

Kent Andre Solberg

# Hvilke faktorer spiller inn på om intensivsykepleier slutter eller blir i jobb ved intensivavdelingen?

En Systematisk Litteraturstudie



Universitetet i Sørøst-Norge  
Fakultet for helse- og sosialvitenskap  
Institutt for sykepleie og helsevitenskap  
Postboks 235  
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2022 Kent Andre Solberg

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

# Sammendrag

**Tittel:** Hvilke faktorer spiller inn på om intensivsykepleier slutter eller blir i jobb ved intensivavdelingen?

**Bakgrunn:** Vi mangler intensivsykepleiere her i Norge, men vi vet ikke hvor mange, hvor de har blitt av, eller om vi kan gjøre noe for å beholde de vi har i arbeid lenger. Med tanke på perioden vi har hatt med Koronapandemi, et økt fokus på norsk intensivkapasitet og beredskap, ble det stilt spørsmål til om det gikk an å finne ut hvorfor vi slutter, og om det er noe vi kan gjøre for at intensivsykepleieren ønsker å bli i yrket sitt.

**Hensikt:** Hensikten med denne masteroppgaven er å samle inn informasjon om forskjellige faktorer som kan påvirke intensivsykepleierens ønske om å forlate eller bli i jobben sin. En systematisk litteraturstudie for å finne den forskningen som allerede finnes kan gi oss et nytt perspektiv over hvor vi må starte å lete for å finne faktorer vi kan fremme for å beholde norske intensivsykepleiere i jobb.

**Metode:** Systematisk litteraturstudie. Søk ble gjennomført i 4 databaser. Studien har definerte inklusjon og eksklusjonskriterier, og alle inkluderte artikler i resultat er screenet med sjekklister fra helsebiblioteket.

**Resultat:** Totalt 371 artikler ble tittel/abstract screenet, 79 ble lest i full tekst og til slutt 12 inkludert i resultat.

**Konklusjon:** Vi trenger større fokus på den norske intensivsykepleierens arbeidsvilkår, samtidig som man ser nærmere på oppfølging av stressfaktorer som forringer arbeidshverdagen. Det er ikke funnet systematisert norsk eller nordisk forskning på dette temaet per i dag.

# Abstract

**Title:** Which factors affect whether an intensive care nurse quits or stays in work at the intensive care unit?

**Background:** In Norway, there is a lack of intensive care nurses, but we do not know how many, where they have gone, or whether we can do something to keep those we have in work longer. Because of the Coronavirus Pandemic period we have been in for some time now, there is an increased focus on Norwegian intensive care capacity and emergency preparedness, therefore the question of whether there is anything we can do to ensure that the intensive care nurses stay in their profession for a longer period of time were raised.

**Purpose:** The purpose of this master's thesis is to gather information about various factors that may affect the intensive care nurse's desire to leave or stay in their job. A systematic literature study was conducted to find the research that already exists, to find a new perspective on where we must start our investigation to find factors we can promote in order to keep Norwegian intensive care nurses in work at the intensive care unit.

**Method:** A systematic literature study. Literature searches were conducted in 4 databases. The study design includes defined inclusion and exclusion criteria, and all included articles in the result are screened with checklists from Helsebiblioteket.

**Result:** A total of 371 articles were title/abstract screened, 79 reviewed in full text, and finally 12 articles included in the result.

**Conclusion:** We need to focus on the Norwegian intensive care nurse's working conditions, and at the same time take a closer look at stressfactors that deteriorates the intensive care nurses everyday work. No systematized Norwegian or Nordic research has been found on this topic to date.

# Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	<b>3</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>4</b>
<b>Innholdsfortegnelse</b> .....	<b>5</b>
<b>Forord</b> .....	<b>8</b>
<b>1 Innledning</b> .....	<b>10</b>
1.1 Problemstilling.....	11
1.2 Studiens hensikt .....	11
1.3 Avgrensning av masteroppgaven.....	11
<b>2 Bakgrunn og teori</b> .....	<b>12</b>
2.1 Det mangler intensivsykepleiere i det norske helsevesen.....	12
2.2 Hva er en intensivsykepleier? .....	14
2.3 Hvor mange intensivsykepleier har vi i Norge, og hvor mange trenger vi? .....	14
2.4 Hvorfor er det viktig at intensivsengene bemannes av intensivsykepleiere? .....	16
2.5 Intensivsykepleierens helse og helseutfordringer grunnet egen jobb .....	17
2.6 Profesjonell livskvalitet .....	18
2.6.1 Medfølelsetilfredshet, medfølelsesutmattelse og sekundært traumatisk stress .....	19
2.6.2 Utmattelsessyndrom og utbrenthet .....	19
2.6.3 Individuelle faktorer .....	20
2.6.4 Hardførhet .....	20
2.7 Lederskap, organisasjon og arbeidsmiljø .....	20
<b>3 Metode</b> .....	<b>22</b>
3.1 Valg av metode – en systematisk litteraturstudie .....	22
3.1.1 Forforståelse .....	22
3.2 Innsamling, analyse og bearbeiding av data .....	23
3.2.1 PICO .....	23
3.2.2 Valg av databaser.....	23
3.2.3 Valg og bruk av søkeord.....	24
3.2.4 Søkestrategi .....	24
3.2.5 Inklusjon og eksklusjonskriterier og utvalg av studier .....	25
3.2.6 Vurdering av studienes kvalitet og metode .....	28
3.2.7 Resultatanalyse .....	28

3.3	Etiske vurderinger.....	29
<b>4</b>	<b>Resultat.....</b>	<b>30</b>
4.1	Fremstilling og kort presentasjon av inkluderte artikler i studien.....	30
4.1.1	Hardy personality and associated factors in health professionals active in services that treat critical patients.....	30
4.1.2	Communication satisfaction and job satisfaction among critical care nurses and their impact on burnout and intention to leave: A questionnaire study ..	31
4.1.3	Anxiety symptoms and burnout among Chinese medical staff of intensive care unit: the moderating effect of social support. ....	32
4.1.4	Effect of meaningful recognition on critical care nurses' compassion fatigue	32
4.1.5	Predictors of Moral Distress in a US sample of Critical Care Nurses.....	33
4.1.6	Compassion satisfaction and fatigue: A cross-sectional survey of Australian intensive care nurses. ....	34
4.1.7	Effects of a Multimodal Program Including Simulation on Job Strain Among Nurses Working in Intensive Care Units.....	34
4.1.8	Factors Affecting Resilience and Development of Posttraumatic Stress Disorder in Critical Care Nurses .....	35
4.1.9	Nurses' perceptions and demands regarding COVID-19 care delivery in critical care units and hospital emergency services.....	36
4.1.10	Burnout Syndrome and Associated Factors in Intensive Care Unit Nurses.	37
4.1.11	Burnout, Perceived Stress, and Job Satisfaction Among Trauma Nurses at a Level 1 Safety Net Trauma Center. ....	38
4.1.12	Nurses well-being in intensive care units: study of factors promoting team commitment	38
4.2	Funn fra de inkluderte artiklene.....	39
4.2.1	Helserelaterte faktorer .....	39
<b>5</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>54</b>
5.1	Helserelaterte faktorer .....	54
5.2	Intensivsykepleierens kompetanse .....	57
5.3	Bemanningen av intensivavdelingene .....	58
5.4	Intensivsykepleierens arbeidsmiljø.....	59
<b>6</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>62</b>
	<b>Referanser/litteraturliste.....</b>	<b>64</b>

<b>Oversikt over tabeller og figurer .....</b>	<b>68</b>
<b>Vedlegg.....</b>	<b>69</b>

# Forord

Med denne masteroppgaven fullfører jeg en lærerik videreutdanning i intensivsykepleie. Utdanningen i intensivsykepleie har vært en utfordring, men det har vært interessant, givende og ikke minst utrolig nyttig i forhold til eget arbeide.

Jeg ønsker å takke min familie, spesielt min kone Lene for tålmodighet, uvurderlig hjelp, oppmuntring og motivasjon til å gjennomføre denne videreutdanningen. Takk til mine foreldre for motivasjon, hjelp, barnepass og korrekturlesing.

Takk til mine kolleger som har stilt opp og svart på spørsmål og tilrettelagt for at studiet og masteroppgaven kunne gjennomføres, og ikke minst inspirert meg til å gjennomføre. En spesiell takk til min kollega Lise.

Takk til min veiledere, for at dere holder ut frustrasjonen min, og at dere stiller opp på kort varsel når det trengs.

Og takk til Universitetet i Sør-Øst Norge som har tilrettelagt for å gjennomføre masteroppgaven på utsatt tid på grunn av pappapermisjon og koronapandemi på jobb!

Drammen, 16.05.2022

Kent Andre Solberg





# 1 Innledning

De siste årene er det satt fokus i samfunnet vårt på mangelen på intensivberedskapen i Norge. Det mangles intensivsykepleiere, og en del av de vi har slutter i jobben. Under koronapandemien de siste to årene, er det skrevet mye om situasjonen som preger landets intensivavdelinger. Det varsles om utilfredsstillende bemanning, stor og tøff arbeidsbelastning, dårlig rekruttering og for dårlig lønn til intensivsykepleierne som i stor grad fronter pandemien.

Det kan være vanskelig å få frem et klart bilde på en intensivsykepleiers hverdag. På den ene siden får de trampeklapp fra publikum på hjemmekontor, og på den annen side beskrives slitne overbelastede intensivsykepleiere med utallige overtidstimer.

Regjeringen oppfordres til å stenge ned landet for å dempe smittetrykket og antallet koronapasienter på sykehus generelt og intensivavdelinger spesielt.

Da jeg, som intensivstudent, startet på denne masteroppgaven, ønsket jeg å se nærmere på nettopp disse forholdene. Hvorfor slutter noen intensivsykepleiere i jobben, hvilke faktorer spiller inn for den enkelte, hva kan gjøres for å beholde de, og hva gjøres per i dag for å beholde intensivsykepleieren med sin høye kompetanse og verdifulle erfaring i jobben.

Regjeringen har så langt ønsket å øke antallet intensivsykepleiere ved blant annet å bestille 100 utdanningsstillinger ekstra i 2020 (Fonn, 2020). Samtidig mangler det synlige tiltak for å beholde de intensivsykepleierne vi allerede har.

For at en intensivavdeling skal driftes forsvarlig, kreves det nok personale for å behandle pasientene. Både de som er innlagte og de som kommer inn som øyeblikkelig hjelp. Samtidig må man ha en plan for det uforutsette som kan skje på en slik avdeling.

Så hvordan kan vi drifte forsvarlig? Hvordan kan vi beholde kompetansen i intensivavdelingen? Jeg ønsker med denne masteroppgaven å se litt nærmere på dette.

Samtidig som jeg ønsker å se på årsaker til hvorfor noen intensivsykepleier blir i jobben, og hvorfor noen velger å slutte.

## **1.1 Problemstilling**

Hvilke faktorer spiller inn på om intensivsykepleier slutter eller blir i jobb ved intensivavdelingen?

## **1.2 Studiens hensikt**

Da arbeidet med denne oppgaven startet var hensikten å utforske og samle inn informasjon om intensivsykepleierens særegne arbeidsplass og alt som kan påvirke intensivsykepleierens vilje og lyst til å fortsette i sitt arbeide. Mediene har skrevet mye de siste årene om vår arbeidstid, lønn, og hvor slitne vi er. Hypotesen jeg starter med er at det finnes mer enn lønn, arbeidstid og en skala som måler hvor slitne vi er etter å ha vært på jobb. Teorien er at det er et sammensatt bilde, der mange forskjellige faktorer, indre og ytre, er med på å påvirke hver enkelt intensivsykepleiers evne til å ha lyst, vilje og energi til å stå i en tøff arbeidshverdag. Målet med å skrive denne masteroppgaven er å finne forskning som kan anvendes til norske intensivavdelinger og norske intensivsykepleiere, at vi kan ta lærdom fra andre som har de samme problemene som beskrives i norske medier, og av med-intensivsykepleiere på norske sykehus. Denne studien skal bidra med å skaffe en oversikt over hvilke faktorer som er med på å påvirke vår hverdag, og skape interesse for å forske på disse faktorene og hvordan de påvirker norske intensivsykepleiere på norske intensivavdelinger.

## **1.3 Avgrensning av masteroppgaven**

I denne oppgaven har jeg valgt å avgrense til å gjelde intensivsykepleiere, og sykepleiere som jobber ved intensivavdelinger, da ikke alle land har formell videreutdanning i spesialsykepleier slik vi har i Norge. Litteraturstudien vil ta for seg forskning fra hele verden, da vi i utgangspunktet ikke er direkte sammenlignbare med andre land, og fokuset har vært på å inkludere forskning fra nyere tid. Studien vil ikke ta for seg sykepleiere på sengepost, ved andre institusjoner eller sykepleiere som ikke jobber ved intensiv eller avdelinger som har ansvar for intensivpasienter.

## 2 Bakgrunn og teori.

### 2.1 Det mangler intensivsykepleiere i det norske helsevesen

I mange år er det varslet om en stadig økende mangel på sykepleiere i det norske helsevesen. Og fokuset i aviser og medier har til tider daglig vært rettet mot mangelen på intensivsykepleiere. Norsk Sykepleierforbund Landsforening for Intensivsykepleiere (NSFLIS) har ved flere anledninger etterlyst oversikt over antall intensivsykepleiere i Norge og deres plassering i helsevesenet (Lykke, 2022). Det er lagt føringer for hvor sykepleiere og spesialsykepleiere kan "melde seg" ved behov, uten nevneverdig resultat.

Lederen av NSFLIS, Paula Lykke, skriver i et debattinnlegg i tidsskriftet Sykepleien om frykt i den fortsatt pågående pandemien vi er oppe i. Hun beskriver at det ikke så mye dreier seg om frykt for utilstrekkelig utstyr, medisiner og behandlingslokaler, men snarere frykt for mangel på intensivsykepleiere som er og bør være rådende. I det offentlige rom diskuteres det om man kunne ha redusert på smittevern- og nedstengningstiltak dersom man hadde tilstrekkelig med intensivsykepleiere og deres kompetanse (Lykke, 2022).

