, og at man kan legge til rette for at det er godt å være på jobb. De som er sykepleiere har jo intensjonen om å jobbe med folk og har lyst til det, et yrke de har lyst på. Men jeg tror mange blir skuffet over sånn som det er, de får ikke fulgt opp sånn som de ønsker, de får ikke gjort den jobben de ønsker».*

Når det gjelder ønsker og behov kom det frem at et nøkkelord var tid. Tid til å tenke i løpet av arbeidshverdagen. Tid til å spise lunsj og gå på toalettet. Tid til å sette seg ned og ha «den gode samtalen» med pasienter.

*«Litt tid til å tenke i hverdagen, når jeg hører om venner og sånt som er på kontor også har de lest gjennom avisen, også er det litt sånn oi, ja vel, om du har vært på jobb? Hva har du gjort på jobb? Det er litt sånn, oi! Ja! Jeg har ikke rukket å starte PCen, lese mail, spist mat eller gått på do i løpet av dagen. Det er jo litt sånn. [...]. Så.. ja.. nei, det kunne jeg ønske. Litt mer rom for å gjøre litt mer».*

Bedre tilrettelegging, både i arbeidshverdagen, men også i form av turnus o.l., kom frem som tiltak som kanskje kunne ført til at flere valgte å bli i yrket. En sykepleier trakk frem at det var viktig å bli ivaretatt på en måte slik at man klarte å yte.

*«Altså, jeg tror det er mange store hjerter i sykepleieryrket som ønsker å ha betydning og bety en forskjell for pasient og pårørende. Men når ikke jobben tilrettelegger for det, så er det det som brenner ut den enkelte sykepleier. Det tror jeg».*

Behovet for anerkjennelse var gjennomgående i samtlige intervju. Det var viktig at jobben en gjorde ble anerkjent, og at det var forståelse for at å jobbe med mennesker med kreftsykdom var krevende.

*«Muligheten til å få den kompetansen en trenger til å klare å stå i jobben. [...]. Jeg ser ofte at når sykepleierne ikke får anerkjennelse for jobben de gjør eller for kompetansen sin, så bytter de. Også tenker jeg dette med oppfølging. Anerkjennelse av at det å være sykepleier er et tøft yrke, det er undervurdert synes jeg. Og det at det faktisk blir lagt mer til rette for akkurat dette med egenomsorg, refleksjon, veiledning og kurs, tenker jeg er viktige faktorer for at en skal kunne både trives og kjenne seg viktig. Jeg tror det er mange som føler at de ikke er viktige liksom, fordi de ikke blir sett. [...]. Men det å faktisk få den kompetansen en trenger, slik at en klarer å mestre arbeidshverdagen sin og får anerkjennelse og muligheten til å bli ivaretatt, det tror jeg er viktig. Det er så stor mangel på det, dessverre».*

Det kom frem at det burde vært rettet større fokus mot å styrke personalarbeidet. En sykepleier trakk frem at flere steder i helsevesenet ble de ansatte drevet for hardt, som kunne føre til at den enkelte brant seg ut og ikke klarte å bli i jobben. Fokuset fra ledelsens side var styrt mot økonomi og ressursbesparing, noe som kunne gå på bekostning av den enkeltes arbeidssituasjon.

*«Det å ha en ledelse som er opptatt av oss, opptatt av at den enkelte har det bra. Det betyr så utrolig mye».*

Fikk man muligheten til å holde seg faglig oppdatert og støtte til fagutvikling fra arbeidsplassen, opplevdes det som drivende for sykepleierne. Fant en noe som en behersket og var god på, kunne det føre til et større engasjement. Det kom frem at spisskompetansen måtte brukes der den hørte hjemme, og at sykepleierne ønsket å bruke sine ressurser på rett område.

*«Hvis en er kreftsykepleier og er god på akkurat den tingen, så er det utrolig viktig at det blir heia på, der har du en spisskompetanse som du må få bruke, og hvordan kan du få brukt den best mulig?»*

Å ha noen med økt kompetanse innen faget, slik som en kreftsykepleier, kunne gi inspirasjon og større engasjement i arbeidsgruppen. Det kom frem at mange ønsket å lære mer, og flere stilte spørsmål ved hvorfor det ikke ble satset mer på kompetanse. Manglende kunnskap kunne føre til forsinket handling for eksempel i forbindelse med observasjoner på bivirkninger av cellegift. Dette kunne gå ut over pasientsikkerheten.

Ved ferieavvikling var det annen grunnbemanning, i tillegg til at ferievikarene ikke var like kjent med rutinene. Dette førte til økt belastning på de faste ansatte. Flere faste- og helestillinger kunne sikret kontinuitet i avdelingen, i tillegg til at det kunne styrket pasientsikkerheten og kvaliteten på omsorgsutøvelsen.

*«Jeg bryr meg døyten om lønn, og jeg vet at jeg banner litt i kirka når jeg sier det, men jeg vil heller gå på jobb og vite at det er nok folk på jobb sånn at vi kan ivareta pasient og pårørende på et nivå som det er en faglig aksept på, enn at jeg skal ha 10-20 000 mer i lønn».*

Informantene uttrykte bekymring for at bemanningen opplevdes konstant helt på grensen, også utenom ferieperioder. Ofte gikk dagene rundt likevel, fordi de beskrev et godt kollegialt samhold der man hjalp hverandre. Men dersom det oppsto noe uforutsett, var det sårbart og kunne føles utrygt, både for pasient og sykepleier. Man kunne gå hjem med dårlig samvittighet fordi man ikke hadde rukket å gjøre alt man hadde tenkt. Lav bemanning forstyrret muligheten til å utføre helhetlig sykepleie. Gjennomgående i samtlige intervjuer var at når de fikk utført helhetlig sykepleie, bidro det til større arbeidsglede og mestringsfølelse for den enkelte.

*«Hele helsevesenet er gjennomsyret av mye krav, en blir aldri ferdig. En kan ikke bare huke av på lista at nå er det gjort, så nå kan jeg gå hjem. Det er hele tiden noe nytt, dette er mennesker som skal ivaretas. Og de skal føle at de blir ivaretatt og sett og vist omsorg, og at de skjønner at vi gjør så godt vi kan for at de skal ha det bra. Og det tapper oss jo for enormt mye energi og krefter, og, så.. den der helheten for å få folk til å bli i helsevesenet, hvordan skal en få det til? Mitt svar er da økt grunnbemanning».*

## **5.0 Diskusjon**

Hovedfunnene fra studien var at å utøve helhetlig sykepleie og relasjonsbygging med pasienter beriket utøvelsen av sykepleieryrket innen kreftomsorgen. Arbeidet ble beskrevet som meningsfullt og sykepleierne opplevde at de utgjorde en forskjell. De satte teamarbeidet høyt og strakk seg langt for pasienter, pårørende og kolleger. Å stå i krevende pasientsituasjoner samtidig som det var en ytre forventning om effektivitet opplevdes som belastende. Hverdagen besto av prioriteringer, og det hendte at «den gode samtalen» med pasientene måtte vike på grunn av andre mer praktiske oppgaver. Dette ga ofte dårlig samvittighet, en følelse av å ikke strekke til, og bidro til at det ble vanskelig å ikke tenke på jobben på fritiden. Sykepleierne som hadde lengre erfaring aksepterte i større grad at de hadde gjort det som var mulig, og klarte dermed å koble av tankene på jobben når de hadde fri.

Videre kom det frem at det var viktig med kontinuerlig refleksjon, for å bearbeide og ufarliggjøre reaksjoner en kunne få av å være vitne til lidelse og død, som ble beskrevet som en del av arbeidshverdagen i kreftomsorgen. Kompetanseheving som kunne ført til større faglig trygghet hos den enkelte måtte vike plass i hektiske arbeidsdager. Overgangen fra å være student til sykepleier, med alt det ansvar yrkesutøvelsen innebærer, ble hos flere beskrevet som brå. I tillegg uttrykte sykepleierne et ønske om at utdanningen burde forberedt studentene bedre på det å jobbe som sykepleier. Det var stor forskjell på konteksten sykepleierne jobbet i forhold til det å ha tid til å bearbeide inntrykk og å få avsatt tid til refleksjon i arbeidstiden. Deres utsagn viste også en stor spredning fra de sykepleierne som var relativt nyutdannet til de som hadde flere år med både yrkes- og livserfaring.

### **5.1 Hvordan er arbeidshverdagen som sykepleier i kreftomsorgen?**

#### **5.1.1 Effektivitetskrav, ressursknapphet og kampen mot klokka**

Helhetlig sykepleie innebærer at en tar hensyn til pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov (Frisch & Rabinowitsch, 2019, s. 268), og at en har en personsentrert tilnærming til pasienten, med mål om relasjonsbygging mellom pasient og sykepleier (Tuhus et al., 2021, s. 12; Kleiven et al., 2016, s. 320). Et gjennomgående funn i intervjuene var at en berikelse med å jobbe som sykepleier i kreftomsorgen, var når en fikk muligheten til å se og ivareta hele mennesket som lever med kreftsykdom. Tuhus et al. (2021) trekker frem at palliativ sykepleie innebærer å møte pasienter som har komplekse behov og krever en helhetlig tilnærming, med god kommunikasjon, samt at en må møte pårørendes behov for støtte og samtale (s. 11).



