



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Hur stress i arbetsmiljön påverkar sjuksköterskors omvårdnadsarbete i samband med palliativ vård

Författare: Klara Larslin och Nathalie Vahlgren

Handledare: Helena Rosén

Kandidatuppsats

Våren 2014

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Hur stress i arbetsmiljön påverkar sjuksköterskors omvårdnadsarbete i samband med palliativ vård

Författare: Klara Larslin och Nathalie Vahlgren

Handledare: Helena Rosén

Kandidatuppsats

Våren 2014

Abstrakt

Arbetet med patienter i det palliativa skedet är emotionellt påfrestande och kan leda till stress och utbrändhet. Stress i sjuksköterskans arbetsmiljö kan på olika sätt påverka den omvårdnad hon ger patienter. Syftet med den här litteraturstudien var att beskriva hur stress i arbetsmiljön påverkar sjuksköterskors omvårdnadsarbete i samband med palliativ vård. Resultatet är en sammanställning av elva vetenskapliga artiklar. Sjuksköterskorna som deltog arbetade med palliativ vård på hospice, sjukhus, cancercenter och i hemsjukvården. Resultatet presenterades i tre övergripande teman som beskrev faktorer som bidrog till stress och påverkade omvårdnadsarbetet; organisatoriska faktorer, kommunikation som stressfaktor och balansgången mellan professionellt och personligt engagemang. Den stressfaktor som främst belystes av sjuksköterskorna var bristen på tid till reflektion och en stor arbetsbörda, vilket påverkade sjuksköterskans välmående och den vård hon gav.

Nyckelord

Stress, arbetsmiljö, omvårdnad, palliativ

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Introduktion	2
Problemområde	2
Bakgrund	2
Syfte	7
Metod	7
Urval	7
Datainsamling	7
Dataanalys	9
Forskningsetiska avvägningar	9
Resultat	10
Organisatoriska faktorer	10
Brist på stöd och tid för reflektion	11
Stor arbetsbörda	12
Kommunikation som stressfaktor	13
Med patienten	13
Med anhöriga	14
Den emotionella balansgången	15
Professionell distans för adekvat vård	15
Dödens ständiga närvaro	16
Diskussion	17
Diskussion av vald metod	17
Diskussion av framtaget resultat	18
Slutsats och kliniska implikationer	22
Författarnas arbetsfördelning	23
Referenser	23
Bilaga 1 (2)	29
Bilaga 2 (2)	29

Introduktion

Problemområde

Alla liv börjar med födsel och slutar med död. Däremellan ser alla liv olika ut men hos många är tankar om döden närvarande i olika skeden. De flesta känner någon som har avlidit eller någon som lider av en dödlig sjukdom och det kan ofta framkalla tankar om sin egen existens och när den ska ta slut.

Att arbeta som sjuksköterska med döende patienter kan vara stressande då de hela tiden påminns om sin egen sårbar- och dödlighet. Samtidigt som de ska handskas med sorg bidrar också faktorer som personalkonflikter, vilken typ av utbildning de har och etiska dilemman till att de blir emotionellt utmattade (Hackett & Palmer, 2010). Det kräver mycket från sjuksköterskor att jobba med döende patienter, så som att ta beslut i etiska dilemman och att jobba under press från anhöriga. Ibland finns inte heller tid för reflektion eller support från ledningen (Hackett & Palmer, 2010; Karlsson, Roxberg, Barbosa da Silva & Berggren, 2010).

En undersökning genomförd inom hospicevården i Storbritannien visade att sjuksköterskor tyckte det var jobbigt att hitta en balansgång mellan ett professionellt och personligt engagemang (Hackett & Palmer, 2010). Det ställer således många krav på sjuksköterskor att arbeta med döende patienter och det är många faktorer som spelar in i hur sjuksköterskorna påverkas av stress i arbetsmiljön och i det dagliga mötet med patienter och anhöriga och de här faktorerna kommer undersökas i föreliggande studie.

Bakgrund

Palliativ vård

“Palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och de närstående...”. (Nationella Rådet för Palliativ Vård, 2013).

Palliativ vård är benämningen på den vård som ges från och med det att en sjukdom inte längre svarar på kurativ behandling utan endast lindrande behandling ges och patientens förväntade livslängd är relativt kort. Begreppet palliativ vård har sitt ursprung från det latinska ordet pallium, vilket betyder kappa eller täcke. I palliativ vård syftar det till att ”täcka” symtomen. Det ska ske med hjälp av åtgärder vars syfte är att främja patientens välbefinnande så långt som möjligt (Beck-Friis & Strang, 2012). Målet med palliativ omvårdnad är att främja livskvalitén genom sjukdomsförloppet och genom smärtlindring. För att nå en så bra palliativ vård som möjligt krävs ett samarbete mellan olika professioner där till exempel läkare, sjuksköterska och terapeut kan ingå (Ferrell & Coyle, 2010).

Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (2005) beskriver hur sjuksköterskan ska möta patientens lidande och tillgodose patientens specifika omvårdnadsbehov. Vidare gäller även för specialisering inom palliativ omvårdnad (2008) att ett samarbete i ett vårdteam behövs för att lindra symptom hos patienter i livets slutskede. I palliativ omvårdnad ska sjuksköterskan uppmärksamma och så långt som möjligt tillgodose de fysiska, psykiska, sociala, spirituella och existentiella behov som finns både hos patient och närstående. Sjuksköterskans ska till exempel hjälpa till med symtomlindring, integrera kulturella värderingar i omvårdnaden, stötta vid sorgearbete och försöka tillfredsställa patientens önskemål (Ferrell & Coyle, 2010).

Socialstyrelsen (2012) har tagit fram riktlinjer som stöd för vägledning för god palliativ vård i livets slutskede. Riktlinjerna innehåller de fyra hörnstenar som beskriver vad den goda vården ska koncentreras på:

- Symtomlindring
- Interprofessionellt samarbete
- Kommunikation och relation, både i arbetslag och med patienter och dess anhöriga
- Närståendestöd

Att arbeta med patienter i livets slutskede är både fysiskt och psykiskt krävande av sjuksköterskan på så sätt att det involverar till exempel etiska problem och att sjuksköterskorna ska kunna hålla en professionell distans. (Nielsen & Glasdam, 2012; Karlsson et al, 2010).

Miljö

Omvårdnadsteorier beskriver olika teoretiska perspektiv på hur vård och omsorg borde skötas samt sjuksköterskans uppgifter och ansvar i det hela. I de olika teorierna tas vissa konsensusbegrepp upp, där ibland människa, hälsa, omvårdnad samt miljö (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2006). Begreppet miljö beskrivs som en omständighet som påverkar människan rent allmänt. De yttre faktorerna som luft, vatten och ljud betonas men även den psykosociala miljön beskrivs i vissa teorier (Rooke, 1995).

Enligt omvårdnadsteoretikern Faye Glenn Abdellah så är det sjuksköterskans uppgift att skapa och/eller upprätthålla en terapeutisk vårdmiljö. Hon menar att patienten påverkas av miljön den vistas i och att sjuksköterskan är en del av miljön. Till exempel om sjuksköterskan är negativt inställd till sitt arbete i patientens närhet så påverkar det patientens miljö negativt och då också patienten (Abdellah, Beland, Martin & Matheney, 1960).