Så langt tilbake som til 1988 ønsket Helse- og sosialdepartementet en kartlegging over antall intensivsykepleiere på norske intensivavdelinger. Allerede da så man at det utdannes for få intensivsykepleiere, og at om lag halvparten av de som utdannes jobber andre steder enn på intensivavdelingene. Videre ble det fastslått at norske sykehus manglet erfarne sykepleiere i deres grunnbemanning og at man må kartlegge hvorfor sykepleierne slutter og hva som skal til for både å rekruttere og beholde de i arbeid på sykehusene (Skaar & Hagen, 1988).

Tidlig på 2000-tallet beskrev Helse Øst intensivkapasiteten i norske sykehus. Deres prosjekt rundt temaet, viste at det er mangelen på intensivsykepleiere som gjør den norske beredskap- og intensivkapasiteten utilstrekkelig (Helse Helse-Øst, 2002)

Under svineinfluensaens inntog i 2009, rettet helseforetakenes ledere igjen fokus på manglende intensivkapasitet. Selv om mye nytt utstyr kom på plass, manglet man

fortsatt intensivsykepleiere til å håndtere utstyret og bemanne intensivsengene. I følge rapport utarbeidet av Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, burde den norske intensivkapasiteten til enhver tid bli omtalt og innbakt i en fremtidig pandemiplan (Direktoratet for samfunnssikkerhet og DSB, 2010)

Nå i april 2022 leverte regjeringens koronakommisjon inn en rapport til statsministerens kontor. Denne viser til at landets intensivkapasitet fortsatt er mangelfull, det mangler intensivsykepleiere og vi må utdanne flere i fremtiden. Rapporten konkluderte også med at ansvaret for landets intensivkapasitet ligger hos Helse- og omsorgsdepartementet (Koronakommisjonen, 2022). I denne rapporten ble det påpekt at landets helsevesen ikke var forberedt på en slik pandemi til tross for at det foreligger en nasjonal handlings- og beredskapsplan ved større katastrofer som nettopp en stor epidemi eller pandemi. Spesielt kritiseres intensivkapasiteten ved norske sykehus, og regjeringen har måttet vurdere og revurdere ulike smitteverntiltak i forhold til dette.

Som vi ser har kapasitetsmangelen på Norges intensivberedskap vært offentlig kjent siden 1988, og debatten rundt denne mangelen pågår enda. Vi har fortsatt for få intensivsykepleiere i Norge, samtidig som det virker som om ingen tar seg av ansvaret for en forbedring heller.

I 2021 bestilte regjeringen 100 ekstra utdanningsstillinger innen intensivsykepleie. De ulike helseforetakene og utdanningsinstitusjonene er i gang, men det hjelper antageligvis lite siden det allerede er stor mangel på intensivsykepleiere, det er høy gjennomsnittsalder på de, noe som tilsier at flere kommer til å gå av med pensjon de neste årene (Fonn, 2020)

Lederen i Norsk Sykepleierforbund (NSF), Lill Sverresdatter Larsen, mener at ved å opprette en nasjonal oversikt over landets intensivsykepleiere, og ved å gi de spesialistgodkjenning, vil man kunne bedre intensivsituasjonen i Norge. Hun mener videre at lønnsøkning vil kunne hjelpe, men samtidig vil det ikke kunne løse den problematiske situasjonen på lang sikt. Det er det ifølge henne kun flere utdanningsstillinger for å skaffe den kritiske kompetansen samfunnet har behov for (Sykepleierforbund, 2022).

I et av hennes debattinnlegg nevnes en undersøkelse utført av Kantar (Helsepolitisk barometer, 2022) som viste at hele 86% av Norges befolkning uttrykker bekymring for sykepleiermangelens innvirkning på pasientsikkerheten i norske sykehus (Sveressdatter Larsen, 2022)

Hva kan gjøres for å øke intensivkapasiteten i landet vårt? For å finne mulige svar på dette, må man se nærmere på hvilke tiltak, foruten lønn, som settes inn for å beholde intensivsykepleiere i arbeid på intensivavdelingene.

## **2.2 Hva er en intensivsykepleier?**

En intensivsykepleier er en sykepleier med videreutdanning innen intensivsykepleie. For å kunne behandle kritisk syke pasienter på en intensivavdeling er det behov for kompetanse utover det grunnutdanningen gir (Stubberud, Intensivboka side 42). Intensivsykepleiere finner man som oftest på intensivavdelinger rundt i landet, men de kan med sin kompetanse arbeide mange andre steder i helsevesenet. Postoperative avdelinger, overvåkingsavdelinger, akuttmottak, ambulansetjenester, dialyseavdelinger og akuttmedisinske kommunikasjonsentraler for å nevne noen. En intensivsykepleier kan, med sin kompetanse og erfaring, også arbeide utenlands med krig- og katastrofearbeid (Universitetet i sørøst USN, 2022)

## **2.3 Hvor mange intensivsykepleier har vi i Norge, og hvor mange trenger vi?**

Vi vet at i 2019 hadde vi 2481 yrkesaktive intensivsykepleiere, og at av disse jobbet 2086 på norske sykehus (Statistisk sentralbyrå, 2020). Men hvor mange vi trenger, det er det ikke så enkelt å svare på.

Ifølge koronakommisjonens rapport NOU 2022:5 er behovet for intensivkapasiteten dynamisk. Rapporten påpeker at behovet for intensivplasser øker i takt med at

gjennomsnittsalderen på nordmenn generelt og intensivpasienten spesielt øker. Rapporten anslår faktisk at økt alder blant befolkningen øker behovet for intensivkapasiteten med 25-30%. Den beskriver videre at behovet øker grunnet uforutsette hendelser som pandemier, krig, katastrofer, branner og større ulykker. Rapporten trekker frem at det kan lønne seg å øke antall intermediærsenger for å avlaste intensivavdelingene rundt på norske sykehus. Samtidig påpeker den videre at medisinsk utvikling som fører til høyere alder på pasientene, også fører til økt behov for intensivplasser (Koronakommisjonen, 2022).

I 2014 gjennomførte Helse Sør-Øst en behovsanalyse for antall intensivsykepleiere i 2030. Der påpekes det at det vil eksistere 5 intensivsenger per 100000 innbyggere, og at dette tallet ikke har beveget seg de siste 10 årene (Helse Sør-Øst, 2015)

Ifølge koronakommisjonens rapport NOU 2022:5 er det fortsatt ikke enighet om antall intensivsenger og intensivkapasitet i Norge. Hverken Helse Midt eller Helse Sør-Øst har klart å komme frem til tall på dette til tross for at de fikk oppdrag om å definere dette både i 2020 og i 2021. Dette kan sannsynligvis komme av mangelfull ledelse, mangelfulle beslutningsprosesser, svak økonomi og manglende politisk vilje til å prioritere intensivberedskap og intensivkapasitet (Koronakommisjonen, 2022).

Leder av NSFLIS, Paula Lykke, skriver i tidsskriftet Sykepleien at hun mener man kan skaffe seg en bedre oversikt over antall intensivsykepleiere og deres arbeidssted ved å tildele de spesialistgodkjenning. Hun etterlyser videre en nasjonal bemanningsstandard som skal være førende innen intensivbehandlingen i Norge (Lykke, 2022)

I 2022 har regjeringen og Helse- og omsorgsdepartementet bedt om økt antall intensivstudenter, men ingen har bedt om økt intensivkapasitet i norske sykehus.

På spørsmålet rundt behovet for intensivsykepleiere, intensivsenger, intensivkapasitet og intensivberedskap foreligger det fortsatt ingen svar enda. Men vi vet av koronakommisjonens rapport at det fantes 248 intensivsenger og 559 intermediærsenger ved norske sykehus, og at det i 2021 ikke var mulig å vite hvor mange intensivsykepleiere som arbeidet ved disse avdelingene (Koronakommisjonen, 2022)

## 2.4 Hvorfor er det viktig at intensivsengene bemannes av intensivsykepleiere?

World Federation of Critical Care Nurses (WFCCN) Position Statement fra 11. juni 2020, legger noen føringer for hvordan intensivavdelinger bør driftes. De beskriver intensivmedisin som en kompleks spesialitet som behandler pasienter med ulike livstruende tilstander, og der intensivsykepleieren skal behandle pasienten mot en tilfriskning, smertelindring og/eller en verdig død. Intensivsykepleieren skal yte en helhetlig pleie som skal være pasientsentret, kunnskapsbasert og korrekt i forhold til sin spesialiserte kompetanse og utdanning. Det legges også vekt på at kritisk syke pasienter har rett til intensivbehandling som er individualisert, evidensbasert, kunnskaps- og erfaringsbasert utført av kompetent personale (World Federation of Critical Care Nurses, 2020).

NSFLIS har utarbeidet en funksjons- og ansvarsbeskrivelse i tråd med WFCCNs retningslinjer for intensivbehandling på intensivavdelingene i Norge. Intensivsykepleieren skal videre sørge for opplæring og finne arbeidsoppgaver til annet personell i avdelingen som skal være tilrettelagt deres individuelle kompetansenivå (NSFLIS, 2017).

På norske intensivavdelinger gis det også opplæring til sykepleiere uten spesialutdanning innen intensivsykepleie. Hvorvidt dette gjøres for å dekke opp for personalmangel eller for å rekruttere fremtidige intensivsykepleiere, er opp til hver enkelt arbeidsgiver. Min erfaring er at man kan ansettes samtidig som det kreves at man starter på videreutdanning til intensivsykepleie så snart man gis mulighet til det. Slik kan arbeidsgiver rekruttere sykepleiere til intensivmiljøene samtidig som man har ansatte som kan jobbe på avdelingen med arbeidsoppgaver og pasientrettet arbeid innenfor deres kompetansenivå.

Under koronapandemien holdt vi, ved min avdeling, små kurs for sykepleiere fra ulike sengeposter med interesse for intensivmedisin. Disse sykepleierne bisto avdelingen under de tyngste periodene som medhjelpere blant annet i stell, rydding, utstyrsvasking og medisnutblanding. Vi fikk slik ekstra ressurser på avdelingen selv om de ikke kunne



erstatte en spesialutdannet intensivsykepleier grunnet manglende erfaring eller kompetanse. Specialisthelsetjenesteloven § 2-2 gir anledning for arbeidsgiver å benytte seg av ulikt helsepersonell så lenge behandlingen ytes forsvarlig av personell som er i stand til å gi et helhetlig og koordinert tjenestetilbud (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Slik sikres pasient og pårørende at personellet ved intensivsengen yter kompetent og forsvarlig helsehjelp.

## **2.5 Intensivsykepleierens helse og helseutfordringer grunnet egen jobb**

I løpet av de seneste årene har man hørt om sykepleiere og spesialsykepleiere som slutter i jobben sin da de ikke orker arbeidet lengre. Er det grunnet utbrenthet, dårlig lønn eller følelsen av ikke å bli verdsatt for jobben de utfører? Under koronapandemien har mediene skrevet om intensivsykepleiere som jobber til de stuper, blir langtidssykemeldte grunnet utbrenthet og som plages med ettervirkninger av egen gjennomgått koronainfeksjon.

I tidsskriftet Sykepleien beskrev en intensivsykepleier hvordan hun var ansvarlig for to isolerte respiratorpasienter samtidig som hun hadde tre uerfarne sykepleiere på opplæring. Hun oppfattet denne vekten som spesielt belastende, og hun ble i etterkant langtidssykemeldt grunnet nettopp utbrenthet. Intensivsykepleieren beskrev også vanskeligheter med å få godkjent diagnosen utbrenthet som en yrkesskade, og hun presiserte spesielt faren for å utvikle PTSD (Posttraumatisk Stress Lidelse) i ettertid som vanskelig å tenke på. Denne intensivsykepleieren beskrev en høy arbeidsbelastning før koronapandemien, og en enda høyere etterpå, og at dette føles som å stange hodet i veggen (Fonn, 2021).

Etter å ha blitt smittet på jobb har flere sykepleiere opplevet ikke å få godkjent sine helseproblemer etter gjennomgått koronainfeksjon, som yrkesskade. I følge NRK har NAV kun godkjent 11,3 % av 3047 mottatte skademeldinger, og det per 22. april 2022 fortsatt er 1111 skademeldinger som ikke er gjennomgått enda (Wergeland & Gildestad, 2022). NSF's leder, Lill Sverresdatter Larsen, mener i et intervju i NRK at det er uetisk

at sykepleiere som i starten av pandemien måtte arbeide uten godkjent smittevernsutstyr, og som ble smittet på jobb, ikke får godkjent sin koronarelaterte sykdom som yrkesskade. Hun sier videre at per i dag bistår NSF 55 sykepleiere med advokathjelp i deres yrkesskadesak hos NAV.

Flere intensivavdelinger har blitt omtalt i mediene grunnet dårlig bemanning under koronapandemien. De ansatte forteller om ledelser som har måttet benytte seg av arbeidsgivers styringsrett for å tvinge de ansatte inn i såkalt nødturnus. De forteller at de har måttet flytte om på ferieuker, de har måttet arbeide hver annen helg og de har måttet arbeide flere ubekvemme vakter på helger og netter. Videre tas det opp flere problemstillinger som blant annet dårlig bemanningssituasjon, dårlige arbeidsforhold, tøffe turnuser og lave lønninger i forhold til arbeidet som utføres. Utmattede intensivsykepleiere forteller også at økt arbeidspress gir et negativt utslag på styrking av egen kompetanse, og at de demotiveres av både dette og av at det er slitsomt å drive opplæring av ikke spesialiserte sykepleiere for å få hjelp på intensivavdelingen (Hofstad, 2020).