En kunnskapsoppsummering som omhandlet hvordan tidspress blant sykepleiere kunne påvirke kvalitet og pasientsikkerhet (Lied, 2021), fant at de arbeidskrav som stilles til sykepleiere i helse- og omsorgstjenesten var for store i forhold til tiden de hadde til rådighet. Blant annet fant de at behov for støtte og samtale hos pasienter og pårørende av og til ble valgt bort, i tillegg til at adekvat medikamentadministrering og opplæring om bruk av medikamenter også kunne bli nedprioritert. Dette er noe som kan true pasientsikkerhet og kvalitet på omsorgsutøvelsen (s. 245-246). Kleiven et al. (2016) fant i sin studie at andre tiltak som defineres som nødvendig helsehjelp, og er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §2-1a og §2-1b), som munnstell og ernæringsoppfølging, også oftere ble nedprioritert på grunn av tidspress (s. 321). I denne studien kom det frem at kravet til effektivitet fulgte sykepleierne hver dag, men at de strakk seg langt for å ivareta pasienter- og pårørendes behov, i tillegg til ønske om å ikke overlate for mye arbeid til kollega som kom på vakt etter dem. Ofte gikk disse faktorene på bekostning av egne grunnleggende behov. Et eksempel var at på grunn av arbeidsoppgavenes omfang og kampen mot klokka, tok ikke sykepleierne seg alltid tid til å stille inn riktig høyde på senga før mobilisering eller stell av pasient. Dette kunne gå ut over egen helse i form av slitasje og belastninger i ryggen, noe som på sikt kan tenkes å føre til økt sykefravær.

En konsekvens av effektivisering kan føre til at flere sykepleiere rømmer fra yrket på grunn av at arbeidshverdagen ikke er forenlig med deres verdier og yrkesetikk. Breivik & Obstfelder (2012) påpekte at perioder med stort arbeidspress kunne føre til mistriivsel hos sykepleiere, og at organisatoriske problemer, som ressursknapphet og lav bemanning gjorde at sykepleiere tok det til seg som individuelle problemer, som medførte frustrasjoner og dårlig samvittighet (s. 118). Lignende funn hadde Finley og Shephard (2017), som i sin studie så at muligheten til å utføre helhetlig sykepleie kunne bli forstyrret av arbeidsmengde og krav, som igjen kunne føre til frustrasjon rundt sykepleiernes arbeidssituasjon (s. 63-64).

Dette kan relateres til New Public Management (NPM), som ble innført for å øke produktiviteten og effektiviteten i offentlig helsesektor (Hansen, 2022). Kleiven et al. (2016) fant at med NPM som styringsverktøy ble det en travlere arbeidshverdag og å utøve helhetlig sykepleie kunne bli avbrutt av tilleggsoppgaver som ikke nødvendigvis var pasientrettet (s. 319-320). Dette var noe utvalget i denne studien også påpekte, da tid som kunne blitt brukt inne hos pasientene ofte måtte brukes på blant annet kjøkkentjeneste og skylleromsarbeid. Arbeidshverdagen besto ofte av prioriteringer for å oppfylle kravet til effektivitet. Pasientenes behov var større enn de ressursene sykepleierne hadde til rådighet. Det førte til en følelse av å ikke strekke til, selv om sykepleierne strakk seg langt for å imøtekomme pasientenes behov

og ønsker. Kleiven et al. (2016) understøtter dette i deres studie, der de fant at sykepleiere ofte måtte prioritere pasientenes mest prekære behov, som ofte var av fysisk karakter. Dette førte til at ivaretagelse av psykososiale behov ble nedprioritert (s. 319-320). Tuhus et al (2021) påpeker at dette kunne føre til at pasienter opplevde å bli sett på som et objekt, og føre til omsorgslidelse (s. 13), som oppstår når pasienter i en omsorgssituasjon føler at sin verdighet og menneskelige verdi blir krenket. Eksempel på dette kan være at en opplever å ikke bli hørt eller forstått av den som utøver omsorg, og forskning har vist at dette kan bidra til å forverre og forlenge lidelse hos pasienter. De kan føle seg avvist, i tillegg til at de kan oppleve at de ikke får være delaktige i beslutninger angående egen helse (Berglund et al., 2012, s. 2, s. 8). Ved å ikke ta hensyn til pasientenes psykososiale behov, kan det føre til at sykepleiere inntar en mer paternalistisk holdning. Svenaeus (2005) viser til at paternalisme fremtrer som en autoritær og ufølsom innstilling overfor pasienter, noe som tidligere var rådende innen helse- og omsorgstjenesten. Det var fagfolkene som visste best, og pasientenes ønsker og vurderinger ble ikke tatt like stor høyde for (s. 154). Selv om pasienters rett til medvirkning og informasjon i dag er nedfelt i lovverket (pasient- og brukerrettighetsloven (1999), §3-1 og §3-2), og det er rettet et større fokus mot at deres behov skal stå i sentrum (NOU 2017:16, s. 35), kan det hende at et system med søkelys på effektivisering og ressursbesparelse gjør at helsepersonell blir mer paternalistiske. Utvalget i denne studien trakk frem at samtalen med pasient var verdifull for å vurdere helhetsbildet, men paradoksalt at det ofte var samtalen som ble nedprioritert. Ikke bare kan samtalen gi viktig informasjon om pasientens tilstand, men den kan også bidra til at pasienten finner mening og sammenheng, bevarer håpet og får en etterlengtet «pause» fra sykdommen. Pasienten er ikke bare diagnosen sin, han er også et menneske, og «den gode samtalen» kan bidra til å styrke livsmotet (Jenssen-Tveit, 2022, s. 1-2). Sett fra dette synspunkt, kan en tenke at ved å legge til rette for tid til samtale, kan det ha en helsefremmende effekt for pasient. Ser en dette på sikt, fra et samfunnsøkonomisk perspektiv, kan det om mulig føre til mindre press på helse- og omsorgstjenesten, samt frigjøring av ressurser.

## **5.2 Profesjonell livskvalitet i en travel arbeidshverdag**

### **5.2.1 Omsorgstilfredshet, omsorgstretthet og utbrenthet**

Omsorgstilfredshet, som omhandler gleden en får ved å hjelpe andre og kan beskrives som en positiv arbeidsgevinst, er en del av den profesjonelle livskvaliteten (Todaro-Franceschi, 2019, s. 4; Haavik & Toven, 2020, s. 134-135). Finley og Sheppard (2017) fant at sykepleiere som jobbet med mennesker med kreft opplevde omsorgstilfredshet når de følte at de hadde fått gitt

god, omsorgsfull hjelp. Det ga en opplevelse av mening i arbeidet, og jobben som sykepleier opplevdes samfunnsnyttig (s. 64). Sykepleierne i denne studien trakk frem at når de så at de utgjorde en forskjell for pasienter og pårørende, førte det til yrkesstolthet og bekreftelse på hvorfor de valgte akkurat dette yrket. Et godt arbeidsmiljø med velfungerende teamarbeid kan føre til opplevelse av omsorgstilfredshet og motvirke mistriivsel på arbeidsplassen (Wu et al., 2016, s. 165-167). Sykepleierne trakk frem at en forutsetning for å fortsette i yrket var at de hadde gode kolleger de kunne samarbeide med i krevende situasjoner. Muligheten til refleksjon og åpenhet i personalgruppa kunne bidra til økt trygghet og motivasjon for den enkelte. Teamarbeid ble ansett som viktig i utøvelsen av sykepleie.

Høyt arbeidstempo og faglige utfordringer, i tillegg til nære relasjoner til pasienter og pårørende utgjør en risiko når det gjelder utbrenthet, angst, depresjon og jobbrelatert stress hos sykepleiere som jobber i kreftomsorgen. (Gribben & Semple, 2020, s. 1; Houck, 2014, s. 454; Jang et al., 2016, s. 2836). På en annen side så kan det å engasjere seg i møte med pasienter føre til opplevelse av styrket omsorgstilfredshet, og dermed bedre den profesjonelle livskvaliteten. Dersom lidelsen til pasienter og pårørende blir overveldende, kan det ha en negativ påvirkning på den profesjonelle livskvaliteten. Litteraturen er ikke tydelig på hvor grensen går mellom empatisk engasjement som er helsefremmende og har en positiv effekt på arbeidsgleden hos sykepleiere i kreftomsorgen, og når en blir emosjonelt overstimulert, som fører til belastning for en selv (Hunt et al., 2019, s. 2, s. 5).

### **5.2.2 Omsorgssyklusens restitusjonsfase og egenomsorg**

Utvalget beskrev at belastningen ved å være profesjonell på jobb hele dagen, førte til at de ofte måtte få utløp for reaksjonene når de kom hjem, og noen ganger gikk det ut over egne, nære relasjoner. Ofte måtte de holde igjen følelser de kunne kjenne på i jobbsituasjoner, og enkelte ganger klarte de ikke å kontrollere disse følelsene. En sykepleier beskrev at dette hendte fordi andres lidelse kunne treffe såre punkt hos en selv, og av og til kunne en relatere dette til ting en selv hadde opplevd. En annen uttalte at det var naturlig å reagere når en jobbet med mennesker, og at det da var empatien, medfølelsen og nysgjerrigheten som kom frem.