Arbetsmiljö

Enligt Nationalencyklopedin (2013) syftar begreppet arbetsmiljö till de förhållanden som finns på en arbetsplats och hur människorna som arbetar där har det. Begreppet innefattar både relationer mellan kollegor och hur miljön på själva arbetsplatsen påverkar de som arbetar där.

Inom sjukvården benämns arbetsmiljö ofta som vårdmiljö och där innefattas både miljön patienten vårdas i och den miljö som personalen vårdar och arbetar i. För att nå den bästa möjliga vårdmiljön krävs det att vårdens resurser fördelas med förutsättningarna i yrkesutövandet och villkoren för medarbetarna i åtanke. En hälsosam vårdmiljö är grunden för att vårdtagaren ska få bästa möjliga vård och att yrkesutövarna ska kunna ge den bästa möjliga vården, såväl i arbetslag som för den enskilde i arbetet (Vårdförbundet, 2012).

Sjuksköterskor arbetar i en miljö där det ofta finns personalbrist, hög arbetsbörda och få resurser att arbeta på ett effektivt sätt. Arbetsmiljöer skiljer sig åt inom vården då man arbetar på olika sätt på olika vårdinstitutioner. På vissa arbetar man i skift med både dag-, kväll-, och nattpass och på andra arbetar man endast dagtid och har lediga helger. Ofta förekommer också övertidsarbete i yrket (Sveinsdóttir, Biering & Ramel, 2006).

Stress i arbetsmiljö

Stress är anpassningsreaktioner som utlöses av påfrestningar, såväl fysiska som psykiska. Stress utlöses bland annat av sympatiska nervsystemet och kan framkallas av krav som kan kännas ouppnåeliga av en individ (Nationalencyklopedin, 2013). Stress kan alltså beskrivas som en bristande jämvikt mellan de krav som ställs på oss och förmågan vi har att hantera dem. Långvarig exponering av stress kan leda till bristande prestationsförmåga, kronisk trötthet, nedstämdhet, minnesstörningar och sömnproblem. En viktig motverkande faktor mot stress är sömn, som ger kroppen den nödvändiga återhämtning den behöver. Således är god sömn en förutsättning som krävs för att klara påfrestningar (Folkhälsorapport, 2009).

Något som tyder på att arbetsmiljön har en stor inverkan på stress är beskrivet i Folkhälsorapporten (2009) där det står att vid hög jäkt och höga psykiska krav i arbetet så ökar stressymtomen och vid låg jäkt och låga psykiska krav i arbetet minskar stressymtomen.

Karaseks (1990) stressteori beskriver arbetets krav på den som utför det och vilka stressreaktioner som arbetet framkallar. Dessa är sammanfattade i en modell där utgångsläget är att stressreaktionerna hos den enskilde anställde påverkas av de krav som arbetet ställer på denne och vilken möjlighet den anställde har att kontrollera sitt arbete. I modellen har Karasek kombinerat nivån av arbetskrav och egenkontroll och skapat fyra olika typer av arbeten: aktiva arbeten, passiva arbeten, högstressarbeten och lågstressarbeten. Med arbetskrav menar Karasek de krav arbetet ställer på individen för att denne ska klara av att utföra sitt arbete, krav som kan vara både fysiska och psykiska. Egenkontroll delar Karasek upp i två delar; kvalifikationsgrad och möjligheter att fatta egna beslut på arbetet. Kvalifikationsgrad innebär att den anställde känner att den får dra nytta av sina kvalifikationer och kan lära sig nya saker. Beslutsmöjligheterna innebär i hur stor utsträckning den anställde kan påverka hur sitt arbete läggs upp (Karasek & Theorell, 1990).

Karasek (1990) beskriver även hur Johnson senare har kompletterat modellen med ytterligare en komponent: socialt stöd. Finns det socialt stöd kallas det arbetet för kollektivt och finns inget eller en låg grad av socialt stöd kallas arbetet för isolerat. Johnson menar att det sociala stödet kan tillgodose grundläggande behov av umgänge och grupp känsla. Vid störningar i balansen mellan arbetskrav och egenkontroll kan det sociala stödet fungera som ett skydd (Karasek & Theorell, 1990).

En rapport från Tjänstemännens Centralorganisation (2012) visar att sjuksköterskor tillhör en av de mest stressade yrkesgrupperna. Det finns också flera studier genomförda runt om i världen med resultat som visar att sjuksköterskor arbetar under stressfulla förhållanden, till exempel Australien och Nya Zeeland (Chang, Bidewell, Huntington, Daly, Johnson, Wilson, Lambert & Lambert, 2007), Island (Sveinsdóttir et al, 2006), Italien (Fiabane, Giorgi, Sguazzin & Argentero, 2013), Japan (Ito, Fujita, Seto, Kitazawa, Matsumoto & Hasegawa, 2013), Kroatien (Golubic, Miloscevic, Knezevic & Mustajbegovic, 2009), Ungern (Piko, 2006) och USA (Purcell, Kutash & Cobb, 2011).

En rapport från Stressforskningsinstitutet (2012) visar att skiftarbete med inslag av nattskift medför en kraftig störning av sömn och vakenhet. Den ökade tröttheten försämrar patientsäkerheten och ökar risken för medicinska felbehandlingar. Förkortad dygnsvila inom vården medför förkortad sömn och då också ökad trötthet.

Hög arbetsbörda och höga nivåer av stress på arbetet försämrar omvårdnadskvalitéer och hög arbetsbörda kan ha förödande effekter för patientens säkerhet då sjuksköterskan kan bli ouppmärksam. Sjuksköterskorna finner det också svårt att uppfylla patienternas behov vid höga nivåer av stress och arbetsbörda (Sveinsdóttir et al 2006).

Studien från Australien och Nya Zeeland undersökte bland annat olika typer av stresshantering i samband med hälsa, och hur väl författarnas hypotes att ökad stressnivå leder till försämrad hälsa stämmer överens. Frågeformulär skickades ut till 518 sjuksköterskor i båda länderna och 41 % svarade på enkäten. Resultatet av studien visade att stress i högsta grad är associerat med negativa effekter på hälsan (Chang et al, 2007).

En faktor som anses vara relaterad till uppkomsten av arbetsrelaterad stress är att arbeta med mänskligt lidande, sjukdom eller skada (Währborg, 2009).

Syfte

Syftet är att beskriva hur stress i arbetsmiljön påverkar sjuksköterskors omvårdnadsarbete i samband med palliativ vård.

Metod

En litteraturstudie med kvalitativ ansats har genomförts för att undersöka hur stress i arbetsmiljön påverkar sjuksköterskors omvårdnadsarbete i samband med palliativ vård. En litteraturstudie är lämplig att använda i föreliggande undersökning då den skapar en översikt av befintlig forskning inom området. (Friberg, 2012).