Jeg finner det uheldig at intensivsykepleierne forventes å stille i frontlinjen samtidig som det kommer frem hvor problematisk det er å få hjelp av staten dersom man blir alvorlig syk eller ufør grunnet smitte man har fått i forbindelse med jobben sin. Kan dette få intensivsykepleiere rundt på landets intensivavdelinger til å slutte i jobben?

## **2.6 Profesjonell livskvalitet**

Profesjonell livskvalitet består av to aspekter, medfølelsetilfredshet (positivt) og medfølelsetilfrelse (negativt). Medfølelsetilfrelse består igjen av to komponenter; utbrenthet og sekundært traumatisk stress (Hudnall Stamm, 2010). I diskusjonskapitlet senere i denne masteroppgaven vil jeg drøfte profesjonell livskvalitet hos intensivsykepleiere, og om hvorvidt dette er vesentlig for intensivsykepleierens egen helse. Jeg mener dette er et viktig tema, og at det kan gi oss en pekepinn på om årsaken til at enkelte intensivsykepleiere slutter i jobben sin, kan

være arbeidsrelaterte hendelser. I de neste to underkapitlene går jeg litt dypere inn på hva profesjonell livskvalitet er.

### 2.6.1 Medfølelsetilfredshet, medfølelsesutmattelse og sekundært traumatisk stress

Et uttrykk som går igjen i noe forskning gjort blant intensivpersonell de siste årene, er medfølelsetilfredshet (Compassion satisfaction) og medfølelsesutmattelse (Compassion fatigue). Samtidig understrekes det flere steder at dette er et tema det er forsket lite på. Medfølelse identifiseres som en kvalitetsindikator for pasientsentrert sykepleie. Den beskrives som en emosjonell reaksjon eller følelse som oppstår når man involveres i andre menneskers (her; pasienters) lidelse. Og denne reaksjonen påvirker sykepleier til å ønske å lindre pasientens lidelse, noe som kan resultere i både tilfredshet og i utmattelse (Jakimowicz et al., 2018)

Medfølelsetilfredshet handler om gleden man kan føle på når man gjør noe godt for andre mennesker (her; pasienten). Hjelperen kan føle glede ved å sette seg inn i andre menneskers liv (Hudnall Stamm, 2010).

Medfølelsesutmattelse består hovedsakelig av to faktorer; utbrenthet og sekundært traumatisk stress (STS). STS kan sammenlignes med PTSD, bortsett fra at dette handler om helsepersonell som blir traumatisert av å høre om pasientens egne traumer (Gratland & Nergård, 2017). STS beskrives videre som et fenomen som kan oppstå der hjelperen klarer å sette seg inn i den traumatiserte pasientens situasjon. Det kan være vanskelig å skille mellom STS og utbrenthet, og dersom intensivsykepleieren viser symptomer på utbrenthet kan han/hun også være sårbar for sekundærtraumatisering. Man kan også se STS som en komponent av et utmattelsessyndrom (Hudnall Stamm, 2010).

### 2.6.2 Utmattelsessyndrom og utbrenthet

Utbrenthet (burnout) og utmattelsessyndrom (burnout syndrome) assosieres med følelsen av håpløshet og ineffektivitet for eksempel på jobb. Arbeidstakeren (her;

intensivsykepleieren) kan føle seg ubrukelige og inkompetente i forhold til å utføre jobben sin som planlagt. Videre kan utbrenthet assosieres med for høye krav til intensivsykepleieren, oppgaver man ikke rekker å fullføre og manglende støtte fra ledelsen til å gjennomføre arbeidet man er satt til (Hudnall Stamm, 2010). Pågår dette over lengre tid, kan utbrentheten gå over i en kronisk tilstand av fysisk og psykisk utmattelse og utslitthet. Utmattelsessyndrom hos intensivsykepleiere assosieres ofte, i tillegg til en emosjonell utslitthet, med depersonalisering (Vahedian-Azimi et al., 2019).

### 2.6.3 Individuelle faktorer

Til tross for at intensivsykepleieren kan påvirkes av arbeidsmiljø og andre ytre faktorer på arbeidsplassen, beskriver forskningen også intensivsykepleierens personlighet, egne erfaringer og egenskaper som faktorer med innvirkning på intensivsykepleierens måte å håndtere arbeidet på.

### 2.6.4 Hardførhet

Ifølge forskningen defineres hardførhet som tilstedeværelse av personlige egenskaper og kjennetegn som gir innehaveren evne til å motstå stressende ytre og indre faktorer. Med andre ord er dette en egenskap som kan beskytte innehaveren og dennes helse mot negative effekter av stressende hendelser (Silva-Junior et al., 2020).

## 2.7 Lederskap, organisasjon og arbeidsmiljø

For å kunne vurdere faktorer som påvirker intensivsykepleieren positivt eller negativt, må en også se på arbeidsmiljøet, ledelsen og organisasjonen på arbeidsplassen. Intensivsykepleieren er på jobb mellom 8 og 12 timer daglig 4 til 6 ganger i uken. Det er av vesentlig betydning at lokalenes kvalitet, arbeidsmengde og vaktbelastning samt ledelsen og organisasjonen for øvrig er tilfredsstillende for intensivsykepleierens trivsel på jobb.

I riksrevisjonens rapport fra 2019 (Riksrevisjonen, 2019) beskrives undersøkelser gjort av kliniske enheter i Norge. Den fastslår at ansatte som oppdateres og vedlikeholder sin kompetanse, og som jobber systematisk med avviksarbeid, har færre bemanningsutfordringer enn andre. Det samme gjelder også avdelinger som sørger for kompetanseutvikling hos sine ansatte. Disse avdelingene opplever i tillegg lavere sykefravær, de får lettere dekket inn ekstravakter, og det er færre ansatte som vurderer å bytte arbeidsplass. Rapporten beskriver videre en sammenheng mellom tiden lederen av enheten bruker på sine lederoppgaver opp mot hvor tilgjengelig lederen er for sine ansatte og deres faglige oppdatering.

## 3 Metode

Metodekapittelet vil beskrive metodiske valg gjort underveis i denne oppgaven. En beskrivelse av søkeprosess, utvalg av artikler, screening og vurdering av inkluderte artikler vil presenteres i dette avsnittet.

### 3.1 Valg av metode – en systematisk litteraturstudie

En systematisk litteraturstudie er et studiedesign som metodisk samler informasjon fra forskning om et spesifikt tema eller forskningsspørsmål, med et sett regler definert for hvordan og hva som kan inkluderes i en protokoll i forkant av datainnsamlingen.

Metoden skal være mulig å reprodusere og skal således være nøye forklart slik at resultatet kan verifiseres av andre (Polit & Beck, 2017)

Selv om metoden ikke produserer frem ny forskning, er dette en validert og anerkjent metode brukt for å samle eksisterende forskning, og belyse resultatene fra flere forskningsprosjekter med mulighet for ny kunnskap. Da målet med problemstillingen er å kartlegge nåværende kunnskap om hvilke faktorer vi kjenner til som påvirker intensivsykepleieren og fremstille kunnskapen som begrunner metodevalget i denne oppgaven (Olsson et al., 2003).

Ved å sammenstille kjent forskning innenfor min problemstillingsramme, har det til hensikt og presentere det vi allerede vet fra det internasjonale forskningsmiljøet, for så å finne ut om dette er overførbart til Norske intensivavdelinger, og finne ut av hva vi trenger og utforske mer av her i Norge.

#### 3.1.1 Forforståelse

Denne problemstillingen var i utgangspunktet ikke tenkt å ha et stort resultatpotensial, slik at i starten virket det åpenbare metodevalget å være en scoping review, fordi det tiltenkte potensiale for tilgjengelig forskning var trodd å være smalt, eller lite forsket på.

Når det preliminnære søket ble gjennomført viser det seg å være en del tilgjengelig forskning internasjonalt som kunne være med å svare på min problemstilling.

Metodevalget falt da naturlig på å gjennomføre en systematisk litteraturstudie.

Min forforståelse til denne problemstillingen kommer i hovedsak fra norske medier, eget fagforbund og min subjektive opplevelse som intensivsykepleier ved et norsk sykehus.

## 3.2 Innsamling, analyse og bearbeiding av data

I denne prosessen er det gjennomført et omfattende søk i flere databaser. Valget av databaser er basert på å få så bred dekning som mulig, av valgt kunnskapsområde.

### 3.2.1 PICO

Problemstillingen ble delt opp og satt i system ved hjelp av PICO-skjema (Helsebiblioteket, 2016c). Helsebiblioteket beskriver PICO som et hjelpeverktøy for å finne kjernespørsmålet i problemstillingen.

Ved hjelp av et preliminært søk ble det tatt frem et utvalg artikler som kunne representert og belyst en stor del av problemstillingen, og på bakgrunn av innhold i disse artiklene ble det skrevet en liste over mulige faktorer som kunne sammenlignes, og passe under C i PICO-skjemaet. Ordene under comparison i PICO skjemaet, ble valgt med tanke på å treffe et bredt spekter, slik at man kunne identifisere litteratur som kunne svare på problemstillingen med bred bakgrunn.

Intervensjonsgruppen ble inkludert å være sykepleiere som jobber på intensivavdeling da det er mange land utenfor Norge som ikke har egen spesifikk videreutdanning for intensivsykepleie.

*Tabell 1: PICO Skjema*

P (Population)	Intensivsykepleiere, Sykepleiere ved Intensivavdeling
I (Intervensjon)	Faktorer som påvirker negativt, Faktorer som påvirker positivt
C (Comparison)	Stress, utbrenthet, fornøydhets, motstandsdyktighet, personlighet, miljø, ledelse, stress, moralsk stress, utbrenthet, økonomisk frihet, sosial frihet
O (Outcome)	Fortsetter å jobbe som intensivsykepleier, slutter å jobbe som intensivsykepleier

### 3.2.2 Valg av databaser

Valget av databaser ble gjort på bakgrunn av ønske om å treffe et bredest mulig utvalg av litteratur fra internasjonale forskningsmiljøer, og for å identifisere forskning fra Norge og nordiske land.

Databasene CINAHL og MEDLINE ble valgt fordi det representeres internasjonal, fagfellevurdert forskning fra medisinfag og sykepleiere.

Databasen PsychINFO ble valgt for å identifisere forskning fra fagmiljøene i psykiatri, og databasen SveMed+ ble valgt for å identifisere forskning fra nordiske land som Norge, Sveigie og Danmark, da dette er land vi ofte identifiserer som relativt like i forhold til intensivmedisinsk arbeide.

Problemstillingen er formulert slik at den besvares best ved å se på primærstudier, Helsebiblioteket beskriver CINAHL, MEDLINE og PsychINFO som gode kilder til primærstudier (Helsebiblioteket, 2016a).

### 3.2.3 Valg og bruk av søkeord

Søkeordene i det systematiske litteratursøket ble identifisert ved hjelp av PICO og gjennom det preliminare søket. Søkeordene ble gjennomført som tekstord i PsychINFO, og i databasene MEDLINE, CINAHL og SveMed+ ble søkene gjennomført som en kombinasjon av tekstord og Medical Subject Headings, eller MeSH termer (Helsebiblioteket, 2016e). Enkelte av søkeordene identifisert ved PICO hadde ikke passende MeSH termer, slik at det ble gjennomført kombinasjonssøk med både MeSH termer og tekstord i databasene MEDLINE, CINAHL og SveMed+.

Med relevante søkeord ble disse kombinert i de forskjellige databasene ved å bruke kombinasjonsord eller boolske operatorer. I mine søk ble operatorene AND og OR benyttet til å kombinere og utvide søkene i databasene. AND er en operator som begrenser søket ved å definere at alle ordene som kombineres med AND må være tilstede i artikkelen, mens operatoren OR utvider søket ved å tillate at begge, det ene, eller det andre ordet er tilstede i artikkelen (Helsebiblioteket, 2016f).

### 3.2.4 Søkestrategi

Etter å ha gjennomført et preliminært søk i databasen CINAHL ble det utarbeidet en søkestrategi ved hjelp og veiledning fra Universitetsbibliotekar. Søkestrategien definerte 4 databaser med et bredt utvalg av søkeord, og en strategi for å kombinere ord i boolske fraser for å sikre bredest mulig treff på litteratur aktuell til problemstillingen.



Det ble utarbeidet en definert søkestrategi for hver enkelt database, med relevante søkeord i boolske fraser der dette var mulig, og i tekstord der MeSH termer ikke ble brukt.

Søkestrategiene ble gjennomført i mai – juni 2021, og alle søk ble grundig dokumentert og lagt ved denne oppgaven som vedlegg.

Referanser fra søkene ble lastet ned til EndNote, og selve screeningprosessen foregikk i et eksternt program Rayyan (Oussani et al., 2016), et tittel/abstract screeningverktøy og duplikatverktøy, og resultatet ble lastet over til EndNote igjen for fulltekst screening.

### 3.2.5 Inklusjon og eksklusjonskriterier og utvalg av studier

Artiklene som er valgt ut i denne oppgaven er valgt ut etter klare inklusjonskriterier. For å avgrense arbeidet med å screene artikler, er det ikke nødvendig å ta med artikler som ikke var ønsket. Det ble det satt eksklusjonskriterier basert på alder, sykepleiere utenfor intensivavdelinger med mer. Inklusjon- og eksklusjonskriterier vedrørende valg av metode i forskningen brukt i denne oppgaven, er valgt på bakgrunn av kjernespørsmålet i problemstillingen. I følge helsebiblioteket beskriver tverrsnittstudier forekomsten av et problem. Kohortstudier sier noe om hvorfor noe er et problem og hva dette problemet kan føre til. I min studie vil jeg vite om forekomsten, årsaken og følgene rundt denne problematikken. Derfor er foretrukket design til å svare på mine spørsmål, både tverrsnittstudier og kohortstudier (Helsebiblioteket, 2016b).