Når en utad uttrykker noe annet enn det en føler inni seg, kalles det for emosjonell dissonans (Haavik & Toven, 2020, s. 34). Indregard et al. (2018) fant at helsepersonell som stadig måtte undertrykke egne følelser i jobbsituasjoner rapporterte høyere grad av utmattelse, psykiske plager og hadde økt sykefravær (s. 1, s. 5-6). Ser en dette i sammenheng med typiske symptomer på omsorgstretthet og utbrenthet, som kan være irritabilitet og nedsatt stemningsleie, samt økende bekymring og angst for ulike situasjoner (Malt, 2021), så kan det

vide at det bør være større oppmerksomhet rundt det å stå i lidelse, og viktigheten av åpenhet og refleksjon for å håndtere egne reaksjoner. Haavik & Toven (2020) påpeker at når omsorgsbyrden er for stor over tid, kan omsorgstretthet dukke opp helt uten forvarsel. Omsorgssyklusen har restitusjonsfasen som siste ledd. Dersom en stadig møter nye pasienter, og ikke får muligheten til å restituere og hente seg inn, vil en kontinuerlig være i omsorgssyklusen, og dermed i risikozonen for å utvikle omsorgstretthet (Haavik & Toven, 2020, s. 51). Likevel kom det frem i denne studien at flere følte seg komfortable med å felle en tåre sammen med pasienter, i de rette situasjonene. De følte seg trygge på dette, så lenge de opplevde å ha kontroll og følte at de klarte å opptre profesjonelt. Dette handler kanskje om det som er det mest grunnleggende i sykepleien, å gi omsorg, som Martinsen (2008) trekker frem omhandler at en gjennom å se situasjonen fra den andres perspektiv evner å oppnå forståelse for den andre. Det kan bidra til at pasienten føler seg anerkjent (s. 71).

Flere sykepleiere hadde arbeid der det var pasienter som ble re-innlagt, og som de hadde møtt før. Det ble beskrevet som positivt for begge parter, da pasientene opplevde det som trygt å møte et kjent ansikt. På en annen side så kunne sykepleierne oppleve dette som utfordrende, fordi det hendte at pasientens tilstand kunne ha forverret seg fra de møttes sist. En ung og nyutdannet sykepleier beskrev at dette kunne være ekstra belastende, siden de hadde en relasjon fra før. Houck (2014) og Jang et al. (2016) trekker frem at å danne nære relasjoner til pasienter og pårørende kunne gi større risiko for å relatere seg for mye til pasientene når en var ung og hadde mindre erfaring. Relasjonen kunne bli emosjonelt belastende og potensielt føre til omsorgstretthet (s. 454; s. 2836). En mulig årsak til dette kan ifølge Finley og Sheppard (2017) være at tidlig i arbeidslivet kan en mangle kunnskap om og erfaring med å skjerme seg selv (s. 63-64).

Flere studier har sett på ulike tiltak som kan forberede sykepleierstudenter på hvordan en skal håndtere belastninger en kan oppleve i yrket. Unhjem (2020) påpeker at utdanningsinstitusjoner gjennom undervisning og bevisstgjøring rundt hvilke konsekvenser belastende arbeid kan ha, kan bidra til å forebygge helserisiko hos fremtidige sykepleiere (s. 1). Sansø et al. (2015) mener at et større fokus på dette, kan føre til at en lærer å håndtere og bearbeide egne følelser og reaksjoner som en kan oppleve i møte med lidende mennesker, og at tiltak for å fremme egenomsorg bør implementeres under sykepleierutdanningen. De hevder at det kan bidra til større grad av opplevd omsorgstilfredshet (s. 10-11). Lystrup et al. (2019) mener at utdanningen bør rette søkelys mot å styrke fremtidige sykepleieres evne til å håndtere en faglig og emosjonelt krevende arbeidshverdag. De foreslår at et tiltak kan være trening i mindfulness, og at dette innføres i utdanningen, med mål om å redusere yrkesrelatert

stress, samt bidra til økt livskvalitet (s. 244-245). Ortega Campos et al. (2019) fant at sykepleiere som jobbet innen kreftomsorgen og som gjennomførte målrettet mindfulness-trening i en måned opplevde økt grad av omsorgstilfredshet, samt mindre stress og emosjonell belastning (s. 9). Likevel kan en stille spørsmål ved om alt ansvaret skal ligge hos sykepleierne når det gjelder å håndtere en krevende arbeidsdag. I denne studien, men også gjennomgående i forskningen som er inkludert, har det kommet frem at ytre faktorer som krav til effektivitet og ressursknapphet har stor betydning for sykepleieres opplevelse av egen arbeidshverdag. Dermed kan en tenke seg at mindfulness-trening som eneste tiltak ikke nødvendigvis vil kunne forebygge helserisiko, men at en og bør se på ytre faktorer. Kanskje bør en rette søkelys mot om det også bør gjøres organisatoriske endringer i form av mer tilrettelegging i arbeidet.

Isdal (2017) trekker frem at litteraturen ofte retter fokus mot hvordan individet alene skal sørge for å ikke bli overbelastet av arbeidet, noe jeg kjenner igjen etter å ha gått gjennom forskning og teori rundt temaet. Han påpeker at «hverandre-ivaretagelse» er minst like viktig som det å ivareta seg selv. Støtte og trygghet fra miljøet en jobber i er en avgjørende faktor for å forebygge mot overbelastning. En må tenke at en er lagspillere, og at en skal styrke hverandre som team. Særlig trekker han frem at arbeidsgiver og leder har ansvar for å tilrettelegge for at det utvikles et støttende kollegamiljø (s. 235). Dette var også noe studien min viste, da det kom frem at teamet måtte spille hverandre gode, da en er aldri sterkere enn det svakeste leddet. Isdal (2017) hevder at følgene av NPM, som innstramminger og effektivisering, fører til en nedprioritering av hensynet til de ansatte og kvaliteten på tjenestene. Tiltak og tilbud som tidligere ble innført for å holde de ansatte friske i krevende jobber, som kurs, veiledning o.l., blir tatt vekk (s. 234). Utvalget i denne studien hadde ulike erfaringer med dette. De som jobbet dagtid ga uttrykk for å ha en ledelse med fokus på refleksjon og kompetanseheving i teamet, mens de som hadde turnusarbeid opplevde at en hektisk arbeidshverdag «spiste opp» tiden de kunne brukt til kompetanseheving. En sykepleier uttalte at hun opplevde det som tungt å måtte kjempe for å få lov og tid til å holde seg faglig oppdatert.

Houck (2014) foreslår andre tiltak for å unngå at sykepleiere blir fysisk og psykisk utbrent. Sykepleiere må anerkjennes for jobben de utfører. Det bør settes av ressurser til kompetanseheving, refleksjon, samt tid til å bearbeide følelser en kan oppleve etter for eksempel en pasients død. En bør lære viktigheten av å balansere jobb og privatliv, for å styrke egenomsorg og kjenne igjen varseltegnene for når en står i fare for å bli utbrent eller utvikle omsorgstretthet (s. 454). Sykepleierne i denne studien påpekte at anerkjennelse var

avgjørende for å oppleve at jobben de gjorde ble verdsatt. De sa at de ofte fikk anerkjennelse av pasienter, men at det var viktig å oppleve at de også fikk det fra ledelsen. En sykepleier uttalte at flere sluttet i yrket fordi de ikke fikk anerkjennelse for jobben de gjorde eller kompetansen de hadde. Kristoffersen (2013) trekker i sin doktorgradsavhandling frem at sykepleiere kunne oppleve fravær av anerkjennelse for eksempel ved at det var mangel på støtte i form av vennlige ord og kroppsspråk. Dette kunne gi en følelse av «å bli tatt for gitt» (s. 198).

### **5.2.3 Sykepleie er givende og tappende**

Sykepleierne i studien beskrev det å jobbe i kreftomsorgen som både givende og tappende, og at dette var to faktorer som utfylte hverandre. Omsorgstilfredshet og omsorgstretthet beskrives som motsetninger (Todaro-Franceschi, 2019, s. 4). Frey et al. (2018) hevder at dersom en får styrket omsorgstilfredshet, vil det redusere risiko for å utvikle omsorgstretthet (s. 7). Utvalget påpekte at de kunne mestre hektiske og krevende perioder, så lenge det ikke var konstant. Jarrad og Hammad (2020) har sett på grad av omsorgstretthet, utbrenthet og omsorgstilfredshet hos sykepleiere som jobber i kreftomsorgen. De fant lav grad av omsorgstilfredshet, moderat grad av utbrenthet og ekstremt høy risiko for omsorgstretthet. Organisatoriske krav som førte til jobbrelatert stress, i tillegg til den psykiske belastningen en kunne oppleve i møte med mennesker med kreft og deres pårørende, ble beskrevet som mulig årsak til funnene. Videre påpekte de at sykepleiere som jobber turnus sjelden får tilstrekkelig med søvn mellom vaktene. På sikt kan søvntap føre til endring i humør, redusert arbeidsinnsats, nedsatt motivasjon og fysiske plager, noe som igjen kan utgjøre en trussel mot pasientsikkerheten. De hevder at omsorgstilfredshet og profesjonell livskvalitet kan styrkes dersom en oppnår tilstrekkelig med søvn og hvile (s. 4-6). Piotrkowska et al. (2019) har også lignende funn, da deres studie viste at turnusarbeid kan ha negativ påvirkning på grad av opplevd omsorgstilfredshet (s. 378). En slik form for turnusarbeid kan stride mot arbeidsmiljøloven (2005), som har som formål at den ansatte gjennom et helsefremmende arbeidsmiljø og en meningsfylt arbeidssituasjon skal beskyttes mot fysiske og psykiske skadevirkninger (§1-1a). Likevel vil det være vanskelig å skape en helhetlig helsetjeneste uten turnusarbeid, da det er behov for personell på jobb til alle døgnets tider. Magnar Kleiven trekker i «Erfaringer og anbefalinger om turnus og helse» (2018) frem at det vil være katastrofalt for pasienter dersom de har hjerteinfarkt, men møter på en automatisk telefonsvarer hos AMK. Slik sett kommer en nok ikke bort fra turnusarbeid i helse- og omsorgssektoren. Det bør heller innføres nødvendige tiltak for å redusere risikoen ved

turnusarbeid. Det vil være ulike risikofaktorer ved å ha turnusarbeid, derfor bør det lages gode turnusplaner som et slags verneutstyr for forebygging, og de ansatte bør inkluderes i utarbeidelsen av turnusplanen (Norsk sykepleierforbund, s. 60, s. 66). En av sykepleierne i denne studien påpekte at det var viktig at en ble ivaretatt på en måte slik at en klarte å yte, og at tilrettelegging i form av turnus o.l. kunne bidra til dette.