Urval

Sökningarna avgränsades till studier med syftet att belysa hur stress i arbetsmiljön påverkar sjuksköterskans omvårdnadsarbete inom palliativ vård. Det fokuserades på kvalitativa studier men även kvantitativa studier med ett syfte som låg nära föreliggande studies syfte granskades. Andra avgränsningar var att artiklarna inte fick vara äldre än tio år, därför att det kan ha skett förändringar i hur sjuksköterskor arbetar inom den palliativa vården. Det kan också ha skett organisatoriska förändringar och författarna anser att resultatet blir mer relevant om studierna som granskas är så aktuella som möjligt. Artiklarna ska vara publicerade på skandinaviska språk eller engelska. Studier som undersökte hur stress i arbetsmiljön påverkade sjuksköterskor i samband med palliativ omvårdnad av barn uteslöts. Även studier som undersökte sjuksköterskans arbete med akut döende patienter uteslöts. Studier som inte var granskade av en etisk kommitté uteslöts.

Efter ovanstående beskrivna sökningar valdes fem artiklar till studien. Övriga sex artiklar som använts hittades genom en manuell sökning i referenserna i ovan valda artiklar.

Datainsamling

Utifrån syftet skapades sökord för att få ett relevant resultat. MeSH-termer har använts för att få fram så många träffar relaterade till sökordet som möjligt. För artikelsökning har databaserna PubMed och CINAHL använts. Databaserna är breda då de till exempel täcker områdena medicin, omvårdnad, sjukgymnastik och arbetsterapi (Forsberg & Wengström, 2013). MeSH-termer som har använts i PubMed (tabell 1) är ”burnout, professional” och ”palliative care”. Termer som har använts i CINAHL (tabell 2) är ”nurses”, ”end-of-life care”, ”stress” och ”palliative care”.

Följande sökord formulerades men vid sökning i databaserna påträffades inga relevanta artiklar för studiens resultat: ”psychological stress”, ”terminal care”, ”stressors” och ”nursing staff”.

Efter att sökningar genomfördes med ovan nämnda sökord skedde den första granskningen utifrån titlarna på artiklarna. I första urvalet lästes de abstrakt till artiklar som hade en relevant titel kopplat till föreliggande studie. Relevansen bedömdes utifrån komparabiliteten med syftet i föreliggande studie.

Om abstraktet var av betydelse för studiens syfte granskades artikeln ytterligare i sin helhet genom att de lästes grundligt flera gånger och granskades utifrån Fribergs (2012) exempel på granskningsmall för kvalitativa och kvantitativa studier. Genom granskningsmallen kvalitetsbedömdes artiklarna och artiklar som inte höll tillräckligt hög kvalitet efter kvalitetsbedömningen exkluderades. De artiklar som exkluderades fokuserade på vård av döende patienter i det akuta skedet samt palliativ omvårdnad av barn. Andra granskade artiklar visade sig inte vara godkända av en etisk kommitté och uteslöts därför. Även en artikel som hade sjuksköterskestudenter i fokus uteslöts samt en som enbart fokuserade på effektivitet av olika stressreduceringsprogram.

Tabell 1 Sökschema i PubMed

PubMed	Sökord	Antal träffar	Urval 1	Granskade	Valda artiklar
#1	Burnout, Professional [Mesh]	3632			
#2	Palliative care [Mesh]	16921			
#3	#1 AND #2	52	52	5	3

Tabell 1 Sökschema i CINAHL

CINAHL	Sökord	Antal träffar	Urval 1	Granskade	Valda artiklar
#1	Nurses	135366			
#2	End-of-life care	6908			
#3	Stress	72847			
#4	Palliative care	18680			
#5	#1 AND #3 AND #4	114	114	4	1
#6	#1 AND #2 AND #3	78	78	3	1

Dataanalys

Analysen har genomförts med utgångspunkt i vad Friberg (2012) skriver om att bidra till evidensbaserad omvårdnad. Till en början skedde en upprepad och noggrann genomläsning av artiklarna. För att sedan få en överblick av artiklarnas innehåll skapades en artikelmatris. I artikelmatrisen beskrevs syfte, metod och resultat av varje artikel kortfattat. I nästa steg utforskades likheter och/eller skillnader i resultat innehåll, vilket enligt Friberg (2012) är ett förslag till infallsvinkel i analysen. Syftet med analysen var att skapa en sammanfattande bild av redan publicerade forskningsresultat.

Forskningsetiska avvägningar

Helsingforsdeklarationen (2008) innehåller etiska riktlinjer för medicinsk klinisk forskning. Ett exempel på vad den innehåller är att oberoende personer bör granska forskning och att alla de personer som deltar i studien ska ha gett informerat samtycke (Henricson, 2013). Riktlinjerna i Helsingforsdeklarationen återfinns även i lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor. Syftet med både deklarationen och lagen är att skydda den enskilda individen och respektera människovärdet i samband med forskning. Författarna har arbetat inom ramarna för de etiska riktlinjer som finns i beskrivna i Helsingforsdeklarationen.

Författarna till föreliggande studie strävade efter att förstå studierna utifrån deras premisser för att sedan kunna analysera och presentera resultatet objektivt.

Resultat

De elva granskade studierna hade ett syfte som låg nära syftet i den här studien. Fem av studierna hade som syfte att utforska och beskriva sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser av att tillhandahålla palliativ vård. Fem studier hade som syfte att identifiera stressfaktorer och ge en ökad förståelse för hur sjuksköterskor hanterar stress i samband med deras omvårdnadsarbete. En studie hade som syfte att identifiera olika aspekter av vård som sjuksköterskor anser viktigast i vård av patienter i palliativt tillstånd.

Efter granskning av studierna identifierades upprepade faktorer av stress som var emotionellt påfrestande och som sjuksköterskorna ansåg vara det som påverkar deras arbete mest.

Resultatet presenteras nedan i följande kategorier och underkategorier:

- Organisatoriska faktorer
 - Brist på stöd och tid för reflektion
 - Stor arbetsbörda

- Kommunikation som stressfaktor
 - Med patienten
 - Med anhöriga

- Den emotionella balansgången
 - Professionell distans för adekvat vård
 - Dödens ständiga närvaro

Organisatoriska faktorer

En studie av Pereira, Fonseca och Carvalho (2012) visade att en icke fungerande organisation är en stor risk för utbrändhet hos sjuksköterskor, vilket stöds av resultat från ett flertal andra studier (Ablett & Jones, 2006; Bruneau & Ellison, 2004; Dunne, Sullivan & Kernohan, 2005;

Dougherty, Pierce, Ma, Panzarella, Rodin & Zimmermann, 2009; Hackett, Palmer & Farrants, 2009; Pereira et al., 2012; Peterson, Johnson, Halvorsen, Apmann, Chang, Kershek, Scherr, Ogi & Pincon, 2010; Sandgren, Thulesius, Fridlund & Petersson, 2006 och Wu & Volker, 2009)

Brist på stöd och tid för reflektion

I tre av de elva granskade studierna uppmärksammades vikten av att få stöd och återkoppling från kollegor på arbetet (Bruneau & Ellison, 2004; Sandgren et al., 2006 och Wu & Volker, 2006). Många av sjuksköterskorna som deltog i studien av Bruneau och Ellison (2004) kände att de hade ett stort behov av att reflektera, men inte fick tillräckligt många tillfällen att dela med sig av sina erfarenheter och känslor med kollegor på avdelningen. De som arbetade deltid nämnde att de kände att möjligheten till support blev mindre då de spenderade lite tid på arbetet på grund av deras deltidstjänst.