*Tabell 2: Inklusjon og eksklusjonskriterier*

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Design	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primærstudier               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tverrsnittstudier</li> <li>- Kvantitative spørreundersøkelser</li> <li>- Randomiserte kontrollerte forsøks studier</li> <li>- Kohortstudier</li> </ul> </li> <li>• Fra 2016 og nyere</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitative studier</li> <li>• Studier publisert før 2016</li> <li>• Studier som ikke er publisert på engelsk, norsk, dansk eller svensk.</li> </ul>
Populasjon	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intensivsykepleiere</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykepleiere uten videreutdanning på</li> </ul>

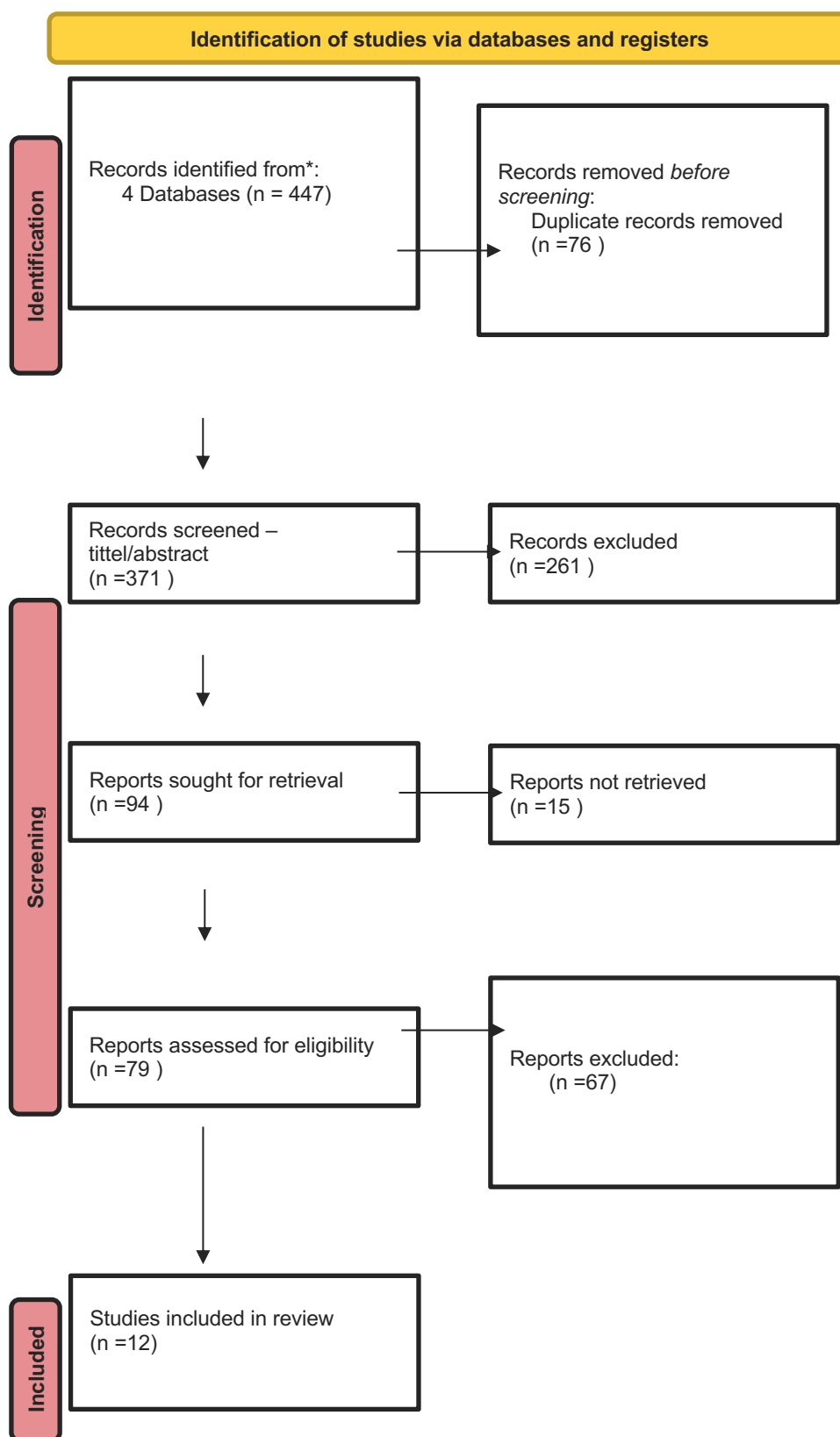
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykepleiere som jobber på intensivavdeling med opplæring eller eget spesialiseringsløp</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sengepost, sykehjem eller andre avdelinger utenfor intensivavdelingen.</li> </ul>
Kvalitet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fagfelleverderte studier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ikke fagfelleverderte studier</li> </ul>

Utvalg av studier ble gjort i perioden juni-august 2021. Totalt 447 studier fra 4 databaser ble identifisert som kandidater, 76 artikler ble fjernet som duplikater og 371 artikler ble tatt til tittel og abstrakt screening.

Tittel Abstract verktøyet Rayyan (Oussani et al., 2016) ble brukt for å sortere, gruppere og selekere artikler som passer til problemstillingen i denne oppgaven, 94 studier ble identifisert til å lese full tekst. Av de 94 identifisert ble 79 fulltekst studier funnet, 15 var ikke mulig å få uten å gå gjennom betalingsmur eller ikke mulig å finne. Forespørsel til artikkelforfattere av disse 15 artiklene ble sendt, men ikke besvart.

Av de 79 artiklene ble 12 studier identifisert og tatt med videre til sjekk av reliabilitet og kvalitetssikret ved hjelp av sjekklister fra helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016d). Prosessen med utvelgelse av studier er dokumentert ved hjelp av PRISMA-skjema.

Tabell 3: PRISMA, Flytskjema for utvelgelse av studier.



PRISMA-Flytskjema (Page et al., 2021).

### 3.2.6 Vurdering av studienes kvalitet og metode

Helsebiblioteket poengterer viktigheten av å ikke benytte forskning ukritisk uten å gjøre en vurdering av studienes kvalitet og gyldighet (Helsebiblioteket, 2016b).

For å hjelpe med å vurdere om forskningen er gyldig eller ikke, er det utviklet sjekklister som hjelper til med å kritisk vurdere dette. I denne masteroppgaven er det benyttet sjekklister for kritisk å vurdere hver enkelt artikkel inkludert i studien. Sjekklistene er hentet fra Helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016d).

De 12 inkluderte artiklene i denne masteroppgaven er sjekket, og bestått. De 12 artiklene er også vurdert av veileder.

### 3.2.7 Resultatanalyse

For å vurdere resultatet ble det bestemt å gjennomføre en modifisert resultatanalyse basert på Lindgren, Lundman og Graneheims kvalitative innholdsanalyse (Lindgren et al., 2020). Ved å hente ut meningsbærende enheter fra artiklene, ble disse oversatt og konkretisert i et skjema. Skjemaet ble delt i 4 deler, den meningsbærende enheten i full tekst fra artikkelen, den kondenserte og oversatte meningsenheter, overordnede temaer og koder for å skille mellom temaene.

Tabell 4: Utdrag fra resultatanalyse.

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode	Kategori
Regarding life habits, most reported performing physical activity, not smoking and using alcohol. In this study, an association was observed	Studien viser at fysisk aktivitet forebygger utmattelsessyndrom	Moderator Fysisk aktivitet	Helserelaterte faktorer

<p>between physical activity and low burnout prevalence. The consulted literature points to the benefits of physical activity in workers' health, such as cognitive improvement, reduction of stress, symptoms of anxiety and depression, reduction of conflicts in interpersonal relationships and less tired feeling during work activities.</p>			
--	--	--	--

Ved hjelp av dette verktøyet ble resultatet fra de 12 inkluderte artiklene samlet i ett dokument, etter tema og kode. Ved å tematisere ble det dannet

### 3.3 Etiske vurderinger

Da denne masteroppgaven er gjennomført som en litteraturstudie, var det ikke nødvendig å innhente eller søke tillatelser fra lokale eller regionale etiske komiteer, personvernombud og lignende. Men jeg har måttet være bevisst på å dokumentere prosessen underveis i oppgaven for å sørge for å ikke forsømme forskningen jeg benytter meg av, og ikke legge til informasjon eller tolke innholdet i forskningen utover det som faktisk er forsket på. Artiklene benyttet i denne masteroppgaven er i tillegg screenet og oppfattes som gyldige og troverdige, og derfor tatt med i denne oppgaven. Resultatanalyse er lagt ved som vedlegg for den som ønsker å lese min tolkning og oversettelse av meningsbærende enheter.

## 4 Resultat

I dette avsnittet presenteres funn, basert på innholdsanalyse av de 12 inkluderte artiklene. Først en kort presentasjon av de inkluderte artiklene, og litt om studienes karakteristikk, metodeverktøy og populasjon.

### 4.1 Fremstilling og kort presentasjon av inkluderte artikler i studien

I dette avsnittet følger en kort presentasjon av formål og studienes karakteristikk.

#### 4.1.1 Hardy personality and associated factors in health professionals active in services that treat critical patients.

Studien har til formål å identifisere faktorer som kan assosieres med den hardføre personligheten hos enkelte helsepersonell, som jobber ved avdelinger med ansvar for kritisk syke pasienter.

Studiens konklusjon viser at helse og følelsen av velvære, både psykisk og fysisk, påvirkes både direkte og indirekte av å ha en hardfør personlighet. Det viser også at hardføre personligheter har mindre fravær, høyere tilfredshet med eget arbeid, lite stress og lite utbrenthet. Studien konkluderer til slutt med at det er behov for å se mer på sammenhengen mellom hardføre personligheter og sosioøkonomiske faktorer (Silva-Junior et al., 2020).

*Tabell 5-1. Hardy personality and associated factors in health professionals active in services that treat critical patients (2020)*

Forfattere	Silva-Junior et al.
Design	Analytisk epidemiologisk tverrsnittstudie, spørreundersøkelse
Metodeverktøy	Hardiness Scale, Job Stress Scale, Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey, Beck Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory, Professional Quality of Life og Beck Hopelessness Scale.
Antall deltakere	469

Populasjon	Helsepersonell ved avdelinger som ivaretar kritisk syke pasienter, Sykepleiere, fysioterapeuter, ernæringsfysiologer, leger, hjelpepleiere.
Land	Brasil

#### 4.1.2 Communication satisfaction and job satisfaction among critical care nurses and their impact on burnout and intention to leave: A questionnaire study

Studiens formål er å se på sammenhengen mellom kommunikasjonstilfredshet og jobbtilfredshet og deres sammenheng med ønske om å slutte og utbrenthet blant intensivsykepleiere i Belgia.

Studien konkluderer med at kommunikasjon og jobbtilfredshet var høy i de tre inkluderte intensivenhetene, lav bemanningsutskifting og forekomst av utbrenthet var lav. De finner en liten sammenheng mellom kommunikasjonstilfredshet, utbrenthet og intensjon om å slutte i jobben sin. Det nevnes at det lønner seg for ledere av intensivenheter å optimalisere kommunikasjon på egen arbeidsplass (Vermeir et al., 2018).

*Tabell 5-2. Communication satisfaction and job satisfaction among critical care nurses and their impact on burnout and intention to leave: A questionnaire study (2018)*

Forfattere	Vermeir et al.
Design	Multisenter kvantitativ spørreundersøkelse.
Metodeverktøy	Analyseverktøy: Communication Satisfaction Questionnaire, Turnover Intention Scale, Maslach Burnout Inventory.
Antall deltakere	303
Populasjon	Intensivsykepleiere, 3 sykehus.
Land	Belgia

#### 4.1.3 Anxiety symptoms and burnout among Chinese medical staff of intensive care unit: the moderating effect of social support.

Studiens formål er å se hva slags effekt sosial støtte har på intensivpersonell, og om det kan hjelpe med å moderere stress.

Studien konkluderer med at det finnes en sammenheng mellom sosial støtte og utbrenthet og angst, Det viser at sosial støtte fungerer som en moderator for å dempe angst og utbrenthet hos intensivpersonell (Zhang et al., 2020).

*Tabell 5-3. Anxiety symptoms and burnout among Chinese medical staff of intensive care unit: the moderating effect of social support (2020)*

Forfattere	Zhang et al.
Design	Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse.
Metodeverktøy	Angst Symptomer: 4-Point Likert Scale med 20 emner fra Zung Self-Rating Anxiety Scale, Sosial støtte: Social Support Rating Scale, Utbrenthet: The Chinese Burnout Inventory
Antall deltakere	514
Populasjon	Intensivsykepleiere, intensivleger, 11 intensivavdelinger, fordelt på 3 sykehus.
Land	Kina.

#### 4.1.4 Effect of meaningful recognition on critical care nurses' compassion fatigue

Studien har til formål å se effekten av meningsfull anerkjennelse og andre faktorer som påvirker medfølelsetretthet ved hjelp av programmer laget for å anerkjenne sykepleiere. Ved disse sykehusene er det benyttet The DAISY Award program, som er et standardisert meningsfullt anerkjennelsesprogram.

Studien konkluderer med at meningsfull anerkjennelse satt i system kan være med på å redusere utbrenthet og bedre medfølelsetilfredshet hos intensivsykepleiere. I tillegg er slike programmer med på å øke bevisstheten rundt intensivsykepleierens jobb og arbeidsoppgaver rundt intensivpatienten (Kelly & Lefton, 2017).



Tabell 5-4. *Effect of meaningful recognition on critical care nurses' compassion fatigue (2017)*

Forfattere	Kelly & Lefton.
Design	Kvantitativ deskriptiv spørreundersøkelse.
Metodeverktøy	Angst Symptomer: 4-Point Likert Scale med 20 emner fra Zung Self-Rating Anxiety Scale, Sosial støtte: Social Support Rating Scale, Utbrenthet: The Chinese Burnout Inventory,
Antall deltakere	726 fra sykehus med program, 410 fra sykehus uten program n=1136.
Populasjon	Intensivsykepleiere, 24 sykehus.
Land	USA

#### 4.1.5 Predictors of Moral Distress in a US sample of Critical Care Nurses

Studien har til formål å se på sammenhengen mellom graden av opplevd moralsk stress hos sykepleieren, opp i mot arbeidsmiljøet og pasientsikkerhet.