Andre studier har funnet at noen sykepleiere brukte uhensiktsmessige mestringsstrategier, som for eksempel høyt alkoholforbruk, for å klare jobben. Dette er en risikofaktor for egen helse, og vil være lite helsefremmende på sikt (Finley & Shephard, 2017, s. 63-64). Stort alkoholinntak kan også være et symptom på omsorgstretthet (Zhang et al., 2017, s. 817). Alkoholmisbruk kan øke risikoen for blant annet hjerte- og karsykdommer, ulike krefttyper og psykiske lidelser, i tillegg til at det kan føre til sykefravær som gir økte kostnader for arbeidsplassen (Meld. St. 30 (2011-2012), s.14-15).

Utvalget i studien påpekte at det var totalbelastningen i eget liv som var avgjørende for hvordan de håndterte krevende situasjoner i arbeidshverdagen. Var de slitne og hadde en del belastninger privat, kunne det å forholde seg til belastende situasjoner på jobb gå mer inn på den enkelte. Et interessant funn var at flere av sykepleierne hadde selv opplevd at flere i nære relasjoner gikk gjennom kreftsykdom og døde, samtidig som de jobbet i kreftomsorgen. De beskrev at det kunne være tøft å oppleve kreftsykdom i jobbsammenheng og privat på det aktuelle tidspunktet, men at med tiden fikk de brukt egne personlige erfaringer til andre mennesker med kreft. De uttrykte at dette bidro til at de følte mestring, da pasienter ga tilbakemeldinger på at de følte seg sett og forstått. Å bruke seg selv og egne erfaringer kunne dermed tenkes å føre til styrket omsorgstilfredshet hos disse sykepleierne. Isdal (2017) trekker frem at bruk av egne erfaringer kan være positivt for både sykepleier og pasient, og at det kan være en ressurs i arbeidet. Likevel bør en være oppmerksom på at det kan utgjøre en helserisiko, da det kan ramme egen sårbarhet. Han foreslår at et tiltak for å beskytte seg selv, kan være at en er bevisst egne styrker og egen sårbarhet (s. 75-76). Dette var noe utvalget i studien også påpekte, da det kom frem at en måtte ha et avklart forhold til døden for å jobbe med mennesker som skulle dø.

Frey et al. (2018) foreslår at alle sykepleiere, uansett hvilket fagområde en tilhører, bør få tilstrekkelig veiledning for å lære seg å håndtere følelser en kan kjenne på i møte med lidelse og død. De argumenterer med at de fleste som jobber som sykepleiere kommer til å møte på mennesker med behov for palliativ pleie i løpet av arbeidslivet, særlig sett i lys av at mennesker globalt sett stadig lever lengre enn tidligere. De trekker frem at det bør prioriteres å styrke sykepleieres kompetanse til å bearbeide egne følelser og reaksjoner, samt lære

hvordan en skal oppfatte og reagere på stressorer i arbeidslivet (s. 7). Utvalget i denne studien var tydelige på viktigheten og behovet for refleksjon og erfaringsdeling med kolleger. Forskjellene var store når det gjaldt tilrettelegging for refleksjon. Noen uttrykte at de opplevde å ha en ledelse som la til rette for drøfting og erfaringsdeling i arbeidsgruppen, mens andre sa at ressursknapphet gjorde at det ikke ble prioritert å sette av tid i løpet av arbeidsdagen til å drøfte med kolleger i etterkant av krevende situasjoner. Det endte derfor med at flere gjorde dette spontant, enten i korridoren eller på medisinerrommet, eller så ringte de kolleger på fritiden. De som jobbet turnus opplevde å ha minst tilrettelegging til planlagt refleksjonstid med kolleger, sammenlignet med de som hadde dagarbeid. Sett i lys av overnevnte funn som har vist at turnusarbeid kan utgjøre en helserisiko, kan det tenkes at refleksjon og erfaringsdeling særlig bør prioriteres hos denne gruppen for å minimere risiko for omsorgstretthet og utbrenthet.

### **5.3 Hvilken betydning har erfaring som sykepleier?**

#### **5.3.1 Sammenhengen mellom erfaring og trygghet**

Når en jobber med mennesker, er det naturlig at en blir berørt. Utvalget beskrev arbeidet med mennesker med kreft som livsinngripende. En sykepleier uttalte at man ble farget av livet og døden når en jobbet innen kreftomsorgen. Andre studier har kommet frem til at, uavhengig av hvor mange års erfaring en har i yrket, kan en bli utsatt for fysisk og psykisk belastning. De viste at forskjellen mellom de nyutdannede og de som hadde lenger erfaring, var at de med lengre erfaring oftere opplevde de positive sidene ved å ha et omsorgsyrke. Årsaken til dette kunne være at med mer erfaring var det større sannsynlighet for at en klarte å akseptere døden og kompliserte sykdomsprosesser. Dette igjen kunne føre til styrket omsorgstilfredshet, og dermed bedre profesjonell livskvalitet. (Potter et al., 2010, s. 60; Wu et al., 2016, s. 165-167; Baqeaas et al., 2021, s. 9). Utvalget i studien var spredt når det gjaldt både alder og arbeidserfaring som sykepleier. De med lengre erfaring påpekte viktigheten av at en klarte å akseptere at en hadde gjort det en kunne i løpet av arbeidsdagen, og trakk igjen frem viktigheten av å avklare eget forhold til døden når en skulle jobbe innen kreftomsorg. De hevdet at disse faktorene kunne bidra til at en lettere la fra seg jobben før en reiste hjem etter endt arbeidsdag. Likevel kunne også de med lang fartstid oppleve at arbeidsrelaterte tanker preget fritiden, særlig dersom en var ny i jobben eller hadde opplevd utfordrende situasjoner.

Videre påpekte sykepleierne i denne studien at økt kompetanse og trygghet går hånd i hånd. Dersom en følte at en hadde både praktisk og relasjonell kompetanse i møte med



pasienten, førte det til økt trygghet i arbeidet, noe som bidro til mestringsfølelse. En litteraturstudie (Eines et al. 2021) viste til at kompetanse og erfaring er en forutsetning for å gi pasienter med behov for palliativ pleie i sykehjem, sykepleie av høy kvalitet. Deres funn viste også at trygghet utvikles gjennom erfaring, og veiledning og refleksjon med kolleger kunne bidra til økt kompetanse på fagområdet (s. 326). En annen studie (Kleiven et al., 2016) fant at identiteten som sykepleier formes etter mange år med utdanning og arbeid, og at når en er nyutdannet er fokuset mer rettet mot praktisk utøvelse av sykepleie. Med mer erfaring klarer sykepleieren bedre å se pasientens totale situasjon, og dermed bedre forutsetningen for å utøve helhetlig sykepleie. De trakk frem at effektiviteten i dagens helsevesen, som gjør at pasientmøtene må kortes ned og det mest prekære må prioriteres, kan true fremtidige sykepleieres yrkesidentitet. (s. 317, s. 321). En annen faktor utvalget i denne studien påpekte, var at overgangen fra å være student til å bli sykepleier var brå, og at de ikke var forberedt på hvordan ansvaret opplevdes. Tilleggsoppgaver gjorde at faget ble nedprioritert, og forventningene til yrket ikke ble møtt. Noen av sykepleierne pekte på at sykepleieryrket er til dels erfaringsbasert, så det bør være aksept for at man er ny og ikke kan alt. En mulig løsning kunne ifølge dem være økt tilrettelegging og oppfølging for den som er ny i yrket, for å forebygge unødvendig belastning og utrygghet.