En tydlig stressfaktor som framkom i undersökningen av Hackett et al. (2009) var att personalens förståelse för sin roll inom organisationen var av betydelse. Organisationen ska se till att personen inte har konflikter med sin roll utan vet vad ens ansvar är, till exempel att sjuksköterskan är införstådd med vilka uppgifter som hon ansvarar för och vad som är andras ansvar.

En annan risk för utbrändhet hos sjuksköterskor tyckte sjuksköterskorna i studien av Pereira et al. (2012) var brist på kommunikation inom arbetslagen och vilket gjorde att sjuksköterskorna tvingades jobba mer självständigt.

Sjuksköterskorna i studien av Wu och Volker (2009) beskrev att det var viktigt att få återkoppling och stöd i form av någon som lyssnade på deras tankar och känslor från kollegor, familj och vänner för att kunna hantera stress och utmaningar i arbetet på hospice. I studien av Sandgren et al. (2006) uttryckte sjuksköterskorna en känsla av att de var i behov av att få återkoppling på sitt arbete både som yrkesutövare och enskild individ för att göra ett bra jobb. Fick de inte den bekräftelsen menade de att de kommer ta med sig känslor och situationer hem och älta dem. En inre stress, höga förväntningar på sig själv och orealistiska förväntningar från familj och kollegor hindrar bearbetning av arbetet och bidrar till känslor av skuld och lågt självförtroende.

"(...) Caring for dying patients is emotionally draining and there's not much support." (Dunne et al., 2005, s. 378).

I en studie av Bruneau och Ellison (2004) ses det exempel på att sjuksköterskor hade en förmåga att ta med sig arbetet hem och att tanken på arbetet alltid fanns där. Dunne et al. (2005) utforskade distriktsjuksköterskors erfarenheter av att tillhandahålla palliativ omvårdnad för patienter med cancer och deras familjer. Sjuksköterskorna i den studien berättade att de hade en förmåga att ta med sig arbetet hem då de kände sig så ansvariga för patienterna att de oroade sig för dem när de kom hem. De kände ibland att arbetet var så krävande att de var helt utmattade när de kom hem och en sjuksköterska uttryckte det som att hon inte ens hade tid att tänka. Det återkommer även i studien av Sandgren et al. (2006). Sjuksköterskorna i den undersökningen menade att även när man tog av sig arbetskläderna så stannade arbetet kvar i tankarna.

"One tend to take one's work home." (Bruneau & Ellison, 2004, s. 302).

Några sjuksköterskor tyckte även att de hade så mycket att göra på fritiden att de inte hade tid att bearbeta och reflektera över arbetsdagen hemma heller (Bruneau & Ellison, 2004). Det framkommer även i studien av Dunne et al. (2005) då det ges exempel på att det är svårt att återhämta sig efter jobbet. Det beskrevs att sjuksköterskor till och med efter semester inte kände sig utvilade för att börja arbeta igen. De fick kämpa både mentalt och fysiskt för att orka arbeta igen.

Stor arbetsbörda

Efter observationer och intervjuer så kom Pereira et al. (2012) fram till att den mest förekommande riskfaktorn för utbrändhet bland de intervjuade sjuksköterskorna var hög arbetsbörda relaterat till organisatoriska problem.

Fyra av de granskade studierna visade att sjuksköterskorna oroade sig över att inte kunna ge adekvat vård till patienterna relaterat till hög arbetsbörda (Ablett & Jones, 2006; Dougherty et al, 2009; Peterson et al., 2010 och Wu & Volker, 2009).

Mer än hälften av de 63 deltagande sjuksköterskorna i en intervjuundersökning av Dougherty et al. (2009) kände att arbetsbördan påverkade vården de gav patienterna och mer än 80 % kände att det också påverkade det emotionella stöd de gav patienten och dennes anhöriga. Sjuksköterskorna kände också att de inte hade tillräckligt med tid att sörja patienter som gått bort och att det inte fanns tillräckliga resurser att bearbeta arbetsrelaterad stress.

I en annan studie (Ablett & Jones, 2006) där det intervjuades 10 sjuksköterskor var ett tema som identifierades i resultatet olika aspekter av arbetsrelaterad stress. Många sjuksköterskor kände att det som skapade mest stress var när arbetsbördan var stor och ibland inte hanterbar. Ofta kände de också att de inte kunde uppnå målen av vården på grund av organisatoriska faktorer som de inte kunde påverka.

Gemensamt för 15 intervjuade sjuksköterskor som deltog i en studie (Peterson et al. 2010) var att många kände att de inte hade tillräckligt med tid för att vårda sina patienter som var i livets slutskede. De var också oroliga för att inte kunna ge adekvat vård till alla sina patienter på grund av det (ibid.). Sjuksköterskorna kände sig stressande och upprörda när rätt vård inte kunde uppnås (Sandgren et al., 2006 och Wu & Volker, 2009).

”My time [is a concern], I want to be attentive to all my patients, and then one is actively dying, they deserve one-to-one care.” (Peterson et al., 2010, s. 183).

Kommunikation som stressfaktor

I några studier (de Araújo, da Silva & Francisco, 2004; Bruneau & Ellison, 2004; Dunne et al., 2005; Pereira et al., 2012 och Peterson et al., 2010) lyfte sjuksköterskorna vikten av en bra kommunikation med både patienten och dennes anhöriga. Sjuksköterskorna menade att för att skapa en så bra vård som möjligt så är det viktigt med en öppen, ärlig och känslig kommunikation med patienten och anhöriga.

Med patienten

I en studie av de Araújo, da Silva och Francisco (2004) deltog 14 sjuksköterskor i individuella semistrukturerade intervjuer och några sjuksköterskor beskrev att de förstår värdet av

kommunikation med patienten medan en del tyckte att det var extremt svårt att kommunicera med de döende patienterna på grund av deras komplexa situation.

Några oroade sig över att patienten inte kände att de kunde öppna sina tankar för sjuksköterskorna och därför var det viktigt att se till att patienten kände sig bekväm med att prata med sjuksköterskan då det är viktigt att patienten får prata (Peterson et al., 2010).

Sjuksköterskorna var också oroliga för att inte ge patienterna den informationen de behövde och ville ha. De kände sig oroliga över att besvara frågor de inte hade kompetensen att besvara (Peterson et al., 2010). Orosmomentet återkom hos sjuksköterskorna i studien av Dunne et al. (2005) där sjuksköterskorna kände sig obekväma när patienterna frågade om de var döende och hur lång tid de hade kvar att leva. Sjuksköterskorna kände ibland att de gick in till patienten och gjorde det arbete de var tvungna till och hoppades på att inte få några frågor från patienten.

”They ask so many questions that I am unable to answer (nobody is) that sometimes communication becomes difficult (...) They often ask you, ‘Why me?’ (...)” (de Araújo et al., 2004, s. 156).

Med anhöriga

Några sjuksköterskor i studien av Bruneau och Ellison (2004) kände att de inte hade kompetensen i sitt arbete att prata med anhöriga om situationen patienten befinner sig i. De beskrev att de fick kämpa för att hitta rätt ord och veta vad de skulle säga.