Her finner de at moralsk stress er assosiert med dårlig arbeidsmiljø og negative oppfatninger av arbeidsmiljøet, og at dette kan jobbes med ved å bedre arbeidsmiljøet til å støtte opp under kollegiale forhold. Dette krever organisatoriske endringer slik at det må jobbes med i kollegiet av sykepleiere, samtidig som det arbeides med i ledelse og organisasjon i helseforetaket (Hiler et al., 2018).

Tabell 5-5. *Predictors of Moral Distress in a US Sample of Critical Care Nurses (2018)*

Forfattere	Hiller et al.
Design	Deskriptiv korrelasjonell spørreundersøkelse.
Metodeverktøy	Moral Distress Scale-Revised, Practice Environment Scale of the Nursing Work Index, Descriptive Statistics, bivariate correlation coefficients og hierarchical regression analysis.
Antall deltakere	328
Populasjon	Intensivsykepleiere
Land	USA

#### 4.1.6 Compassion satisfaction and fatigue: A cross-sectional survey of Australian intensive care nurses.

Formålet med denne studien er å undersøke faktorer som kan påvirke og medvirke til medfølelsetilfredshet. Studien ønsker også å se på medfølelsetutmattelse og hvordan dette påvirker intensivsykepleiere.

Studien finner at intensivsykepleierne ikke skårer høyt på medfølelsetilfredshet. Ideelt sett burde disse sykepleierne skåret høyere sammenlignet med nivået av utbrenthet og medfølelsetutmattelse som de beskriver. Det forklares i studien hvordan en kvalitativ studie er nødvendig, for å utforske årsakene til hvorfor intensivsykepleierne opplever lavere medfølelsetilfredshet, og moderate nivåer medfølelsetutmattelse (Jakimowicz et al., 2018).

*Tabell 5-6. Compassion satisfaction and fatigue: A cross sectional survey of Australian intensive care nurses (2018)*

Forfattere	Jakimowicz et al.
Design	Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse.
Metodeverktøy	Del 1 av 2 studier, mixed method. Del 2 av denne studien er kvalitativ/intervjubarert, denne er ikke inkludert i denne masteroppgaven. Verktøy: The Professional Quality of Life Scale V5, 5-punkt Likert Scale med tre sub-skala skåringer: Medfølelsetilfredshet, Utbrenthet og Sekundært traumatisk stress.
Antall deltakere	117
Populasjon	Intensivsykepleiere, 2 intensivavdelinger.
Land	Australia

#### 4.1.7 Effects of a Multimodal Program Including Simulation on Job Strain Among Nurses Working in Intensive Care Units.

Formålet med denne studien og forsøket, er å se om et program bestående av simulering kan redusere arbeidsrelatert stress hos intensivsykepleiere. Intensivsykepleierne ble delt i 2 grupper, en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe for å måle effekt. Det

multimodale programmet inneholdt undervisning og simulering av situasjoner som er forventet å oppstå på intensivavdelinger.

Studien viser ved 6 måneders oppfølging at intensivsykepleierne i intervensjonsgruppen viser mindre arbeidsrelatert stress. I intervensjonsgruppen hadde 4 intensivsykepleiere sluttet, i kontrollgruppen hadde 12 intensivsykepleiere sluttet etter 6 måneder (El Khamali et al., 2018).

*Tabell 5-7. Effects of a Multimodal Program Including Simulation on Job Strain Among Nurses Working in Intensive Care Units (2018)*

Forfattere	El Khamali et al.
Design	Multisenter Randomisert Klinisk Forsøk. Spørreundersøkelse etter forsøket, med oppfølgingsspørreundersøkelse 6 måneder etter.
Metodeverktøy	Ikke validert skala: 1-10 fornøydhet ved egen arbeidsplass. Job Content Questionnaire, Copenhagen Psychosocial Questionnaire,
Antall deltakere	198, 101 i intervensjonsgruppen og 97 i kontrollgruppen.
Populasjon	Intensivsykepleiere ved 8 intensivavdelinger
Land	Frankrike

#### 4.1.8 Factors Affecting Resilience and Development of Posttraumatic Stress Disorder in Critical Care Nurses

Studien ønsker å identifisere faktorer som kan påvirke motstandsdyktighet og finne ut om faktorene kan ha effekt på motstandsdyktighet og utviklingen av PTSD. Ved å analysere intensivsykepleierens personlighet kan man se etter faktorer som kan påvirke hvor hardfør personligheten er.

Studien finner at å arbeide ved Medisinske intensivavdelinger uten videreutdanning, kan disponere for å utvikle PTSD. De finner også at å implementere et program for å trene

opp hardføre personligheter hos intensivpersonalet, ved hjelp av kognitiv terapi, trening, eksponeringsterapi og mindfulness stress-reduksjonsøvelser, har effekt. Ved å benytte slike programmer for å øke motstandsdyktighet kan man senke stress nivået, senke faren for å utvikle PTSD og depresjon (Mealer et al., 2017).

*Tabell 5-8. Factors Affecting Resillience and Development of Posttraumatic Stress Disorder in Critical Care Nurses (2017)*

Forfattere	Mealer et al.
Design	Kvantitativ deskriptiv spørreundersøkelse.
Metodeverktøy	Posttraumatic Stress Scale, Connor-Davidson Resillience Scale, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
Antall deltakere	744
Populasjon	Intensivsykepleiere i USA, randomisert utvalgt fra American Association of Critical Care Nurses.
Land	USA

#### 4.1.9 Nurses' perceptions and demands regarding COVID-19 care delivery in critical care units and hospital emergency services.

Studien ønsker å kartlegge hvordan intensiv og akuttisykepleiere har hatt det og hva slags erfaringer de har fått under Covid-19 Pandemien. Temaer som ble undersøkt var sikkerhet, organisatorisk beslutningstaking, kommunikasjon, psykososiale og sosioemosjonelle behov under den akutte fasen av Covid-19.

Studien finner at intensiv og akuttisykepleiere følte på en massiv usikkerhet, var redde for å bli smittet og at de kunne være bærer av viruset og dermed smitte andre. De opplevde økt arbeidspress på toppen av arbeidsrelatert stress i en prekær situasjon, og at de selv måtte stå for å gjøre beslutninger på egenhånd uten å ha lege bak seg. De følte også at kommunikasjon mellom intensivsykepleierne og ledelse var for dårlig, og at de slet med å møte pasientens behov. De avslutter med å kategorisere intensiv- og akuttisykepleiere som sårbare, med tanke på at de er overeksponert for smittefarer i behandling av Covid-19 pasienter (Gonzalez-Gil et al., 2021).

Tabell 5-9. Nurses' perceptions and demands regarding COVID-19 care delivery in critical care units and hospital emergency services (2021)

Forfattere	Gonzalez-Gil et al.
Design	Tverrsnittstudie, første del av en mixed method studie. (del to ikke inkludert i denne masteroppgaven).
Metodeverktøy	Spørreundersøkelse, Online, SurveyMonkey. SARS Team Questionnaire, Practice Environmental Scale of the Nursing Work Index, Medical Office Survey on Patient Safety Culture, Granada Burnout Questionnaire,
Antall deltakere	557
Populasjon	Intensiv og akuttisykepleiere ved 26 sykehus i Madrid.
Land	USA

#### 4.1.10 Burnout Syndrome and Associated Factors in Intensive Care Unit Nurses.

Studien ønsker å estimere forekomst av utbrenthetssyndrom og faktorer som kan påvirke og øke utbrenthet hos intensivsykepleiere.

Studien finner at det er økt arbeidspress på intensivsykepleierne, og høyere forekomst av utbrenthet hos intensivsykepleiere. Spesielt intensivsykepleiere under 34 år, bruk av tobakk og alkohol, for mange pasienter per intensivsykepleier og dårlig lønn (Aragao et al., 2021).

Tabell 5-10. Burnout Syndrome and Associated Factors in Intensive Care Unit Nurses (2021)

Forfattere	Aragao et al.
Design	Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse.
Metodeverktøy	Job Content Questionnaire, Maslach Burnout Inventory, Job Content Questionnaire,
Antall deltakere	65
Populasjon	Intensivsykepleiere, ved 7 sykehus i Bahia.
Land	Brasil

#### 4.1.11 Burnout, Perceived Stress, and Job Satisfaction Among Trauma Nurses at a Level 1 Safety Net Trauma Center.

Studiens formål er å se på utbrenthet, stress og tilfredshet med egen arbeidsplass, hos sykepleiere som har ansvar for traumepasienter ved akuttmottak og intensivavdelinger. De finner at sykepleierne opplever å være utbrente, men at de ikke nødvendigvis er misfornøyd med eget yrke eller arbeidsplass, men at arbeidsmiljøet er en viktig faktor som påvirker nivået av utbrenthet. Man ser en sammenheng mellom personlig prestasjon og at en får utvikle seg faglig som en beskyttende faktor som minimerer depersonalisering og gir økt fornøydhet med egen arbeidsplass (Munnangi et al., 2018).

*Tabell 5-11. Burnout, Perceived Stress, and Job Satisfaction Among Trauma Nurses at a Level 1 Safety Net Trauma Center (2018)*

Forfattere	Munnangi et al.
Design	Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse.
Metodeverktøy	Maslach Burnout Inventory, abridged Job Descriptive Index, Percieved Stress Scale.
Antall deltakere	75
Populasjon	Sykepleiere som arbeider med traumepasienter ved intensivavdelinger og akuttmottak.
Land	USA

#### 4.1.12 Nurses well-being in intensive care units: study of factors promoting team commitment

Formålet med studien er å se på hvordan faktorer i arbeidsmiljøet til intensivsykepleieren henger sammen med jobbtilfredshet, opplevd mottatt støtte og team-engasjement i intensivavdelingen.

Studien finner at det å identifisere seg som en del av teamet blant andre intensivsykepleiere kan bedres ved å ha god klinisk praksis, og et arbeidsmiljø som

fremmer støtte og fokuserer på at den ansatte skal trives på jobb. Det å føle at noen bryr seg om at du har det bra på jobb gir arbeidstakeren bedre arbeidsliv og at dette igjen påvirker pasientbehandlingen positivt (Galletta et al., 2016).

*Tabell 5-12. Nurses well-being in intensive care units: study of factors promoting team commitment (2016)*

Forfattere	Galletta et al.
Design	Tverrsnittsundersøkelse, spørreundersøkelse.
Metodeverktøy	Nursing Work Index-Revised, Work Design Questionnaire, Survey of Percieved Organizational Support, The Questionnaire of Organizational Satisfaction, Organizational Commitment Questionnaire,
Antall deltakere	222, fordelt på 12 intensivavdelinger fra 4 sykehus.
Populasjon	Intensivsykepleiere
Land	Italia

## 4.2 Funn fra de inkluderte artiklene

### 4.2.1 Helserelevante faktorer

Med helserelevante faktorer menes faktorer som påvirker intensivsykepleierens helse, både mentalt, fysisk, direkte og indirekte.

#### 4.2.1.1 Utbrenthet og utmattelsessyndrom

Utbrenthet og utmattelsessyndrom henger sammen med faktorene som ellers listes opp under helserelevante faktorer, ved at enkelte eller fler faktorer forsterker eller svekker følelsen av å være utbrent og utmattet. Man kan også se at jo mer utbrenthet intensivsykepleiere føler, jo mer forsterker dette andre faktorer igjen, som for eksempel medfølelsesutmattelse (Jakimowicz et al., 2018). Flere av studiene som er benyttet i denne artikkelen, beskriver at utbrenthet og utmattelsessyndrom er et problem for intensivsykepleieren, og i flere av studiene er det rapportert et høyt antall ansatte som

har opplevd å være utbrent, noe artikkelforfatterne også ser i andre studier de har benyttet seg av.

(Zhang et al., 2020) viser i sin studie til at de som opplever mer utbrenthet også scoret høyt på angst-symptomer. De finner også i andre studier at utbrenthet og angst henger sammen, noe som har en negativ påvirkning i stress prosesser. Samme studie (Zhang et al., 2020) viser også til hvordan det å jobbe med pasienter som er kritisk syke, og som har høy mortalitet, er mer utsatt for å bli emosjonelt og fysisk utmattet. Dette støttes også av (Aragao et al., 2021). Forekomst av utmattelsessyndrom er høyere i klinikker som har ansvar for kritisk syke pasienter og spesielt der potensialet for fatale utfall er høyt og om intensivsykepleieren gjør feil. Dette støttes også av (Aragao et al., 2021), som beskriver at store forventninger til at intensivsykepleiere ikke gjør feil i behandling, er med på å øke utmattelsesforekomst. Jo flere krav som rettes mot intensivsykepleiere, jo høyere forekomst av utmattelsessyndrom, viser studiene.

(Aragao et al., 2021) finner at av emosjonell utslitthet, personlig ineffektivitet og depersonalisering, er det emosjonell utslitthet som kommer frem som den største faktoren av de tre som påvirker intensivsykepleieren negativt. De to andre faktorene kan være med på å bygge opp under emosjonell utslitthet.

(Aragao et al., 2021) viser også at forekomst av utmattelsessyndrom er størst hos yngre intensivsykepleiere når de lider av emosjonell utslitthet. Studien viser her også til andre studier der utmattelsessyndrom er påvist hyppigere hos de yngre intensivsykepleierne, enn de eldre som har lengre erfaring i yrket.

#### *4.2.1.2 Forskjellige typer intensivavdelinger*

(Munnangi et al., 2018) rapporterer i sine undersøkelser at selvoppfattt stress ikke kunne relateres til alder eller kjønn, men de intensivsykepleierne som rapporterte å ha helseproblemer, rapporterte også mer selvoppfattt stress. De finner også at intensivsykepleiere på kirurgiske intensivavdelinger opplever signifikant høyere nivåer av emosjonell utmattelse enn de som jobber i akuttmottak og medisinske intensivavdelinger. Der viser også undersøkelsene at intensivsykepleiere med ansvar for traumepasienter rapporterer høyere nivåer av opplevd stress, noe som gjør



intensivsykepleiere med ansvar for traumepasienter mer utsatt for stress-relaterte sykdommer.