## **5.4 Hva skal til for å bli i yrket?**

### **5.4.1 Økt grunnbemanning og kompetanseheving**

En presentasjon fra Kantar som omhandlet en årlig undersøkelse som kalles «Det helsepolitiske barometeret» fra 2022, viste at innbyggerne i Norge uttrykte at det er en allmenn bekymring til den økende helsepersonellmangelen. Svært mange mente at lav bemanning går ut over pasientsikkerheten i kommunene. Ved spørsmål om hva regjeringen må prioritere tydeligere innen ulike samfunnssektorer i statsbudsjettet, stemte befolkningen mest på helse og omsorg (39%), med mål om å sikre tilstrekkelig helsepersonell med riktig kompetanse (Livgard, helsepolitisk barometer 2022, slide 12, 15-16, 7. april 2022). I denne studien kom det frem at grunnbemanningen burde vært større, og utvalget pekte på at lav bemanning reduserte muligheten til å utføre helhetlig sykepleie. En sykepleier uttalte at det var viktigere å komme på jobb og vite at det var nok folk til å ivareta pasient og pårørende, enn å få høyere lønn. Kristoffersen (2013) påpeker at en lite tilfredsstillende grunnbemanning ikke bare handler om antall personer på vakt, men at det også kan gå på at en har kolleger som mangler faglig kompetanse, som der igjen kan føre til usikkerhet relatert til utførelsen av

sykepleien. Konsekvensen av dette kan være at muligheten til å diskutere faglige problemstillinger blir borte, og at en dermed føler seg alene om sin sykepleiefaglige kompetanse (s. 208-209).

En undersøkelse som omhandlet konsekvenser av mangel på sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleie, viste at halvparten av sykepleierne oppga at de hadde tanker om å slutte i yrket eller bytte arbeidssted. Hovedårsakene til dette var for stor arbeidsbelastning, tidspress og for lav bemanning. Flestparten av de som hadde ønske om å slutte eller bytte jobb var unge (Gautun et al., 2016, s. 73, s. 77, s. 79). Studien viste at sykepleierne opplevde stor arbeidsbelastning på grunn av lav bemanning. Dersom dette gjør at de sykepleierne som jobber i kommunehelsetjenesten velger å slutte, kan det føre til enda større arbeidsbelastning på de som står igjen. I studien kom det frem at det gjerne var de nyutdannede og unge en burde forsøke å beholde, da de kunne jobbe lengre og sikre kontinuitet. Tall fra Statistisk sentralbyrå har vist at en av fem sykepleiere slutter i yrket ti år etter fullført utdanning (Skjøstad et al, 2017). Her kan man ane konturene av en ond sirkel, og dersom denne utviklingen fortsetter, kan det tenkes å være lite bærekraftig på sikt.

Bemanning og fordeling av ressurser styres mye av hvor stort budsjett en har til rådighet. Rasmussen og Kjevik-Wycherley (2019) har sett på eldreomsorgens bemanningskrise, og deres studie viste at bemanningen i sykehjem ofte ble tilpasset ut fra budsjettet, som ikke alltid samsvarte med pasientenes behov. For å ikke bruke opp budsjettet, ble sykepleiere og helsefagarbeidere tilsatt i reduserte stillinger. Dermed kunne de bli satt opp på ekstravakter, uten å utløse overtidsbetaling. Studien konkluderte med at deltidstillinger ikke vil være løsningen på bemanningskrisen. De argumenterte med at heltidsstillinger kunne bidra til bedre bemanning, mindre sykefravær og større muligheter for kompetanseheving og kollegial støtte, og derav bedre arbeidsforhold (s. 320-321, s. 323). Utvalget i studien mente at flere faste- og hele-stillinger kunne styrke kvalitet på omsorgsutøvelsen og pasientsikkerhet, og dermed sikre kontinuitet i avdelingen.

Jang et al. (2016) trekker frem at sykepleie til mennesker med kreft stadig vil bli mer krevende, på grunn av at nye behandlingsmuligheter gjør at en kontinuerlig bør holde seg faglig oppdatert (s. 2836). I perioden 2020 – 2025 har regjeringen fremmet forslag til Stortinget om kompetanseløft i kommunene, med mål om flere heltidsstillinger, redusert bruk av vikarer og økt kontinuitet i bemanningen. Det trekkes frem at forholdene må bli lagt til rette for helsepersonell, slik at de får benyttet og kontinuerlig utviklet sin kompetanse på individnivå, men også i tverrfaglige team (Prop. 1 S (2021-2022), s. 29, s. 158). Sykepleierne i studien påpekte at dersom det var noen med økt kompetanse innen faget i teamet, som for

eksempel kreftsykepleier, kunne det gi større engasjement og inspirasjon hos flere. De ønsket å lære mer, men opplevde at det ikke ble satset på kompetanse. Manglende kompetanse kunne føre til forsinket handling, som der igjen kunne gå ut over pasientsikkerheten og kvaliteten på pleien. I tillegg til utrygghet på grunn av manglende kompetanse, kunne lav bemanning føre til at de gikk hjem med dårlig samvittighet overfor pasienter, men også kolleger som kom på vakt etter dem og måtte ta igjen det de selv ikke hadde rukket. En drivkraft for sykepleierne var når de fikk støtte til fagutvikling. Ved å utvikle sin kompetanse, bidro det til mestringfølelse og engasjement. Ser en dette i sammenheng med omsorgstilfredshet, kan det tenkes at den enkeltes profesjonelle livskvalitet kan styrkes ved blant annet kompetanseheving.

#### **5.4.2 Arbeidsmiljøet betydning**

Sykepleierne i studien trakk frem at de var opptatte av å se og ivareta sine kolleger, og at fellesskapet var avgjørende for å klare å stå i tøffe og utfordrende situasjoner.

Tilbakemeldinger på at det de gjorde var bra, førte til bekreftelse på hvorfor de valgte å bli sykepleier. Refleksjon med kolleger bidro til at det var enklere å legge krevende opplevelser bak seg. Kristoffersen (2013) fant at erfaringsdeling bidrar til at en kan lære noe av hverandre. I tillegg fant hun at et godt kollegialt samhold kan føre til at en velger å dra på jobb selv når en har grunn til å sykemelde seg (s. 275, s. 281). En annen studie (Wu et al., 2016) av omsorgstilfredshet, omsorgstretthet og utbrenthet blant sykepleiere i kreftomsorgen ser ut til å understøtte disse funnene, da de fant at et sunt og støttende arbeidsmiljø var avgjørende for sykepleieres helse, velvære og tilfredshet, og dermed profesjonelle livskvalitet. Ved å rette fokus mot dette, kan en mulig bedre helseutsikter for både pasienter og sykepleiere, redusere frafallet av sykepleiere og kostnader for helse- og omsorgstjenesten (s. 168). Ledelsen bør legge til rette for åpenhet i teamet og skape et støttende fagmiljø som kan føre til at en beholder nyutdannede sykepleiere (Finley & Sheppard, 2017, s. 65). Breivik og Obstfelder (2012) fant at en forutsetning for å trives på jobb var at en arbeidet i team som fungerte godt. For å skape et velfungerende team var det viktig med et godt samarbeid, følelse av tilhørighet og en gjensidig og likeverdig relasjon mellom partene. I tillegg var det viktig at en kunne bistå hverandre ved stor arbeidsmengde, og også de påpekte viktigheten av åpenhet og erfaringsdeling innad i teamet (s. 113).

Når det gjelder arbeidsmiljø, trekker Isdal (2017) igjen frem dette med å se og ivareta hverandre som kolleger. Han løfter frem viktigheten av at en også blir kjent med hverandre som mennesker, og at fokuset rettes mot hvordan en oppfører seg mot hverandre. Sosiale

sammenkomster, som lønningspils o.l., kan bidra til å styrke samholdet i gruppen. Det bør også rettes fokus mot en rettferdig fordeling av arbeidsoppgaver, for å unngå overbelastning på enkeltpersoner. Han hevder at omsorgstretthet kan være smittsomt, så derfor bør en unngå en klagekultur (s. 236). En av sykepleierne påpekte på slutten av intervjuet at jeg ikke hadde stilt spørsmål ved sosiale tilstelninger for personalet utenom arbeidstid. Hun sa at å møte kolleger privat kunne bidra til å styrke båndet innad i teamet og føre til at en fikk større forståelse for hverandre, i tillegg til at det ville ha en positiv innvirkning på arbeidsmiljøet.

## 6.0 Implikasjoner for klinisk praksis

Kunnskap fra denne studien er basert på et lite utvalg, og kan dermed ikke trekke konklusjoner alene. Likevel samsvarer flere av funnene med forskning på aktuelle tema. Det kan oppleves belastende å jobbe med mennesker som lider, samtidig som det kan gi opplevelse av mening i arbeidet å være med å utgjøre en forskjell for disse menneskene. Grensen for når emosjonell innlevelse fører til arbeidsglede, og når det blir en belastning og potensielt er helseskadelig for en selv er uklar. I tillegg til at det kan være emosjonelt belastende å jobbe som sykepleier i kreftomsorg, viser også forskning, understøttet av studiens funn, at organisatoriske krav om effektivitet, samtidig med knapphet på tid og ressurser, at det er en fysisk belastning å stadig måtte løpe raskere for å rekke over alle arbeidsoppgaver. En arbeidshverdag bestående av prioriteringer kan medføre dårlig samvittighet, opplevelse av utilstrekkelighet og i verste fall, flukt fra yrket. Sykepleien ser ut til å stadig bevege seg lengre bort fra pasientarbeidet, da tilleggsoppgaver spiser opp tid en kunne brukt med pasientene. Dette kan forstyrre omsorgsutøvelsen og kjernen i sykepleiefaglig arbeid, som er helhetlig sykepleie.