I en studie av Dunne et al. (2005) kände sjuksköterskorna att när de blev konfronterade av arga familjemedlemmar hade de en tendens att distansera sig själva från ilskan. Många av dem tolkade ilskan från anhöriga som personlig kritik. De kände att det var svårt och stressfullt för att de var tvungna att hålla sig lugna och försöka uttrycka sig på rätt sätt.

Sjuksköterskorna i studien av Peterson et al. (2010) oroade sig för att inte vara tillräckliga för familjens behov av stöd och support. Ofta kände de ett behov av att trösta familjerna och hjälpa dem hantera situationerna dem befann sig i. Sjuksköterskorna ville ha tillräckligt med tid för att hinna med det men det fanns inte alltid. De kände sig ibland manade till att medla i

konflikter mellan patienten och dennes anhöriga. I de flesta situationer kände sjuksköterskorna att det var viktigt att patienten fick sin röst hörd och representerad. I studien av Pereira et al. (2012) tyckte sjuksköterskorna att det var svårt att etablera en relation med anhöriga, vilket är en riskfaktor för utbrändhet.

”Sometimes you get patients trying to shield the family and the family trying to shield the patient and you’re (the nurse) stuck in the middle and they’re telling you one thing and the patient is telling you something else. I find that very challenging because I think if you have an open, honest relationship you get on much better with the patient.” (Dunne et al., 2005, s. 377).

Den emotionella balansgången

Professionell distans för adekvat vård

I många studier beskrev sjuksköterskorna arbetet med döende människor som emotionellt påfrestande på olika sätt (Araújo et al. 2004; Bruneau & Ellison, 2004; Dunne et al. 2005 och Sandgren et al., 2006).

Sjuksköterskorna i studien av de Araújo et al. (2004) beskrev hur arbetet med kroniskt sjuka patienter är ett svårt och komplext arbete. Det kräver att de bibehåller en emotionell balans tillsammans med det tekniska och vetenskapliga kunnandet. Uppmärksamhet krävs för att de ska kunna tillhandahålla vård utifrån patientens individuella behov (ibid.). Några sjuksköterskor beskrev att de har lite kontroll över sitt emotionella tillstånd vilket gör det svårt för dem att hantera de rutinmässiga aspekter som är en del av arbetet med palliativ vård som till exempel att lyssna och prata med patienter om deras kommande död (Bruneau & Ellison, 2004).

Alla sjuksköterskor i studien av Dunne et al. (2005) beskrev att det är viktigt att hålla en professionell distans för att kunna upprätthålla förmågan att arbeta med palliativ vård. Sjuksköterskorna tyckte att deras arbete var tillfredsställande men också mycket stressfullt eftersom de blir involverad i patienten. Att vårda döende patienter är emotionellt uttömmande och de känner att de inte får tillräcklig support från ledningen.

Sjuksköterskorna måste lära sig att hålla en professionell distans, en förmåga att skifta mellan sin professionella och privata roll, för att ha energin kvar att vilja arbeta med palliativ vård, menade sjuksköterskorna i studien av Sandgren et al. (2006). Å andra sidan kände de också att det är viktigt att dela med sig av sina tankar och erfarenheter till patienterna och deras anhöriga utan att bli för privat (ibid.). Sjuksköterskorna menade att om de hittar den emotionella balansen så hindrar dem de personliga känslorna att ta över och det bidrar till att patienten får rätt vård. Några sjuksköterskor säger att de endast är kapabla att ge adekvat vård när de inte blir involverade i patientens lidande (Araújo et al. 2004).

I studien av Sandgren et al. (2006) beskrev sjuksköterskorna hur de känner att arbetet kräver mycket av dem men de är villiga att ge mycket av sig själva. Att de funderar på arbetet gör att de behåller känslor av sorg och ilska inom sig och det kräver mycket energi och allt grubblande tär på deras sociala liv. Potentiellt kan det leda till identitetsproblem som både är personliga och professionella, menar sjuksköterskorna och säger att när man bygger på känslorna inom sig utan att bearbeta dem ökar risken att bli emotionellt överbelastad. Emotionellt överbelastad innebär att sjuksköterskorna blir emotionellt överväldigade av alla känslor som uppstår då man vårdar patienterna. Sjuksköterskorna uttryckte en oro över att bli emotionellt överbelastade då de dagligen utsätts för emotionellt laddade situationer och därmed befinner sig i en riskgrupp. Det uttryckte också att de inte kan göra ett tillräckligt bra jobb för att de känner att känslorna tar över för mycket. Hur mycket de än gillar sitt arbete menade de att det tar mycket kraft att vårda människor i livets slutskede.

"I couldn't do a good enough job at the time since my own emotions took over too much". (Sandgren et al., 2006, s. 82).

Dödens ständiga närvaro

Då sjuksköterskorna utsätts för döden vecka efter vecka har de många bortgångar att bearbeta och om man inte ser det på ett bra sätt samt bearbetar det så kommer man till sist att bli utbränd, beskrivs det i studien av Dunne et al. (2005).

I studien av Peterson et al. (2010) ansåg sjuksköterskorna att det är viktigt att patienterna känner sig bekväma, nöjda med sin vård och att de inte lider i onödan. Sjuksköterskorna

kände att de ville göra allt i sin makt för att lindra lidandet. Tanken på det fanns alltid hos sjuksköterskorna och skapade oro.

I studien av de Araújo et al. (2004) kom man i intervjuer med sjuksköterskorna fram till att patienten och familjens lidande påverkar sjuksköterskorna negativt.

”(...) Death is more frequent than survival, here. We become different, sad, I don't know... It is not that we don't like (our work), we do; but most of the time our characteristic is sadness and not joy. We assist, we do everything possible, but it is immensely sad...” (Araújo et al., 2004, s. 152).

Sjuksköterskorna i studien av Sandgren et al. (2006) uttryckte att man måste må bra i sig själv för att kunna ge andra god vård. De sa att de mår bra av att hjälpa människor och att de ibland sätter sig själva i situationer där de riskerar att bli emotionellt överbelastade för att i slutändan känner de att de får så mycket tillbaka av patienterna.

Diskussion

Diskussion av vald metod

Syftet med studien var att beskriva hur stress i arbetsmiljön påverkar sjuksköterskors omvårdnadsarbete i samband med palliativ vård. För att undersöka syftet genomfördes en litteraturstudie med kvalitativ ansats då författarna ansåg det lämpligt då det skapar en översikt av befintlig forskning. När en förståelse för människans subjektiva upplevelse av omvärlden ska skapas så beskriver Forsberg & Wengström (2012) att en kvalitativ ansats ska användas.