#### *4.2.1.3 Forskning på utmattelsessyndrom*

(Aragao et al., 2021) etterlyser mer forskning på utmattelsessyndrom hos intensivsykepleiere, og hvilke faktorer som påvirker utmattelsessyndrom. Det etterlyses også da informasjon om hvordan det skal avdekkes, og om man kan forebygge utmattelsessyndrom hos intensivsykepleiere.

(Kelly & Lefton, 2017) beskriver forskning de har funnet som viser en økende trend blant intensivsykepleiere og medfølelsesutmattelse som årsak til at mange intensivsykepleiere ikke blir i jobben sin, enkelte steder beskrives det at så mange som 20% forlater stillingene sine det første året de jobber. De beskriver også en annen problematikk der man hele tiden må fortsette å utdanne flere for å erstatte de som slutter, som først og fremst går utover pasientsikkerheten, arbeidsflyt og kontinuitet i pasientpleie.

#### *4.2.1.4 Uplanlagte hendelser*

I Covid-19 pandemien ble det registrert i en studie at intensivsykepleiere følte seg redde og usikre, relatert til mulighet for å bli smittet av en sykdom man kunne lite om. Denne redselen er en ekstra belastning på intensivsykepleieres allerede belastende arbeidshverdag, som kan påvirke intensivsykepleiere til å slutte i fremtiden ved lignende hendelser (Gonzalez-Gil et al., 2021). Artikkelen rapporterer også om en problematikk for intensivsykepleiere under pandemien, der de ikke fikk adressert sine pasienters psykososiale behov, i tillegg til at de ikke fikk utløp for sine egne følelser av å være emosjonelt utslitte. Studien viser her til at de samme intensivsykepleierne opplever angst, depresjon, søvnløshet og psykologiske stress symptomer under pandemien.

Det vises også her til at intensivsykepleierne som tar vare på covid-pasienter under pandemien har opplevd medfølelsesutmattelse, og det studien refererer til som «vicarious trauma», definert som en prosess av forandringer i den empatiske kontakten med overlevende traumeoffere.

Det ble dog observert at intensivsykepleieres villighet til å ta vare på covid-19 pasienter ble funnet positivt assosiert med profesjonalisme, sikkerhet og selvsikkerhet, mens det ble negativt assosiert med stress og negative erfaringer.

#### *4.2.1.5 Positive faktorer*

(Zhang et al., 2020) viser i sin studie til at man kan forsøke å snu en negativ trend der man opplever angst og utbrenthet ved at kolleger deler sine ressurser innad i gruppen, noe som kan moderere hvor hardt utbrenthet påvirker en.

Andre studier viser også positive trender hva angår utmattelsessyndrom, hvor så lite som 3% av intensivsykepleierne i studien (Vermeir et al., 2018) så ut til å være i fare for å utvikle utmattelsessyndrom, i kontrast til andre undersøkelser som artikkelforfatterne har funnet i sine bakgrunnsundersøkelser. De fant at blant 25-33% av deltakerne i denne undersøkelsen, så var depersonalisering og emosjonell utslitthet generelt sett ikke et stort problem.

#### *4.2.1.6 Lederskap og arbeidsmiljø*

Arbeidsmiljø og lederskap er faktorer som påvirker intensivsykepleieres helse, og flere av artiklene beskriver faktorer i lederskap og miljø som er aktuell til denne problemstillingen.

(Gonzalez-Gil et al., 2021) beskriver at majoriteten av intensivsykepleiere under covid-19 pandemien fikk omorganisert arbeidstidene sine, og at det ikke ble nok restitusjon mellom skiftene på jobb. Dette førte til at intensivsykepleierne opplevde mer emosjonell utslitthet, søvnvansker, og ikke nok tid til restitusjon. Dette resulterte i følelsesmessig stress og for korte overlapp mellom skift.

(Vermeir et al., 2018) beskriver i sitt resultat at emosjonell utslitthet kan komme av flere årsaker, men i sin undersøkelse på 2 sykehus er årsakene til emosjonell utslitthet forskjellige, det som er årsaken til emosjonell utslitthet på ett sykehus er ikke det samme på det andre. Når det ikke er en felles årsak til emosjonell utslitthet er det problematisk å beskrive hva som gjør en intensivsykepleier emosjonelt utslitt. De har da valgt å beskrive følgende faktorer som KAN spille inn på emosjonell utslitthet i sitt resultat: det er store variasjoner mellom sykehus og avdelinger kanskje kan forklares

med antall nattskift, arbeidsrelatert stress, konflikter mellom kolleger eller pasienter, forhold til nærmeste leder eller organisasjonen.

(El Khamali et al., 2018) mener økte krav og økt arbeidsrelatert stress reduserer intensivsykepleierens arbeidstilfredshet og øker risiko for stress reaksjoner og utbrenthet. Forklaringen ligger i en stressprosess som kan redusere intensivsykepleierens helse, redusere profesjonell suksessjon, øke antall langtidssykemeldinger og øke utskifting av ansatte på avdelingene. I denne studien var det også en kontrollgruppe som viste dårligere resultater enn intervensjonsgruppen. De hadde hyppigere antall utskiftinger av personell enn i intervensjonsgruppen.

(Kelly & Lefton, 2017) beskriver også at intensivsykepleierne i denne studien stort sett er fornøyde selv om de opplever et moderat til høyt stressnivå med deres nåværende arbeidssituasjon. Selv om studien her ikke viste økt utmattelsessyndrom hos yngre intensivsykepleiere, viste den at medfølesestilfredshet var dårligere hos yngre generasjoner intensivsykepleiere. I denne studien har så mange som 40% vurdert å forlate yrket sitt og 31% har vurdert dette det siste året før undersøkelsen ble gjort. Studien konkluderer med at et høyt stressnivå hos intensivsykepleiere kan være et uadressert problem med rot i medfølelsesutmattelse og man må se videre på arbeidssituasjonen til intensivsykepleiere for å finne eventuelt andre faktorer som påvirker arbeidsrelatert stress.

(Aragao et al., 2021) denne studien ser på utmattelsessyndrom hos intensivsykepleiere. De som har jobbet tredelt turnus med nattarbeid, lange arbeidsdager og overtid i offentlig sektor som har sluttet i jobben sin, har hatt høyere forekomst av utmattelsessyndrom. Spesielt gjelder dette intensivsykepleierene som har ansvar for mer enn 10 pasienter eller flere per vakt, er ansatt ved voksen-intensivavdelinger, og de som har lavere lønn. Den samme studien viser til at intensivsykepleiere som opplever høyere arbeidspress i en krevende arbeidssituasjon, opplever mer utmattelsessyndrom enn andre. Dårligere lønn disponerte for høyere nivå av utbrenthet. Det kan ha årsak i at de som har dårlig lønn, ofte tar jobb på flere steder og dermed er mer utsatt.

#### *4.2.1.7 Moderatorer og intervensjoner*

Flere av studiene er undersøkelser og forsøk på å introdusere en intervensjon eller moderator for å få bukt med et problem.

(Zhang et al., 2020) finner i sin studie hvordan sosial støtte er med på å moderere utbrenthet i forhold til angstsymptomer hos intensivpersonell. Det vises da til hvordan sosial støtte er observert å moderere forholdet mellom stress og depresjon. Sosial støtte har her også en modererende effekt på utbrenthet og mental helse hos intensivsykepleierne. Samme studie viser også at sosial støtte har potensiale til å redusere sjansen for å utvikle angstsymptomer i stressprosessen. Jo mer sosial støtte intensivpersonell mottar, påvirkes de mindre av utbrenthet og angstsymptomer. Dette kan sees på som en enkel måte å bedre mental helse hos intensivpersonell som føler på utbrenthet. Derfor velger artikkelforfatterne å anbefale et sosialt støtteprogram som i denne sammenheng er basert på kinesiske kulturelle verdier, for å bedre intensivsykepleierens mentale helse.

Andre finner at for eksempel fysisk aktivitet kan moderere og aktivt forebygge utmattelsessyndrom (Aragao et al., 2021).

(Munnangi et al., 2018) anbefaler kollegastøtte og støttegrupper/samtalegrupper for å forebygge stress og fremme bearbeiding. Dette er en måte å sørge for at intensivsykepleierne kan samarbeide og bearbeide stressende elementer ved jobben sin, og på den måten hjelpe hverandre. Samme artikkel mener også at det må sees på andre muligheter for å implementere motivasjonsfaktorer. Dette kan være nok personale, støttepersonale til å avlaste, promotere positiv organisatorisk kultur og bedre kollegaforhold for å øke tilfredshet. Disse tiltakene vil være med å motvirke hyppig utskifting av personell. Gode kollegiale forhold i seg selv kan være en forebygger for hyppig utskifting, da dette er vanskeligere å velge bort i en arbeidshverdag.

En annen moderator er erfaring. (Jakimowicz et al., 2018) mener at intensivsykepleiere med færre års erfaring og fartstid kan relateres til dårligere utbrenthetsskåring.

Personale med mer en 15 års erfaring og fartstid i yrket skårer bedre på utbrenthet enn de intensivsykepleierne med mindre erfaring. Samme artikkel nevner trygghet med fast jobb; dette kan påvirke intensivsykepleierens evne til medfølelsetilfredshet og grad av utbrenthet. Intensivsykepleiere med mer en 15 års fartstid og fast stilling skårer bedre enn de med mindre en 5 år ansiennitet og ikke fast stilling.

(Jakimowicz et al., 2018) konkluderer med at det er mangel på forskning på hvilke intervensjoner som kan forbedre intensivsykepleierens opplevelse av medfølelsetilfredshet, minske utbrenthet og sekundært traumatisk stress. Ved å finne hvilke intervensjoner som gir best effekt på intensivsykepleierens hverdag, kan forebyggende intervensjoner settes inn for å minske effekten av de uheldige faktorene.

#### 4.2.1.8 Utdanning, erfaring og kompetanseheving

(Kelly & Lefton, 2017) viser til at forskning gjort tidligere legger til grunn at uerfarenhet og unge intensivsykepleiere har større risiko for å utvikle medfølelsesutmattelse.

(Munnangi et al., 2018) Beskriver at sykepleiere med helseproblemer også hadde høyere nivåer av stress. Det poengteres viktighet av at arbeidsgiver kan tilby helsepersonell med helseproblemer strategier som kan hjelpe med å bedre egen personlig helse. Det nevnes også senere i artikkelen at ved å implementere læringsaktiviteter hvor helsepersonellet får oppleve å vokse personlig.

(Silva-Junior et al., 2020) Personlige egenskaper eller funksjoner studeres for å identifisere individer som kan være mer utsatt for å utvikle stress, og søker derfor å finne ut hva som kan utvikle motstand og mestringsstrategier for å redusere eller nøytralisere stressende faktorer hos helsepersonell, alternativt verktøy for å komme over uheldige situasjoner i arbeidslivet.

Det skrives også om «hardiness» eller hardførhet, som er definert som tilstedeværelse av personlige egenskaper eller individuelle karakteristikk som gjør individet motstandsdyktig mot stress. Dette er her definert som en personlig ressurs eller egenskap. Hardføre personligheter bidrar med effektivitet, kvalitet, er mindre syke og viser å ha mindre turnover.

De foreslår å etablere programmer og tiltak der man jobber for å øke motstandsdyktighet eller hardførhet hos personalet for å redusere sykdom, fravær og helseplager hos intensivsykepleierne. Enkelte intensivsykepleiere klarer å utvikle adaptive mekanismer eller motstandsdyktige karakteristikk som bidrar til å holde de i jobb uten å bli psykisk eller fysisk syk av sitt eget arbeidsmiljø, og det nevnes at man kanskje kan klare å trene eller lære opp intensivsykepleiere til å bli mer motstandsdyktige, og dette kan utvikles gjennom kognitive og adferdsmessige intervensjoner.

(Mealer et al., 2017) ønsker at det forskes mer på motstandsdyktighet og muligheten for å trene opp dette. Det er ønskelig å finne ut hva som er effektivt og hva som kan

oppnås. Mindre studier som det vises til her peker mot at det er en verdi i å trene på og øke motstandsdyktighet, spesielt med tanke på PTSD og depresjoner.

(Mealer et al., 2017) viser også til at intensivsykepleieren utsettes for mye arbeidsrelatert stress, blant annet i beslutninger om å avslutte behandling, MORS, deltaker i prosedyrer og behandling som påfører pasienten smerter og ubehag. Intensivsykepleieren kan ofte i den forbindelse oppleve psykiske lidelser som PTSD, angst, depresjon, utbrenthet, sekundært traumatisk stress eller medfølelsesutmattelse som resultat av sitt eget arbeidsmiljø.

(Jakimowicz et al., 2018) beskriver en sammenheng mellom videreutdanning og høyere medfølelestilfredshet. Det er usikkert om hvorfor, men det kan ha noe med alder å gjøre. Det nevnes også her at arbeidsplassen du har, antall år du har jobberfaring, om du har fast stilling eller vikariat og utdanningsnivå signifikant påvirker medfølelestilfredshet, sekundært traumatisk stress og utbrenthet. De mener det er viktig å finne en løsning der man klarer å beholde intensivsykepleierne lenge nok til at de klarer å «komme over» nevnte faktorer, da det er høyere sannsynlighet for at yngre med lavere utdanningsgrad og mindre erfaring som slutter en de som er eldre.

(Jakimowicz et al., 2018) Forfatterne foreslår at intensivutdanning og kurs burde inneholde mer undervisning i forhold til det å håndtere emosjonelle stresserelementer som kommer av å jobbe med pasienter i krise. Altså å gi intensivsykepleieren mer verktøy til å håndtere jobben sin på en god måte, spesielt når det er store forventninger til intensivsykepleierens kompetanse kan være et stressende element alene. Det nevnes at å bygge opp intensivsykepleierens forståelse for utholdenhet, er like viktig som å bygge opp intensivsykepleierens kunnskaps og kompetansenivå i forhold til jobben de skal stå i.