Funnene fra denne studien viste at ansvaret for å håndtere en krevende arbeidshverdag og ha forslag til tiltak for å bedre arbeidsforholdene rettes mot sykepleierne som individer, istedenfor mot organisasjon og ledelse. Forslag til videre forskning på denne tematikken kunne vært en intervensjonsstudie hvor en hadde sett mer på tiltak relatert til organisatoriske forhold, og hva som eventuelt kunne føre til en mindre belastende arbeidshverdag for sykepleiere. Det hadde også vært interessant med en studie hvor en kartla ulike organisatoriske hindringer, samt en studie som kunne sett på hvilke konsekvenser effektivisering har for arbeidsglede.

## 7.0 Konklusjon

Tidligere forskning og denne studien viser at det å jobbe med sykepleie til mennesker med kreft kan være både styrkende og tappende for den enkelte. En kan oppleve omsorgstilfredshet, men og omsorgstretthet og utbrenthet. En stadig økende og aldrende befolkning fører til større krav til helse- og omsorgstjenesten, og dermed en forventning om å jobbe raskere, jf. NPM. Tanken bak kan være god, da en gjerne ønsker å få behandlet flest mulig mennesker, men i realiteten så kan det økende presset ha en negativ innvirkning på sykepleieres arbeidshverdag. Selv om sykepleie er et serviceyrke, vil det være forskjell på å jobbe med mennesker og å jobbe med produkter. Prioriteringer sykepleiere må gjøre i løpet av arbeidshverdagen kan føre til skyldfølelse, frustrasjon og utbrenthet, som kan ha negativ innvirkning på ens profesjonelle livskvalitet. Resultatet kan være sykepleiere som ikke klarer å stå i jobben lengre, og flykter fra yrket. Dermed er det pasientene som til syvende og sist må ta konsekvensene. En økende sykepleiermangel fører til større belastning på de sykepleierne som blir igjen i yrket. Det kan forstyrre krav om faglig forsvarlighet, som vil gå ut over kvalitet og kontinuitet i helsetjenesten og sist, men ikke minst, pasientsikkerheten. Setter en dette på spissen, kan effektiviteten, som skal bidra til at flere blir behandlet, føre til et større press på helse- og omsorgstjenesten. Feil og uhell som kan oppstå i pressede arbeidssituasjoner, kan i verste fall føre til pasientskader. Ikke bare vil det være en forlengelse av lidelse for enkeltmennesket, men det kan også være lite bærekraftig sett fra et samfunnsøkonomisk perspektiv. I tillegg så kan en utbrent sykepleier føre til økt press på helsetjenesten, da de kan ende opp med å trenge hjelp selv.

Hvordan samfunnet skal møte fremtidens utfordringer, har og blir stadig diskutert. Under koronapandemien var det mange som åpnet øynene for viktigheten av sykepleieryrket. Sykepleiere over hele verden ble klappet for, og mange kjente på en stolthet over å ha valgt akkurat dette yrket. Noen beskriver det som et kall, og ønsket om å hjelpe og bidra i samfunnet er drivkraften hos mange når en velger å bli sykepleier. Likevel er ikke ros og anerkjennelse tilstrekkelig når stadig økte, eksterne krav fører til at en strekker seg lengre, men likevel får skyldfølelse over alt en ikke rakk. Spørsmålet er hvor langt en kan strekke seg, før strikken ryker.

Tanker jeg sitter igjen med etter arbeidet med denne oppgaven, er at det bør rettes et større fokus mot ivaretagelse av hjelperne, og vekk fra dagens søkelys på kostnadseffektiv produksjon. Dette kan tenkes å være bærekraftig på sikt, da forskning har vist at pasienter som møter en sykepleier som er til stede med hele seg, opplever bedre kvalitet på omsorgen. En

skal ikke undervurdere «den gode samtalen» med pasienter. Den kan være verdifull sett fra sykepleierens faglige perspektiv, da en kan få vite nyttig og mulig livsviktig informasjon angående pasientens tilstand. I tillegg så kan det ha en terapeutisk effekt for pasienten, da mange har behov for støtte og samtale i sårbare situasjoner. For sykepleieren kan det ha en helsefremmende effekt, da tidligere forskning, men også funn fra denne studien, har vist at omsorgstilfredshet kan styrkes ved at en får tid til å lytte og se pasientene. Som nevnt tidligere, kan opplevelse av omsorgstilfredshet føre til mindre risiko for å utvikle omsorgstretthet og utbrenthet. Dette igjen kan tenkes å føre til lavere sykefravær, mer fornøyde pasienter, mindre utskifting av personale, og dermed bedre kontinuitet i helse- og omsorgstjenesten.

## Referanseliste

- Almvik, T. N. & Vråle, G. B. (2019). Sykepleiefaglig veiledning kan gi bedre helse og økt trivsel. *Sykepleien*. [10.4220/Sykepleiens.2019.75095](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.75095)
- Arbeidsmiljøloven (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern m.v. (LOV-2005-06-17-62). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2005-06-17-62>
- Baqeas, M. H., Davis, J. & Copnell, B. (2021). Compassion fatigue and compassion satisfaction among palliative care health providers: a scoping review. *BMC Palliative Care*, 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00784-5>
- Berglund, M., Westin, L., Svanström, R. & Sundler, A. J. (2012). Suffering caused by care – Patients` experiences from hospital settings. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 17(1), 1-9. [10.3402/qhw.v7i0.18688](https://doi.org/10.3402/qhw.v7i0.18688)
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. 10.1191/1478088706qp063oa
- Breivik, E. & Obstfelder, A. (2012). Yrkesmotivasjon og arbeidsglede i helsereformenes tid. *Nordisk sygeplejeforskning*, 2(2), 109-120. 10.18261/ISSN1892-2686-2012-02-03
- Brottveit, G. (Red.). (2018). *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder: om å arbeide forskningsrelatert*. Gyldendal.
- Bush, N. J. & Boyle, D. A. (2012). *Self-Healing Through Reflection: A Workbook for Nurses*. Oncology Nursing Society.
- Eines, T. F., Bakk, C., Jacobsen, I. & Malones, B. D. (2021). Sykepleieres erfaringer med omsorg for pasienter i terminal fase på sykehjem – en litteraturstudie. *Klinisk sygepleje*, 35(4), 323-333. <https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2021-04-05>
- Finley, B. A. & Sheppard, K. G. (2017). Compassion Fatigue: Exploring early-career Oncology Nurses` Experiences. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21(3), 61-66. [10.1188/17.CJON.E61-E66](https://doi.org/10.1188/17.CJON.E61-E66)
- Frey, R., Robinson, J., Wong, C. & Gott, M. (2018). Burnout, Compassion Fatigue and Psychological Capital: Findings from a Survey of Nurses delivering Palliative care. *Applied Nursing Research*, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.06.003>



- Frisch, N. C. & Rabinowitsch, D. (2019). What`s in a Definition? Holistic Nursing, Integrative Health Care, and Integrative Nursing. Report of an Integrated Literature Review. *Journal of Holistic Nursing*, 37(3), 260-272.  
<https://doi.org/10.1177%2F0898010119860685>
- Gautun, H., Øien, H. & Bratt, C. (2016). *Underbemanning er selvforsterkende. Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem*. (NOVA Rapport 6/2016). Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.  
[https://sykepleien.no/sites/default/files/til-trykk-nova-r6-16-25-mai-2016\\_2.pdf](https://sykepleien.no/sites/default/files/til-trykk-nova-r6-16-25-mai-2016_2.pdf)
- Gratland, W. & Nergård, A. (2017). Også hjelpere kan bli traumatisert. *Sykepleien*.  
[10.4220/Sykepleiens.2017.63864](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.63864)
- Gribben, L. & Semple, C. J. (2020). Factors Contributing to Burnout and Work-life Balance in Adult Oncology Nursing: An Integrative Review. *European Journal of Oncology Nursing*, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101887>
- Hansen, T. (2022, 26. januar). New Public Management. I Erik Bolstad (Red.), *Store Norske Leksikon*. Hentet 22. mars 2022 fra [https://snl.no/New\\_Public\\_Management](https://snl.no/New_Public_Management)
- Haavik, M. & Toven, S. (2021). *Ivaretagelse av hjelpere: er vi ikke betalt for å tåle dette? 2*. opplag. Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet (2019, 14. oktober). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen: nasjonal faglig retningslinje*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve med kreft. Nasjonal kreftstrategi (2018-2022)*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/266bf1eec38940888a589ec86d79da20/regjerings\\_kreftstrategi\\_180418.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/266bf1eec38940888a589ec86d79da20/regjerings_kreftstrategi_180418.pdf)
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.  
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Hofstad, E. (2021, 4.mars). Koronapandemien har gått ut over muskler og psyke. *Sykepleien*.  
<https://sykepleien.no/2021/03/koronapandemien-har-gatt-ut-over-muskler-og-psyke>