Eftersom stress är en subjektiv upplevelse och kvalitativa studier har som yttersta mål att öka förståelsen för människors upplevelser och erfarenheter så hade en kvalitativ studie varit det mesta relevanta valet relaterat till syftet i föreliggande studie (Friberg, 2012). Dock ansåg författarna sig inte ha tillräckligt mycket erfarenhet för att kunna genomföra en kvalitativ studie med gott resultat. Däremot valde författarna att analysera framförallt kvalitativa studier då de korresponderar väl med föreliggande studies syfte för att få ett relevant resultat. Två av

studierna som användes hade dock en mixad metod av både kvantitativ och kvalitativ data. I studierna bestod den kvalitativa delen av intervjuer för att ge sjuksköterskorna en chans att förtydliga och utveckla sina svar för att komplettera de kvantitativa frågeformulären de också svarat på. Enligt Forsberg och Wengström (2013) kan det vara en fördel att använda en mixad metod då syftet kan belysas ur olika synvinklar. Fynd från kvantitativa frågeformulär kan förklaras med hjälp av kvalitativa intervjuer.

Att använda studier med olika metod ansåg författarna relevant för föreliggande studie då det kan gynna resultatet. Två kvantitativa studier valdes eftersom deras syfte låg nära syftet i föreliggande studie och därför ansågs relevanta att användas av författarna. Att använda kvantitativa studier ansågs styrka resultatet i den här studien då resultat från kvantitativa studier strävar efter att få ett så objektivt resultat som möjligt. Eftersom fler personer också ingår i kvantitativa studier ger det ett mer trovärdigt resultat. Vid kvantitativa frågeformulär får man ett resultat i form av siffror vilket ger en tydlig bild av det som undersöks. Vid intervjuer ska författaren tolka de ord som respondenten ger och ord kan anses ge ett vagare resultat än siffror (Polit & Beck, 2014).

Utifrån valda sökord och avgränsningar gavs det ett överskådligt antal träffar. Författarna ansåg därför att fler avgränsningar inte var nödvändigt. Sökorden kombinerades på olika sätt och efter flertalet olika kombinationer i olika databaser hittades samma artiklar och författarna ansåg då att sökningen var maximerad med relevanta sökord och avgränsningar.

Till en början kombinerades flera olika MeSH-termer vid sökning i PubMed utan resultat vilket gjorde att författarna valde att kombinera färre MeSH-termer för bättre resultat. Sökningar genomfördes även i tidskriftsamlingar men gav inget resultat utöver det redan funna från sökningar i PubMed och CINAHL.

Diskussion av framtaget resultat

I tidigare studier (Hackett & Palmer, 2010 och Fiabane et al., 2013) belyste sjuksköterskorna vikten av att få dela med sig av sina upplevelser med kollegor. Många sjuksköterskor beskrev att det är något som de känner en avsaknad av (Hackett & Palmer, 2010 och Nielsen & Glasdam, 2012). Det stödjer resultatet i föreliggande studie då sjuksköterskorna lyfte fram vikten av support. De beskrev att de kände en avsaknad av möjlighet till support och stöd från sina kollegor och arbetsledningen. Framförallt kände de att det inte fanns tillfälle att under arbetstid att reflektera över arbetet (Bruneau & Ellison, 2004). Sjuksköterskorna kände att det fanns ett stort behov av att få återkoppling och fick de inte det, som i många av fallen, hade många en förmåga att ta med sig arbetet hem. (Bruneau & Ellison, 2004; Sandgren et al., 2006 och Wu & Volker, 2009).

Karasek beskriver i sin stressmodell (Karasek & Theorell, 1990) vikten av att få socialt stöd. Det sociala stödet kan delas in i emotionellt, värderande och instrumentellt stöd. Med emotionellt stöd syftar han till att arbetstagaren ska känna sig omtyckt och känna att arbetsledningen och arbetskamrater bryr sig om arbetstagarens välbefinnande. Värderande stöd betyder att arbetstagaren ska få återkoppling och få veta om den har gjort ett bra eller dåligt jobb. Karasek skriver att det kan finnas två källor till det sociala stödet; närmaste arbetsledare och arbetskamrater (ibid.). Resultatet i föreliggande studie visar att sjuksköterskorna känner en avsaknad av värderande och socialt stöd vilket enligt Karaseks stressmodell kan leda till en känsla av utmattning och stress. Det stöds även av Eriksson och Larsson (2002) som menar att människor som arbetar med individer i utsatta situationer har visat sig tillhöra en grupp som särskilt drabbas av utbrändhet. De kan drabbas av en emotionell utmattning då deras arbeten ställer höga känslomässiga krav. Det kan i sin tur leda till att personerna blir fysiskt, emotionellt och mentalt utmattade vilket gör att de inte orkar engagera sig i sitt arbete. Det kan behövas professionell hjälp för att ta sig ur tillståndet och vid avsaknad av hjälp kan det bli aktuellt med en långvarig sjukskrivning (Eriksson & Larsson, 2002).

Arbetsmiljölagen (1977:1160) syftar till att förebygga ohälsa i arbetsmiljön. Det beskrivs i lagen att det är arbetsgivarens skyldighet att arbetstagaren inte utsätts för fysiska och psykiska belastningar som kan leda till ohälsa. Det är arbetsgivarens uppgift att planera, leda och kontrollera verksamheten och på så sätt förebygga att arbetstagaren utsätts för risker för ohälsa. Författarna till den här studien tolkar lagen som att eftersom det är arbetsgivarens

skyldighet att arbetstagaren inte utsätts för ohälsa, så som psykisk och fysisk belastning, så bör arbetsgivaren se till att det finns tid och möjlighet till återkoppling på arbetstid. En stor arbetsbörda och avsaknad av återkoppling tolkar författarna som en typ av ohälsa. Som visat i studien av Sandgren et al. (2006) mår sjuksköterskorna inte bra när de inte får tid till återkoppling. De beskriver en känsla av ohälsa vilket enligt arbetsmiljölagen (1977:1160) är arbetsgivarens uppgift att förebygga.

För att skapa den balans mellan krav och kontroll som Karasek (1990) beskriver är det en vanlig åtgärd inom vården att arbetsgivaren ger tillfällen att ta upp arbetsmiljöfrågor, vilket ska ge sjuksköterskorna ökad möjlighet att utvecklas och öka inflytande och kamratstöd (Theorell, 2002).

Ett återkommande tema i resultatet var att en fungerande kommunikation saknades vilket bidrog till stress hos sjuksköterskor som arbetar med palliativ omvårdnad. Sjuksköterskorna känner att för att de ska kunna ge en så bra vård som möjligt så måste det finnas en öppen, ärlig och känslig kommunikation mellan både sjuksköterskan och patienten och dennes anhöriga (de Araújo et al., 2004; Bruneau & Ellison, 2004; Dunne et al., 2005; Pereira et al., 2012 och Peterson et al., 2010). Vikten av att sjuksköterskan har en förmåga att kommunicera, ge stöd och vägleda patienter och närstående belyses i kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (2005) för att bidra till att ge patienten en god och säker vård. I Socialstyrelsens riktlinjer som stöd för vägledning för god palliativ vård i livets slutskede (2012) beskrivs att vården bland annat ska koncentreras på kommunikation med patienter och anhöriga för att hålla en god kvalitet.