(Jakimowicz et al., 2018) Har intensivsykepleiere med lengre erfaring utviklet overlevelsesmekanismer eller ferdigheter som gjør at de scorer lavere på utbrenthet enn de med mindre erfaring? Eller er det individuelle ferdigheter, personlighetstrekk, motstandsdyktighet eller andre faktorer? Og kan slike faktorer eller egenskaper kultiveres av tiltak på arbeidsplassen som debrifing, klinisk veiledning eller kollegastøtte? Forfatterne etterlyser og ønsker en modell som passer denne gruppen i helsevesenet, som er tilpasset skiftarbeid og etter behov basert på intensivsykepleierens

hverdag, spesielt de som er i starten eller midten av sin karriere, da sjansen for at disse blir utbrent er høyere enn de som har jobbet over mange år.

#### *4.2.1.9 Meningsfull anerkjennelse*

Dette er et viktig tema å belyse, på grunn av den positive påvirkningen av intensivsykepleieres mentale helse.

(Kelly & Lefton, 2017) Denne studien viser til at intensivsykepleiere som mottar meningsfull anerkjennelse viser signifikant mindre utbrenthet og høyere medfølelsestilfredshet. De viser også her til hvordan ledere i sykepleierfaget burde bruke meningsfull anerkjennelse som et verktøy for å anerkjenne teammedlemmene på en personlig måte, for å etablere tillitt og eierskap i den ansatte.

De anser meningsfull anerkjennelse som et verktøy og en komponent i et helsebringende arbeidsmiljø, og foreslår at ledere i sykepleie bør implementere dette i sitt arbeid.

(Munnangi et al., 2018) Artikkelforfatterne her nevner også at egne programmer der man skal forsøke å anerkjenne intensivsykepleiere kan og bør implementeres for å promotere alt det gode sykepleierne får til, som også kan hjelpe til å øke engasjementet rundt eget arbeid og jobbtilfredshet.

(Kelly & Lefton, 2017) Ettersom flere studier ser på sammenhengen mellom medfølelsesutmattelse og meningsfylt anerkjennelse ønsker de også at flere setter i gang studier rundt dette for å få frem mer bevis på effekten meningsfylt anerkjennelse har på medfølelsesutmattelse.

#### *4.2.1.10 Hardførhet*

(Silva-Junior et al., 2020) Resultat av undersøkelse i denne studien viser at majoriteten av deltakerne hadde moderat til lav hardførhetsskår. Dette stemmer også over ens med en studie gjort tidligere på et annet sykehus i Marokko i 2018.

Studien rapporterer også at kvinner er mer hardføre enn menn, single er mer sårbare enn de som er gift og de som har jobbet færrest år, er mindre motstandsdyktige enn de eldre som har mer erfaring.

Den viser også til en sammenheng mellom høy motstandsdyktighet og personer som klassifiserer livsstilen sin som god og eksepsjonell.

Forfatterne nevner også en sammenheng mellom hardføre personligheter og lavere eller ikke tilstedeværende nivåer av angst, depresjon, medfølelsesutmattelse, utbrenthet og stress, i tillegg til at motstandsdyktighet kan være en buffer mot stress. På samme måte beskytter hardførhet mot utbrenthet.

(Silva-Junior et al., 2020) viser også at det er en sammenheng mellom hardførhet og håpløshet, ved at hardførhet er en protektiv faktor som beskytter mot opplevd stress og at hardførhet promoterer fremtidig utholdenhet og lykke.

Studien har også sett på sammenhengen mellom hardførhet og ytre faktorer som sosiodemografi, arbeidsmiljø, adferd, mental og fysisk helse, der ytre faktorer påvirker hardføre personligheter mindre enn andre.

Den hardføre personligheten spiller en klar og relevant rolle i å redusere sårbarhet mot stress og er derfor en beskyttende faktor for helsearbeiderens helse.

(Silva-Junior et al., 2020) viser derfor også til at mangel på motstandsdyktighet disponerer for depresjon, angst, kardiovaskulære og neuroendokrine sykdommer.

#### *4.2.1.11 Kompetanseheving*

(Jakimowicz et al., 2018) Forfatterne fremmer forslag om at arbeidsgivere bør tilrettelegge mer for videreutdanning for å beholde intensivsykepleierne i jobb på intensivavdelinger, da forskning på temaet viser til at intensivsykepleiere som tilbys kurs og videreutdanning har en bedre medfølelsetilfredshet enn de som ikke mottar ekstra videreutdanning og kurs. Dette bedrer også kompetansen i avdelingen og skaper en klinisk sterkere arbeidsstyrke på avdelingen (Kelly & Lefton, 2017).

Implementering av anerkjennelsesprogrammer som for eksempel DAISY har en effekt, men dette er en undersøkelse basert på implementeringen av en spesifikk type program. Det finnes flere forskjellige utgaver av disse programmene, og det må forskes videre på hvilke typer programmer som har best effekt. Dette ble benyttet da dette var det største, mest kjente og tilgjengelig anerkjennelsesverktøyet når undersøkelsen ble gjort.

(El Khamali et al., 2018) Simulering som undervisning er mye brukt og ikke ukjent for helsepersonell. Realistisk simulering vurderes å være en god og funksjonell metode for



å øke klinisk kompetanse, kommunikasjon, beslutningstaking, kritisk tenking, økt selvtillit og bedre team samarbeid. Det anbefales å tilby realistisk simulering for hele arbeidsstyrken på en intensivavdeling for å øke kompetanse og bedre samarbeid, som skaper et bedre arbeidsmiljø for alle involverte i intensivbehandling.

(Gonzalez-Gil et al., 2021) Under Pandemien oppstår det situasjoner for intensivsykepleiere der de står uten lege tilgjengelig, og intensivsykepleierne rapporterer nå i etterkant at de har måtte gjøre flere beslutninger, både kliniske og farmakologiske, enn de hadde gjort i en vanlig situasjon. Det ble samtidig en trend flere steder i verden at avanserte kliniske sykepleiere foreskrev og anvendte seg av medikamentell behandling, uten en lege som sto for foreskrivning først.

De mest erfarne intensivsykepleierne så ikke på dette som negativt, som følte at de fikk implementert intervensjoner i pleien som var konsistent med deres eget kompetansenivå, og at dette var trygt og under kontroll. Dette har ikke vært en del av undervisning/videreutdanning for sykepleierne inkludert i denne studien, men dette er et resultat av erfaring, handlingskompetanse og det å ha erfarne intensivsykepleiere som også fungerte som mentorer for yngre og mindre erfarne intensivsykepleiere.

(Silva-Junior et al., 2020) Ved å se på hardføre personligheter og dele konseptet i tre domener; kontroll, forpliktelse og utfordring, tror sykepleierne at de kan kontrollere eller påvirke sin egen opplevelse av å føle seg involvert eller engasjert, i aktiviteter som påvirker livet og i etterkant forventer personlig vekst. Det kan være mulig å trene intensivsykepleiere i de forskjellige domenene for å øke personlig hardførhet.

#### *4.2.1.12 Moralsk stress*

(Hiler et al., 2018) Definerer faktorer som påvirker moralsk stress direkte; praksismiljø, kvalitet på behandling til pasient og sykepleierkarakteristikker. Sammenheng mellom moralsk stress og opplevd praksismiljø viser, at jo dårligere opplevd praksismiljø jo høyere nivåer av moralsk stress. Forfatterne har også identifisert en sammenheng mellom alvorlighetsgraden av moralsk stress og intensivsykepleierens intensjon om å forlate nåværende stilling. Alle deltakere i studien som forventet eller vurderte å slutte hadde også signifikant høye nivåer av moralsk stress sammenlignet med de som hadde som hadde en intensjon om å forbli i nåværende stilling.

(Hiler et al., 2018) finner i sin studie at der intensivsykepleiere mente livsforlengende behandling ikke lenger er indisert, utløser høyere nivåer av moralsk stress. De høyeste nivåene av moralsk stress oppsto når pasientens nærmeste pårørende ønsket fortsatt livsforlengende behandling selv om intensivsykepleieren mente dette ikke ville føre frem, og ikke var til pasientens beste.

Forfatterne har identifisert faktorer som senker moralsk stress, deriblant sykepleiere som får delta i saker som angår sykehuset, sykepleiere som opplever pasientbehandlingens kvalitet som god, sykepleiere som mottar støtte, både moralsk og klinisk, sykepleiere som opplever bemanningssituasjonen som bra og sykepleiere som opplever at forholdet mellom behandlere og sykepleiere er bra, viser alle å ha lavere nivåer av moralsk stress.

#### 1.8: Sosial støtte

(Zhang et al., 2020) Definerer sosial støtte som de interaksjoner eller forhold som individuelt gir assistanse eller gir omsorg eller følelse av tilhørighet i et sosialt system, gruppe eller enhet. Dette inkluderer faktisk sosial støtte og følelse av mottatt sosial støtte. Studien finner at sosial støtte satt i system basert på lokale verdier, har en modererende effekt på medarbeidernes følelse av utbrenthet og angstsymptomer.

#### 4.2.1.13 Arbeidsmiljø

(Jakimowicz et al., 2018) Personlige egenskaper er viktig, men forfatterne her beskriver også at det er viktig med organisasjonen og andre sosiale faktorer, siden dette er med på å påvirke intensivsykepleierens arbeidshverdag.

(Zhang et al., 2020) beskriver at på grunn av økt arbeidsmengde og dårlige arbeidsvilkår ser de en sammenheng mellom angstsymptomer og mangel på helsepersonell, høyt stressnivå på arbeidsplassen og dette gjør helsepersonell utsatt for å utvikle symptomer på angst. Det beskrives også hvordan arbeidsplassens krav til helsepersonellet kan være problematisk i forhold til hvordan de oppfattes, om kravene oppfattes som negative krav eller faktorer, som for eksempel høyt arbeidspress. Arbeidsressurser er faktorer som oppfattes som positive, som for eksempel avanserte ferdigheter og nok fritid. Problemet oppstår når kravene fra arbeidsplassen er kronisk høye, arbeidsressursene er få, og man kan stå i fare for å utvikle utbrenthet.

(Hiler et al., 2018) Forfatterne mener at bedre arbeidsmiljø gir mer fornøyde medarbeidere, og gir lavere nivåer av moralsk stress. Et sunt arbeidsmiljø bygger også

opp under kollegiale forhold; det gir støtte og en stoler på hverandre innad i gruppen. Slike arbeidsmiljøer er ofte beskrevet som godt bemannede og adekvate mengder ressurser slik at man kan holde medarbeiderne fornøyde, som igjen gir lavere intensjon om å bytte jobb.

Forfatterne kommer frem i sin studie til at avdelinger som følger og er anerkjente av AACN Beacon Award for Excellence har mer fornøyde ansatte enn de som ikke har det. Dette er avdelinger som også har høyere standard for pasientbehandling.

(El Khamali et al., 2018) Gjennomførte en intervensjon for intensivsykepleiere som inkluderer undervisning, rollespill og debrifing. Dette resulterte i lavere forekomst av opplevd arbeidsrelatert belastning sammenlignet med kontrollgruppen. De beskriver også at gruppen mener stress kan være positivt men at gjentakende eller ubearbeidet stress kan resultere i angst, bekymring eller PTSD. Det konkluderes med at intensivsykepleiere er spesielt utsatt for arbeidsrelatert stress og belastning. Intervensjonen som er testet i denne studien kan ha hjulpet på å redusere arbeidsrelaterte psykiske krav til intensivsykepleierne, som for eksempel å jobbe under tidspress eller å måtte håndtere komplekse og mentalt krevende arbeidsoppgaver.

(El Khamali et al., 2018) Yrkesrelatert stress og dets konsekvenser kan reduseres ved å modifisere arbeidsmiljøet eller ved å bedre individets evne til å håndtere stress. Trening og kurs kan hjelpe med å håndtere arbeidsrelatert stress, og det å simulere scenarier kan gi intensivsykepleieren en oppdatering både for tekniske og ikke tekniske arbeidsferdigheter. Ved å simulere kan man også bedre evnen til å håndtere stressende situasjoner.

(Gonzalez-Gil et al., 2021) et eksempel fra covid-19 pandemien som er verdt å trekke frem er at under pandemien oppstår det en stor ubalanse mellom arbeidsmengde og ressursene som er tilgjengelige. I denne studien rapporteres det om 33% høyere arbeidsbelastning på intensivavdelingene, med en medianscore på 84 på NAS (Nurse Activity Score), fra 63 hvor den vanligvis er. Det spanske forbundet for intensivsykepleiere anbefaler 1:2 bemanning, altså 1 intensivpasient og 2 intensivsykepleiere, som viser seg vanskelig å opprettholde under covid pandemien. Studien viser også til at forskning viser til at en Nurse Activity Score over 61 øker risiko for mortalitet hos intensivpasientene betydelig.

(Galletta et al., 2016) Denne studien ser også på intensivsykepleierens rolle i arbeidsmiljøet, spesielt i samhandling med andre faggrupper. Målet er å se på hvorvidt sykepleierens arbeidskarakteristikk, opplevd støtte og fornøydhetsgrad med arbeidsplassen er relatert til hverandre og til teamengasjement i intensivavdelingen. Studien viser til at å ha et godt forhold til legene, høy egenintegritet og mulighet til å styre eget arbeid, også påvirker arbeidsgruppen og dets mål. Ved å gi individene på avdelingene en følelse av å være viktig og å være en mottaker av støtte i sammen med det å jobbe i et trygt og effektivt team, påvirker om man er fornøyd med arbeidsplassen eller ikke. Det er altså viktig å motta støtte fra sin leder, da dette også påvirker intensivsykepleierens arbeidskarakteristikk og grad av engasjement.