- Holvik, M. G., Boge, J. & Petersen, K. A. (2017). Helsevesenet detaljstyres utenfra. *Sykepleien*. [10.4220/Sykepleiens.2017.63826](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.63826)
- Houck, D. (2014). Helping Nurses Cope with Grief and Compassion Fatigue: An Educational Intervention. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(4), 454-458. [10.1188/14.CJON.454-458](https://doi.org/10.1188/14.CJON.454-458)
- Hunt, P., Denieffe, S. & Gooney, M. (2019). Running on empathy: Relationship of empathy to compassion satisfaction and compassion fatigue in cancer healthcare professionals. *European Journal of Cancer Care*, 1-8. [10.1111/ecc.13124](https://doi.org/10.1111/ecc.13124)
- Indregard, A-M. R, Knardahl, S. & Nielsen, M. B. (2018). Emotional Dissonance, Mental Health Complaints, and Sickness Absence Among Health- and Social Workers. The Moderating Role of Self-Efficacy. *Frontiers in Psychology*, 1-9. [10.3389/fpsyg.2018.00592](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00592)
- Isdal, P. (2017). *Smittet av vold: om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelperyrkene*. Fagbokforlaget.
- Jang, I., Kim, Y. & Kim, K. (2016). Professionalism and professional quality of life for oncology nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 2835-2845. [10.1111/jocn.13330](https://doi.org/10.1111/jocn.13330)
- Jarrad, R. A. & Hammad, S. (2020). Oncology Nurses` Compassion Fatigue, Burnout and Compassion Satisfaction. *Annals of General Psychiatry*, 1-8. [10.1186/s12991-020-00272-9](https://doi.org/10.1186/s12991-020-00272-9)
- Jenssen-Tveit, H. (2022). Samtalen mellom sykepleieren og pasienten kan ha stor betydning. *Sykepleien*, 1-7. [10.4220/Sykepleiens.2022.87964](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.87964)
- Karlsmoen, R. (2022, 4. januar). *Aldri har flere menn vært sykepleiere*. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/2022/01/aldri-har-flere-menn-vaert-sykepleiere>
- Kaspersen, K. & Bjarstad, H. (2020, 11. desember). Menneskets empatiske natur setter hjelperen i beredskap i møte med andres lidelse. *Forskning.no*. <https://blogg.forskning.no/bloggen-for-hjelpere/menneskets-empatiske-natur-setter-hjelperen-i-beredskap-i-mote-med-andres-lidelse/1784329>
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering* (2.utg.). Ad Notam Gyldendal.

- Kleiven, O. T., Kyte, L. & Kvigne, K. (2016). Sykepleieverdier under press? *Nordisk sykeplejeforskning*, 6(4), 311-326. 10.18261/ISSN.1892-2686-2016-04-03
- Kohli, D. & Padmakumari, P. (2020). Self-Care, Burnout, And Compassion Fatigue in Oncology Professionals. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 24(3), 168-171. [10.4103/ijoem.IJOEM\\_201\\_19](https://doi.org/10.4103/ijoem.IJOEM_201_19)
- Kreftforeningen. (2022, 27. januar). *Psykiske reaksjoner ved kreftsykdom*. <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/psykiske-reaksjoner/>
- Kreftforeningen. (u.å.). *Senskader etter kreftbehandling blant voksne*. Hentet 23. mars 2022 fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/senskader-voksne/>
- Kreftregisteret. (2021, 21. september). *Kreft i Norge*. <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>
- Kristoffersen, M. (2013). *Strekke seg mot tinder, stå i kneiker: Om å fortsette i sykepleien. En studie av livsforståelsens betydning for sykepleieres utøvelse av sykepleie* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Stavanger.
- Kristoffersen, M. & Friberg, F. (2016). Transformasjonsledelse og økte effektivitetskrav i sykepleien. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(1), 13-19. 10.1177/0107408315595163
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Larsen, I. K., Ursin, G. & Weiderpass, E. (24.01.2018). Folkehelse rapporten: kreft i Norge. Camilla Stoltenberg. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kreft/>
- Lied, I. B., Lindgren, M. L. & Helberget, L. K. (2021). Tidspress blant sykepleiere kan påvirke kvalitet og pasientsikkerhet: en systematisk review. *Klinisk sykepleje*, 35(2), 242-254. <https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2021-03-05>
- Livgard, E. F. (2022). *Helsepolitisk barometer 2022 – befolkningens holdninger i helsepolitiske spørsmål*. (PowerPoint lysbilder). Hentet fra <https://kantar.no/globalassets/ekspertiseomrader/politikk-og->

[samfunn/helsepolitisk/2022/helsepolitisk-barometer-2022\\_presentasjon\\_for-publisering.pdf](#)

- Lystrup, M., Tuven, K., Oksholm, T. & Alvsvåg, H. (2019). Mindfulness i sykepleieutdanningen – disiplinering eller dannelse? *Nordisk sykeplejeforskning*, 9(4), 243-255. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-04-03>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Malt, U. (2021, 30. mars). Utbrenthet. I Erik Bolstad (Red.), *Store Medisinske Leksikon*. Hentet 23. februar 2022 fra <https://sml.snl.no/utbrenthet>
- Martinsen, K. (1996). *Fenomenologi og omsorg: tre dialoger* (2.utg.). Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2008). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays* (2.utg.). Universitetsforlaget.
- Meld. St. 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/?ch=1>
- Meld. St. 30 (2011-2012). *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk: alkohol – narkotika – doping*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-30-20112012/id686014/?ch=1>
- Mooney, C., Fetter, K., Gross, B. W., Rinehart, C., Lynch, C. & Rogers, F. B. (2017). A Preliminary Analysis of Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue with Considerations for Nursing Unit Specialization and Demographic Factors. *Journal of Trauma Nursing*, 24(3), 158-163. 10.1097/JTN.0000000000000284
- Norsk sykepleierforbund (2018). *Tåler vi turnus? Erfaringer og anbefalinger om turnus og helse*, Magnar Kleiven. [Brosjyre]. <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/hNQmuc7hzFrPtIDa4MYUCNBSnwZttcO8i1VCPokHeNZF1FxOxS.pdf>
- NOU 2017:16. (2017). *På liv og død: palliasjon til alvorlig syke og døende*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/ed91baf5d25945b1a0b096c0ce376930/nou/pdfs/nou201720170016000dddpdfs.pdf>

- Nydal, I., Åsmo, K. Dybvik, T. K. & Torheim, H. (2016). Stressa sykepleiere i kommunen. *Sykepleien*. [10.4220/Sykepleiens.2016.56777](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.56777)
- Ortega-Campos, E., Vargas-Romàn, K., Velando-Soriano, A., Suleiman-Martos, N., Cañadas-de la Fuente, G. A., Albendin-García, L. & Gómez-Urquiza, J. L. (2019). Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Burnout in Oncology Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sustainability*, *12*(1), 1-12.  
<https://doi.org/10.3390/su12010072>
- Pasient– og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient– og brukerrettigheter m.v. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Piotrkowska, R., Jarzynkowski, P., Ksiazek, J. & Medrzycka-Dabrowska, W. (2019). Satisfaction with life of oncology nurses in Poland. *International Nursing Review*, *66*(3), 374-380. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1111/inr.12521>
- Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L. & Olsen, S. (2010). Compassion Fatigue and Burnout: Prevalence Among Oncology Nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *14*(5), 55-62. 10.1188/10.CJON.E56-E62
- Prop. 1 S (2021-2022). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak). For budsjettåret 2022*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/3fbb254528af4aefa1090b60f2c02eda/no/pdf/s/prp202120220001hodddpdfs.pdf>
- ProQOL (2019). *Compassion Satisfaction*. Professional Quality of Life Measure (ProQOL.org). Hentet 5. mai 2021 fra  
[https://proqol.org/Compassion\\_Satisfaction.html](https://proqol.org/Compassion_Satisfaction.html)
- Rasmussen, B. & Kjevnik-Wycherley, I. (2019). Eldreomsorgens bemanningskrise: budsjett- eller personalpolitikk? *Tidsskrift for velferdsforskning*, *22*(4), 313-324.  
<https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2019-04-04>
- Sandanger, H. (2020). Bevissthet om signaler på omsorgstretthet. *Omsorg*, 20-25.  
<https://blaibok.fagbokforlaget.no/FagbokforlagetA/2021/omsorg-2020-bevissthet-om-signal-paa-omsorgstretthet/?page=1>

- Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S. & Benito, E. (2015). Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Relationship Among Awareness, Self-care, Compassion Satisfaction and Fatigue, Burn-out, and Coping with Death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(2), 1-19. [10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013)
- Sheppard, K. (2015). Compassion fatigue among registered nurses: Connecting theory and research. *Applied Nursing Research*, 57-59. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2014.10.007>
- Skjøstad, O., Hjemås, G. & Beyrer, S. (2017, 25. august). 1 av 5 nyutdanna sykepleiere jobber ikke i helsetjenesten. *Statistisk sentralbyrå*. Hentet 11. april 2022 fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/1-av-5-nyutdanna-sykepleiere-jobber-ikke-i-helsetjenesten>
- Skovholt, T. M. & Trotter-Mathison, M. (2016). *The Resilient Practitioner: Burnout and Compassion Fatigue Prevention and Self-care Strategies for the Helping Professions* (Third edition). Routledge.
- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*, 2<sup>nd</sup> Ed. Pocatello, ProQOL.org. <https://img1.wsimg.com/blobby/go/dfc1e1a0-a1db-4456-9391-18746725179b/downloads/ProQOL%20Manual.pdf?ver=1622839353725>
- Svenaesus, F. (2005). *Sykdommens mening – og møtet med det syke mennesket*. Gyldendal Akademisk.
- Sykepleierløftet (2021). *Norsk sykepleierøkonomi under lupen: helsesjekken*. <https://sykepleierloftet.no/>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Todaro-Franceschi, V. (2019). *Compassion Fatigue and Burnout in nursing, Second Edition: Enhancing Professional Quality of Life*. (2. utg.). Springer Publishing Company.
- Tuhus, R., Lorentsen, V. B., Winger, A. & Steindal, S. A. (2021). Palliasjon og lindring – en begrepsbestemmelse ved bruk av etymologiske ordbøker og offentlige dokumenter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 7(3), 1-18. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-03-04>

Unhjem, J. V. (2020). Studentene lærer om helserisikoer med å jobbe i et hjelperyrke.