Vid kommunikation med patienter och anhöriga kände många sjuksköterskor att de var oroliga för att besvara patienternas frågor om livet och döden och anhörigas frågor om patientens tillstånd. Sjuksköterskorna kände att de saknade kompetensen för att besvara frågor av det slaget. De kände även att de saknade tid att se till anhöriga och att det var svårt att etablera en relation med dem, vilket var en riskfaktor för utbrändhet (Dunne et al., 2005; Pereira et al., 2012 och Peterson et al., 2010). I kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (2005) står beskrivet att innan sjuksköterskan utför krävande uppgifter behöver hon få möjlighet att öva på sin yrkesskicklighet. Författarna anser att sjuksköterskornas känsla av att sakna kompetens kan bero på att de inte har fått öva på sin yrkesskicklighet eller fått någon slags utbildning inom området.

Det tredje återkommande temat var den emotionella balansgången. Många sjuksköterskor beskrev hur arbetet med döende människor är påfrestande på ett emotionellt plan (Araújo et al. 2004; Bruneau & Ellison, 2004; Dunne et al. 2005 och Sandgren et al., 2006).

Sjuksköterskorna beskriver att arbetet med döende människor är emotionellt uttömmande vilket är en stressfaktor (Dunne et al., 2005). För att kunna tillhandahålla adekvat vård menar sjuksköterskorna att man måste kunna hålla en professionell distans. De menar att det är viktigt att inte låta de egna känslorna ta över men samtidigt kunna vara personlig och dela med sig av tankar och erfarenheter till patienterna (Sandgren et al., 2006). Det styrks av en tidigare studie (Nielsen & Glasdam, 2012) där svårigheterna med att på ett professionellt sätt sörja en patient som man kommit nära och blivit vän med beskrivs.

Enligt kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (2005) ställer arbetet som sjuksköterska krav på ett professionellt förhållningssätt. Enligt Birgegård (2012) så definieras professionell hållning som något som ska gynna patientens behov på lång och kort sikt. Patienten är i fokus och vården ska inte styras av sjuksköterskans behov och känslor. Att vara professionell innebär dock inte att sjuksköterskan ska vara distanserad och kall men hon ska ha förmågan till självkänedom och kunna skilja på sina behov och patientes behov.

Resultatet i föreliggande studie visar att sjuksköterskorna blev påverkade av att ständigt arbeta nära döden. De beskriver hur patienten och familjens lidande påverkar dem negativt (Araújo et al., 2004). Tanken på att alltid vilja lindra patienternas lidande finns alltid hos sjuksköterskorna vilket skapar oro (Peterson et al., 2010). För att ge andra god vård måste man må bra i sig själv, menar sjuksköterskorna (Sandgren et al., 2006). Det styrks av resultat i tidigare studier som visar att konsekvenserna av arbetsrelaterad stress och emotionell påverkan inte bara påverkar sjuksköterskans hälsa, utan även den vård hon ger patienterna (Fiabane et al., 2013 och Vahey, Aiken, Sloane, Clarke & Vargas, 2004).

Resultatet författarna har kommit fram till i den här studien tillsammans med vad kompetensbeskrivningen (2005) säger om professionell hållning och vad det innebär skapar ett dilemma. Författarna anser att om det professionella förhållningssättet innebär att man ska tillgodose patientens behov och om patienten har ett behov av att vara på ett personligt plan med sjuksköterskan för att få stöd, så kommer det påverka sjuksköterskan negativt och i slutändan påverkar det den vård hon ger och därmed patienten.

Ska sjuksköterskan tillgodose patientens behov och vara personlig – vilket kommer leda till att hon mår dåligt och ger sämre vård – eller ska hon från början vara mer distanserad, men då riskera att inte tillgodose patientens behov av en mer personlig omvårdnad? Som Abdellah (1960) nämner i sin teori är det sjuksköterskans uppgift att skapa och/eller upprätthålla en terapeutisk vårdmiljö. Att patienten påverkas av miljön den vistas i och att sjuksköterskan är en del av miljön resulterar i att sjuksköterskans känslomässiga tillstånd påverkar den vård hon ger patienten (Abdellah et al., 1960). Teorin styrks av sjuksköterskornas utlåtande i studien av Sandgren et al. (2006) där de menar att man måste må bra i sig själv för att ge andra god vård.

De granskade studierna i föreliggande studie är genomförda i olika länder runt om i världen vilket kan ha gett en bredare infallsvinkel i resultatet. De teman som identifierades var återkommande i studierna oavsett var de var genomförda. Studierna genomfördes på olika typer av arbetsplatser, till exempel på hospice, kommunalt sjukhus och cancercenter, vilket kan ha försvagat trovärdigheten av resultatet då sjuksköterskorna i studierna arbetar under olika premisser.

Slutsats och kliniska implikationer

I resultatet identifierades flera olika faktorer av stress i arbetsmiljön som påverkar sjuksköterskans omvårdnadsarbete i samband med palliativ vård. De mest framträdande faktorerna av stress i de granskade studierna var organisatoriska faktorer, kommunikationssvårigheter och den professionella balansen. För att så långt som möjligt se till att patienten får en bra vård så måste arbetsgivaren ta sitt ansvar när det kommer till arbetsmiljöfrågor. Det är arbetsgivarens skyldighet enligt lag att se till att arbetstagarna inte utsätts för fysiska och psykiska påfrestningar som kan leda till ohälsa. Sjuksköterskan är en del av patientens vårdmiljö och om sjuksköterskan inte mår bra så kan inte hon ge den vård som patienten behöver. Sjuksköterskorna beskrev vikten av en fungerande kommunikation och en icke fungerande kommunikation kan bero på brister i kompetensen och en otillräcklig kunskap. Trots kravet att sjuksköterskor ska ha ett professionellt förhållningssätt så finner sjuksköterskorna svårigheter i att hitta balansen mellan professionellt och personligt engagemang.

Genom att identifiera befintliga stressfaktorer i sjuksköterskans arbetsmiljö så kan de förebyggas och på sikt elimineras. Det kan leda till en bättre arbetsmiljö för sjuksköterskan och en bättre vårdmiljö för patienten då de här två individerna samspelar i en och samma miljö. För att minska svårigheter i kommunikationen bör sjuksköterskor få ha övat upp sina yrkesfärdigheter innan de ställs inför svåra arbetsuppgifter. Det här resultatet är sammanställt av endast elva granskade studier och man skulle behöva ha mer forskning inom området för att det skulle vara kliniskt applicerbart.

Författarnas arbetsfördelning

Författarna har tillsammans formulerat sökord och genomfört sökningar i databaserna PubMed och CINAHL. Därefter läste båda författarna artiklarna flertalet gånger och diskuterade resultaten med varandra. Teman togs fram efter gemensam diskussion och resultatet samt diskussionen i föreliggande studie formulerades tillsammans av båda författarna.

Referenser

Abdellah, F G., Beland, I L., Martin A. & Matheney. R V. (1960). *Patient-centered Approaches to Nursing*. New York: Macmillan Company.

*Ablett, J. R. & Jones, R. S. P. (2006). Resilience and well-being in palliative care staff: A qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psycho-Oncology*, 16, 733-740.

*de Araújo, M. M. T., da Silva, M. J. P. & Francisco, M. C. P. B. (2004). Nursing the dying: essential elements in the care of terminally ill patients. *International Nursing Review*, 51, 149-158.

Beck-Friis, B. & Strang, P. (2012). Inledning.

I Strang, P. & Beck-Friis, B. (red.). *Palliativ medicin och vård* s. 12-13.

Stockholm: Liber AB

Birgegård, G. (2012). *Samtalskonst*.

I Strang, P. & Beck-Friis, B. (red.). Palliativ medicin och vård s. 110-124.
Stockholm: Liber AB

*Bruneau, B. M. S. & Ellison, G. T. H. (2004). Palliative care stress in a UK community hospital: evaluation of a stress-reduction programme. *International Journal of Palliative Nursing*, 10(6), 296-304.

Chang, E. M. L., Bidewell, J. W., Huntington, A. D., Daly, J., Johnson, A., Wilson, H., Lambert, V. A. & Lambert, C. E. (2007). A survey of role stress, coping and health in Australien and New Zealand hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1354-1362.

*Dougherty, E., Pierce, B., Ma, C., Panzarella, T., Rodin, G. & Zimmermann, C. (2009). Factors Associated With Work Stress and Professional Satisfaction in Oncology Staff. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 26(2), 105-111.

*Dunne, K., Sullivan, K. & Kernohan, G. (2005). Palliative care for patients with cancer: district nurses' experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 50(4), 372-380.

Eriksson, B. & Larsson, P. (2002). Våra arbetsmiljöer.

I Hansen, L. H. & Orban, P (red.). *Arbetslivet* s. 125-154. Lund:
Studentlitteratur.

Ferrell, B. R. & Coyle, N. (Edited). (2010). *Oxford Textbook of Palliative Nursing* (3. Uppl.).
New York: Oxford University Press, Inc

Fiabane, E., Giorgi, I., Sguazzin, C. & Argentero, P. (2013). Work engagement and occupational stress in nurses and other healthcare workers: the role of organisational and personal factors. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2614-2624.

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

Friberg, F. (red.). (2012). *Dags för uppsats* (2. Uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Golubic, R., Milosevic, M. Knezevic, B. & Mustajbegovic, J. (2009). Work-related stress, education and work ability among hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65(10), 2056-2066.

Hackett, A. & Palmer, S. (2010). An investigation into the perceived stressors for staff working in the hospice service. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(6), 289-295.

*Hackett, A., Palmer, S. & Farrants, J. (2009). Phase 1 of an investigation into the levels of stress in United Kingdom hospice services. *International Journal of Palliative Nursing*, 15(2), 66-72.

Henricson, M. (red.). (2013). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (1. Uppl.). Lund: Studentlitteratur AB

Ito, S., Fujita, S., Seto, K., Kitazawa, T., Matsumoto, K. & Hasegawa, T. (2013). Occupational stress among healthcare workers in Japan. *Work: A Journal of Prevention, Assessments and Rehabilitation*, doi: 10.3233/WOR-131656

Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy work. Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books, Inc., Publishers.

Karlsson, M., Roxberg, Å., Barbosa da Silva, A. & Berggren, I. (2010). Community nurses' experiences of ethical dilemmas in palliative care: a Swedish study. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(5), 224-231.

Kristoffersen-Jahren, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (2006). *Grundläggande omvårdnad*. (1. Uppl.). Stockholm: Liber AB

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

Nationalencyklopedin (2013). Arbetsmiljö. Hämtad 18 oktober, 2013, från <http://www.ne.se/lang/arbetsmilj%C3%B6/117073>

Nationalencyklopedin (2013). Stress. Hämtad 18 oktober, 2013, från <http://www.ne.se/stress>

Nationella Rådet för Palliativ Vård (2013). *Vad är palliativ vård?* Hämtad 16 september, 2013, från <http://www.nrpv.se/vad-ar-palliativ-vard/>

Nielsen, K. T. & Glasdam, S. (2012). Professional caregivers' work with the dying in nursing homes – a Foucault-inspired analysis of discourses in the lost decade in a Danish context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, doi: 10.1111/scs. 12021

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

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

Piko, B. F. (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey, *International Journal of Nursing Studies*, 43, 311-318.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2014). *Essentials of Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice*. (8. Uppl.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins

Purcell, S., Kutash, M. & Cobb, S. (2011). The relationship between nurses' stress and nurse staffing factors in a hospital setting. *Journal of Nursing Management*, 19, 714-720.

Rooke, L. (1995). *Omvårdnad. Teoretiska ansatser i praktiskt verksamhet*. (2. Uppl.). Falköping: Liber Utbildning AB

*Sandgren, A., Thuselius, H., Fridlund, B. & Petersson, K. (2006). Striving for Emotional Survival in Palliative Cancer Nursing. *Qualitative Health Research*, 16(1), 79-96.

SFS 1977:1160. *Arbetsmiljölagen*. Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Sjuksköterskor för Palliativ Omvårdnad (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialisering inom palliativ omvårdnad*. Hämtad 21 oktober, 2013, från <http://www.stockholmssjukhem.se/Documents/SPN/Kompetensbeskrivning%20för%20ssk%20i%20palliativ%20omvårdnad%20april%202008.pdf>

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 21 oktober, 2013, från: http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Hämtad 21 oktober, 2013, från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71_200912671.pdf

Socialstyrelsen (2012). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård – vägledning, nationella riktlinjer och indikatorer*. Hämtad 21 oktober, 2013, från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19107/2013-6-4.pdf>

Stressforskningsinstitutet (2012). *Stressforskningsrapport nr. 322. Arbetstider, hälsa och säkerhet – en uppdatering av aktuell forskning*. Hämtad 21 oktober, 2013, från: http://www.stressforskning.su.se/polopoly_fs/1.51631.1321968484!/Stressforskningsrapport_322.pdf

Sveinsdóttir, H., Biering, P. & Ramel, A. (2006). Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 875-889.

Theorell, T. (2002). Kontroll över den egna situationen – en förutsättning för hantering av negativ stress.

I Ekman, R. & Arnetz, B (red.). *Stress. Molekylerna – individen – organisationen – samhället* s. 289-342. Stockholm: Liber AB

Tjänstemännens Centralorganisation (2012). *Stressbarometer 2012*. Hämtad 21 oktober, 2013, från <http://www.tco.se/Aktuellt/Publikationer/Pub2012/Stressbarometer-2012-Dags-for-atgarder/?id=1543&epslanguage=sv>

Vahey, D. C., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S. P. & Vargas, D. (2004). Nurse Burnout and Patient Satisfaction. *Med Care*, 42(2), II57-II66

Vårdförbundet (2012). *Vårdförbundets idé om en hälsosam vårdmiljö*. Hämtad 21 oktober, 2013, från https://www.vardforbundet.se/Documents/Trycksaker%20-%20egna/Nationella/Foldrar%20Broschyter/Vardforbundets_ide_om_en_halsosam_vardmiljo_1203.pdf

World Medical Association (2008). *Declaration of Helsinki*. Hämtad 21 oktober, 2013, från: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

*Wu, H-L. & Volker, D. L. (2009). Living with Death and Dying: The Experience of Taiwanese Hospice Nurses. *Oncology Nursing Forum*, 36(5), 578-584.

Währborg, P. (2009). *Stress och den nya ohälsan*. Stockholm: Natur och Kultur