*Sykepleien*. 10.4220/Sykepleiens.2020.82726

Wu, S., Singh-Carlson, S., Odell, A. Reynolds, G. & Su, Y. (2016). Compassion Fatigue, Burnout and Compassion Satisfaction Among Oncology Nurses in the United States and Canada. *Oncology Nursing Forum*, 43(4), 161-169. 10.1188/16.ONF.E161-E169

Xie, W., Wang, J., Zhang, Y., Zuo, M., Kang, H., Tang, P., Zeng, L., Jin, M., Ni, W. & Ma, C. (2020). The levels, prevalence and related factors of compassion fatigue among oncology nurses: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 615-632. <https://doi.org/10.1111/jocn.15565>

Zhang, Y., Han, W., Qin, W., Yin, H., Zhang, C., Kong, C. & Wang, Y. (2017). Extent of compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in nursing. *Journal of Nursing Management*, 810-819. 10.1111/jonm.12589

## Vedlegg A: intervjuguide

### Intervjuguide

**Tema: «Ivaretagelse av hjelperen: om belastning og beskyttelse».**

**Ha med:** informasjonsskriv, intervjuguide, diktafon, papir og penn og samtykkeskjema.

#### Innledning til intervjuet:

- Gi informasjon om intervjuet og gjennomgang av informasjonsskrivet.
- Informere om min rolle som forsker, taushetsplikt, frivillighet og publisering.
- Innhente muntlig og skriftlig samtykke.
- Gi kort informasjon om hvilke tema jeg ønsker å gå gjennom i intervjuet.
- Informere om at det er greit dersom det er noe informanten ikke ønsker å svare på, og dersom noe er vanskelig å forstå må informanten gi beskjed.
- Informanten må gi beskjed dersom han/hun ønsker å ta en pause.
- Intervjuet er planlagt å vare i ca. 1 – 1,5 time
- Spørre om informanten har noen spørsmål før vi starter.

#### Tema 1: Informantens bakgrunn

- Alder
- Arbeidssted (sykehusavdeling, i kommunehelsetjenesten, i en palliativ enhet o.l.).
- Arbeidserfaring som sykepleier og arbeidserfaring innen kreftomsorgen (antall år)
- Arbeidstider (turnus (dag/aften/natt/helg/helligdager) eller dagarbeid?) og stillingsprosent.

#### Tema 2: Kreftomsorgen

- Hvorfor valgte du å jobbe innen kreftomsorgen?
- Kan du fortelle om en vanlig arbeidsdag for deg? (antall pasienter, oppgaver o.l.).
- Er det noen spesielle utfordringer du opplever med å jobbe med denne pasientgruppen?
- Hvordan er hverdagen lagt opp, med tanke på praktiske oppgaver og ivaretagelse av psykososiale behov hos pasientene/pårørende du møter?

#### Tema 3: Effektivitet, prioriteringer, refleksjon og egenomsorg

- Hvordan påvirkes arbeidet du gjør i det daglige av kravet til effektivitet i helsevesenet?
- Opplever du at du må gjøre prioriteringer i løpet av arbeidsdagen?
  - o Hvis ja: hvordan opplever du å ta slike prioriteringer? Gjerne kom med eksempler.



- Prioriteringer sett i sammenheng med pasientsikkerhet.
- Hvilken kultur er det med å ta opp ulike problemstillinger blant kolleger og ledelse på din arbeidsplass?
  - Er det rom for refleksjon?
  - Er egenomsorg og helsefremming hos sykepleiere et tema?
- Hvordan håndterer du egne følelser som reaksjoner på andres lidelse?
- Hvordan «legger du fra deg jobben» når du har fri?
- Kan du beskrive hvordan du opplever arbeidsdagen din nå sett i sammenheng med de forventninger/antakelser du hadde om sykepleieryrket under utdannelsen?
- Hvis du skulle beskrevet en arbeidsdag som for deg oppleves som «den perfekte arbeidsdag», hvordan ville den sett ut?
- Hvilke faktorer bidrar til at du opplever mestringsfølelse og opplevelse av mening i arbeidet?

**Avslutningsvis:**

- Hva er din største motivasjon for å fortsette i yrket?
- En av fem sykepleiere slutter i yrket før de har jobbet i ti år. Nevn tre ting som kunne bidratt til at flere blir i jobben
- Har du noen spørsmål eller noe du ønsker å tilføye?

## Vedlegg B: informasjonsskriv

### Vil du delta i forskningsprosjektet

#### *«Ivaretagelse av hjelperen: om belastning og beskyttelse»?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne ut hvordan sykepleiere som arbeider i ulike deler av kreftomsorgen opplever å jobbe med pasienter med kreft. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

På grunn av den antatte sykepleiermangelen som vil komme i årene fremover, kan det være nyttig å se på hvordan sykepleierne selv opplever sin arbeidshverdag. Hverdagen i helsevesenet preges av et høyt tempo, med mange praktiske oppgaver som skal utføres. I tillegg så er hver eneste pasient man møter et unikt menneske, som kanskje står i sitt livs tøffeste kamp. Når man jobber med mennesker, tar man del i andres lidelse. For å gi god omsorg, må en vise medfølelse og empati. På en annen side kan dette gjøre en sårbar, og det kan være en belastning for den enkelte som hjelper. Bakgrunnen for valg av tema til dette prosjektet, er å få mer kunnskap om hvordan sykepleiere som jobber innen kreftomsorgen opplever det å jobbe med pasienter med kreft, blant annet hvordan man skaper balanse mellom å gi omsorg og ivareta egenomsorg. Hensikten med studien vil være at den kan bidra til at det rettes mer fokus mot ivaretagelse av hjelperen.

Dette er en masteroppgave, som del av utdanningen master i helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Universitetet i Stavanger (UIS) er ansvarlig for prosjektet.

Veileder på oppgaven er Kirsten Lode.

Forslag til tema for oppgaven ble lagt ut på UIS samhandlingsportal av Kreftomsorg Rogaland (KOR) ved Solveig Fridheim Torp.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du blir spurt om å delta i prosjektet fordi du er sykepleier og jobber innen kreftomsorgen. Jeg har kontaktet leder på din arbeidsplass som har godkjent at forespørsel om deltakelse i denne studien kan sendes ut til dere som jobber der.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Dette er en kvalitativ studie, og datainnsamling skal skje ved en-til-en-intervju. Du kan selv være med å bestemme tid og sted for intervjuet. Det vil være et intervju, som vil vare i ca. en time. Spørsmålene jeg kommer til å stille kommer blant annet til å omhandle din bakgrunn, arbeidserfaring, berikelser og utfordringer ved jobben din og hvordan ulike problemstillinger håndteres individuelt hos deg, men også om det er rom for åpenhet og refleksjon på din

arbeidsplass. Jeg kommer til å stille oppfølgingsspørsmål der jeg vurderer at det er behov for det. Det vil bli tatt notater underveis, og brukt lydopptak. Dette er for å få registrert så nøyaktig og korrekt informasjon som mulig til bruk i det videre arbeidet.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du trekke tilbake samtykket uten å oppgi grunn frem til dataanalysen starter. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det er kun jeg og veileder som har tilgang til dataene som er samlet inn.
- Dataene vil bli aidentifisert. Det innebærer at navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Dataene skal oppbevares trygt bak to låsbare enheter.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er ca. 1. juni 2022.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg? Vi**

behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Stavanger har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- *Universitetet i Stavanger ved Mathilde H. Arnes* ([mh.arnes@stud.uis.no](mailto:mh.arnes@stud.uis.no), tlf.: 48097337). *Veileder: Kirsten Lode* ([Kirsten.lode@sus.no](mailto:Kirsten.lode@sus.no))
- Vårt personvernombud: Katrine Maritvold ([katrine.maritvold@uis.no](mailto:katrine.maritvold@uis.no)).

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

*Kirsten Lode*  
(Veileder)

*Mathilde H. Arnes*  
(Masterstudent)

## Vedlegg C: samtykkeerklæring

---

### Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Ivaretagelse av hjelperen: om belastning og beskyttelse*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i *intervju*.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

# Vedlegg D: meldeskjema til NSD

25.04.2022, 12:58

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

## Vurdering

### Referansenummer

280637

### Prosjekttittel

Ivaretagelse av hjelperen: om belastning og beskyttelse

### Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Stavanger / Det helsevitenskapelige fakultet

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Kirsten Lode, Kirsten.lode@uis.no, tlf: 47866779

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Mathilde Hallseth Arnes, mh.arnes@stud.uis.no, tlf: 48097337

### Prosjektperiode

16.08.2021 - 01.06.2022

### Vurdering (1)

#### 10.06.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 10.06.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.06.2022.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### TAUSHETSPLIKT

Deltagerne i prosjektet har taushetsplikt. Intervjuene må gjennomføres uten at det fremkommer opplysninger som kan identifisere pasienter.

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/60ae2088-72c1-45d4-ba14-b418cc9ec432>

1/2

## PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

## DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

## FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

## MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

## OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!