Studien viser også at intensivsykepleieren blir ofte oversett i behandlingsspørsmål og beslutninger. Leger kan ha tendens til å ta beslutninger uten å gjøre dette i samråd med intensivsykepleieren og underestimerer dermed kompetansen til denne, men intensivavdelingen skal være en arbeidsplass som belager seg på beslutningstaking og involvering av alle faggrupper i behandlingsspørsmål.

(Silva-Junior et al., 2020) Her observeres signifikante assosiasjoner til høy motstandsdyktighet hos de som jobber 41-80 timers uker, som ikke har fravær eller ferie. Personer som jobber «normale» uker på 40 timer viste å ha høyere stressnivåer, dårligere motstand mot stress, altså motstridende siden det er ansett å ha mindre arbeidstid som en beskyttende faktor.

(Munnangi et al., 2018) Finner i sine undersøkelser at kollegene man har med seg i arbeidsmiljøet også er en faktor som påvirker. De finner at sykepleiere mellom 60 og 69 år var minst fornøyd med kollegene sine, og de mellom 30 og 39 år er mest fornøyd med kollegene sine. De finner også at gode kolleger som støtter og viser godt samhold, øker den generelle fornøydhetsgraden i sykepleiergruppen. Eldre menn med barn var også mer misfornøyd med kollegene sine i denne studien.

#### *4.2.1.14 Lederskap og kommunikasjon i arbeidsmiljø.*

(Gonzalez-Gil et al., 2021) Beskriver at mange intensivsykepleiere rapporterer at de følte de ikke ble hørt av sine ledere, og at lederne ikke var åpne for forslag og at de ikke imøtekom deres behov under pandemien. Forfatterne understreker at når leder skal planlegge, er det viktig å involvere alle underveis i planleggingen, da dette støtter

oppunder teamfølelsen og det er med på å bedre mestring og motstandsdyktighet hos intensivsykepleieren.

(Vermeir et al., 2018) Studien her omhandler forholdet mellom tilfredshet på jobb og kommunikasjonstilfredshet hos intensivsykepleiere. De dokumenterer i sin studie et forhold mellom lavere forekomst av turnover og risiko for utbrenthet der det er høyere nivåer av kommunikasjonstilfredshet og jobbtilfredshet. Undersøkelsen viser at intensivsykepleiere som er fornøyd med kommunikasjon mellom seg selv og nærmeste leder også er mer fornøyd med jobben sin. Det identifiseres også i denne studien et gap mellom ledere høyere opp og de på gulvet, der intensivsykepleieren er minst fornøyd med kommunikasjon og informasjon de får fra organisasjonen høyere opp i hierarkiet. Studien viser også til et forslag om at man ideelt sett burde overvåke kommunikasjonstilfredshet periodisk for å identifisere forandringer, samt hovedfaktorer som tilrettelegger for kommunikasjonstilfredshet.

Studien viser også at korrekt, klar og konsistent informasjon fra øvre ledelse, bør gis direkte til ansatte på gulvet, spesielt der man tenker at det kan oppstå rykter og spekulasjoner. Man bør også invitere til bedre samarbeid mellom vanlige ansatte og ledelse.

(Galletta et al., 2016) beskriver at arbeidsmiljøer som støtter og bryr seg om arbeidstakeren og dens autonomi og kompetanse i seg selv, er en strategi for å forbedre både jobbtilfredshet og bevare arbeidstakere, ved å styrke intensivsykepleiernes identitet med enheten de arbeider på. Ved å involvere intensivsykepleierne mer i det organisatoriske i driften av avdelingen, vil det også oppnå mer støtte fra sykepleierne, noe som igjen øker høyere effektivitet på avdelingen, og sykefravær går ned fordi man styrker autonomien, interpersonale forhold og god sykepleierpraksis i organisasjonen.

## 5 Diskusjon

Diskusjonskapittelet i denne oppgaven vil belyse problemstillingen ved funn av forskjellige faktorer som påvirker intensivsykepleierens ønske om å enten bli eller forlate yrket sitt som intensivsykepleier. Dette gjøres ved hjelp av informasjon fra de inkluderte artiklene, øvrig litteratur og egen erfaring.

Min egen erfaring er begrenset i tid; ansatt som sykepleier i kirurgisk avdeling i 4 år, så 3,5 år som ansatt i intensivavdeling samtidig med studier i intensivsykepleie. Denne tiden i intensivsykepleie har uansett gitt meg et visst grunnlag for å kunne vurdere hvordan arbeidet kan belaste og berike en arbeidshverdag. I tillegg har jeg nå fått oppleve hvordan arbeidshverdagen og stressfaktorer har endret seg under covid-19-pandemien. Det viste seg at pandemien strakk ut i tid, at vi ikke var klar for en så stor belastning, og mange kollegaer inklusiv meg selv, har fundert over hvilke skritt man skal foreta seg for at dette ikke skal gjenta seg igjen, i form av utbrenthet, uforutsigbarhet i arbeidsmengde, og mangel på støtte i form av ekstra personell. Det er da å kjenne igjen i artiklene som er brukt i denne oppgaven, litt lettelse å se at dette er kjente faktorer verden over i vår faggruppe.

Alle faktorene som er funnet frem til i denne masteroppgaven bør tas med, men jeg velger her å trekke frem 4 hovedgrupper med faktorer som jeg ønsker å diskutere bredere.

### 5.1 Helserelaterte faktorer

I de inkluderte artiklene nevnes det stadig utbrenthet, utmattelsessyndrom, medfølelsesutmattelse og andre faktorer som påvirker intensivsykepleierens mentale og fysiske helse. (Jakimowicz et al., 2018) forteller om hvordan enkelte av disse faktorene kan påvirke og forsterke de andre faktorene, og jo mer utbrent man blir jo mer utmattelse vil man føle på. Selv om dette er internasjonale studier, vil det være naturlig å trekke problemstillingen rundt intensivsykepleierens helse i Norge, basert på informasjonen vi har i fra norske medier, der slitne, utbrente og utmattede intensivsykepleiere forteller at de ikke orker å stå i jobben sin lenger (Fonn, 2021). Vi har i tillegg en varslet mangel på intensivsykepleiere her i Norge. Dette i kombinasjon med at flere intensivsykepleiere er forventet å gå av med pensjon, så vil vi i løpet av få

år fremover i tid, kunne stå ovenfor en krise i norske intensivavdelinger, dersom ikke tiltak for å beholde verdifull kompetanse settes inn i system.

Som intensivsykepleiere utsettes vi for mye arbeidsrelatert stress. Vi står i tøffe situasjoner med pasienter. Det forventes at vi skal ta del i avgjørelser som direkte påvirker pasientens prognoser for det videre liv, i verste fall kan dette handle om liv eller død. Avsluttende prosedyrer i pasientens liv er en del av det, og vi deltar i prosedyrer og behandling som påfører pasienten ubehag og smerter, og man kan i følge (Mealer et al., 2017) av slikt arbeidsrelatert stress, oppleve sekundærtraumatisering, PTSD, angst, depresjon, utbrenthet og medfølelsesutmattelse over tid, dersom personen er mottakelig og mindre motstandsdyktig.

(Jakimowicz et al., 2018) foreslår at intensivutdanning og videre kursing for intensivsykepleiere bør inneholde mer undervisning i forhold til egen evner, når det skal håndteres emosjonelle stresserelementer en kan oppleve i arbeidet med pasienter i krise. I tillegg bør det undervises og kurses i hva arbeidsrelatert stress kan gjøre, hvordan det kan gjenkjennes, og til slutt gis opplæring i verktøy som gjør at sånne situasjoner kan håndteres bedre.

Min erfaring er at vår leder legger vekt på simuleringstrening, fagrelaterte kurs, intensivkongresser og debriefing på frivillig basis etter ekstraordinære hendelser. Det er lite fokus på å snakke om arbeidsrelatert stress, og hvordan det kan gjenkjennes eller håndteres. Det vil da bety at mitt kollegium kan være mer utsatt for resten av de helsemessige konsekvensene som det er gjort funn på i denne oppgaven.

### **Hvordan skal vi sette inn tiltak, og hvilke tiltak trenger vi?**

Flere av de inkluderte artiklene i denne masteroppgaven viser til at, selv om man bør passe på eldre intensivsykepleiere med erfaring og kompetanse, bør man også være oppmerksom ovenfor nyutdannede sykepleiere (Jakimowicz et al., 2018).

Selv om det er bestilt inn 100 ekstra utdanningsstillinger, som et engangstiltak i 2020, betyr ikke det at vi har satt inn et varig tiltak for å beholde kompetanse. Til nå er dette det eneste tiltaket som er gjort direkte for å øke tilgangen på intensivsykepleiere.

Hvis mange av de nyutdannede intensivsykepleierne slutter tidlig, på grunn av utmattelse og utbrenthet, hvordan skal vi da bemanne intensivavdelingene fremover? I følge (Silva-Junior et al., 2020) bør vi se på intensivsykepleieren, eller den fremtidige intensivsykepleierens personlige egenskaper, og identifisere hvorvidt personligheten er utsatt for utmattelsesfaktorer. Dette betyr at den nye intensivsykepleieren må følges opp nært og ofte, for om mulig å herde vedkommende, igjennom veiledning og samtaler om det som er vanskelig i jobbhverdagen. På denne måten kan hardførhet i yrket bli noe flere tilegner seg, og gjennom tid vil vi beholde fler i yrket.

Hardføre personligheter vil ha egenskaper som håndterer å stå i fysisk og mentalt tøffe situasjoner, som kan håndtere dette stresset på en bedre måte enn personer som mangler den hardføre personligheten. De beskriver i denne artikkelen at hardførhet er en personlig egenskap som man kan styrke ved hjelp av kognitive og adferdsmessige intervensjoner.

Dette arbeidet kunne vært aktuelt å starte med, kanskje allerede ved grunnutdanning eller videreutdanning, og at et system for å bistå personer som har behov for å øke sin hardførhet hadde kunne hørt hjemme på en intensivavdeling.

En ekte hardfør personlighet kan i bestefall ha god motstandsdyktighet ovenfor stress, angst, utbrenthet, depresjon og medfølelsesutmattelse, og studien viser i tillegg til at hardføre personligheter på en arbeidsplass smitter over på de mindre hardføre.

Arbeidsgiver kan også se på muligheten for å styrke intensivsykepleierens følelse av å være en del av teamet på intensivavdelingen (Galletta et al., 2016). Ved å sette samarbeid imellom de forskjellige yrkesgruppene på intensivavdelingen i fokus, og arrangere team-trening hyppig, vil kunne være et tiltak som skaper både bedre samhold, samarbeid og skaper en god følelse av å være et godt fungerende team.

Ved å arrangere team-trening og øke fokus på samarbeid vil man også kunne takle følelse av arbeidsrelatert stress på en bedre måte, dersom man har trent hyppig, og har en god følelse av å være en likeverdig del av arbeidsstyrken.

(Kelly & Lefton, 2017) trekker frem intensivsykepleierens leder, og at intensivsykepleiere som føler seg anerkjent, sett, ivaretatt og støttet fra sin nærmeste leder opplever mindre utbrenthet, har høyere medfølelsetilfredshet, og at dette i seg selv er et incentiv til ledere for intensivsykepleiere å anerkjenne sine ansatte. Ved å ivareta intensivsykepleieren, vil de også være en positiv og varig arbeidskraft over tid.



(Munnangi et al., 2018) velger å trekke frem muligheten for å sette i gang egne programmer ment for å anerkjenne intensivsykepleieren og promotere alt de er i stand til å gjøre når de er på jobb. Dette er et tiltak som kan være med på å øke engasjement rundt eget arbeid, og at den ansatte tar eierskap i yrket sitt.

## 5.2 Intensivsykepleierens kompetanse

Den norske intensivsykepleieren har i dag et minimumskrav om å ha 2 års erfaring fra sykehus før videreutdanning. Så er det et videreutdanningsløp på minst 1,5 år (2 år med master), og etter endt videreutdanning, arbeid ved intensivavdeling der intensivsykepleieren bygger opp en enorm kompetanse. Kjennetegn ved intensivsykepleieren er at en skal holde seg oppdatert, og intensivsykepleierens funksjon og ansvarsbeskrivelse (NSFLIS, 2017) beskriver intensivsykepleierens plikt til å holde seg oppdatert innenfor eget fagfelt. Kompetanse og kompetanseheving er i følge (Jakimowicz et al., 2018) noe arbeidsgiver bør legge til rette for, siden det er en av intensivsykepleierens plikter for å bedrive forsvarlig pasientbehandling. Ved å tilrettelegge for å tilegne seg og videreutvikle kompetansen, vil man kunne klare å beholde intensivsykepleierne lenger i jobb. Artikkelen her viser også til at intensivsykepleiere som får heve egen kompetanse også har høyere medfølelsestilfredshet, og at det skaper et bedre arbeidsmiljø og en klinisk sterkere arbeidsstyrke på avdelingen.

Under kompetanseheving er det også viktig å trekke frem hvordan simulering, og pakkeprogrammer som inneholder undervisning og simulering av realistiske scenarier kan øke jobbtilfredshet, minske stress, og skape en bedre holdning til teamarbeid og tverrfaglig samarbeid mellom intensivsykepleieren og samarbeidende faggrupper (El Khamali et al., 2018)

### 5.3 Bemanningen av intensivavdelingene

Siden tidlig 2000 tallet er det varslet en mangel i norsk intensivberedskap, og det er mangel på intensivsykepleiere som er hovedårsak i disse kartleggingene.

I den mest akutte fasen av koronapandemien fikk vi kjenne på å måtte jobbe lange dager, ofte ekstravakter i etterkant av ordinær vakt. Enkelte intensivsykepleiere har blitt beordret til å jobbe helger og helligdager i tillegg til ordinær arbeidstid, og det fortelles i mediene hvordan dette tærer på, og enkelte sykemelder seg på grunn av utbrenthet og at de ikke orker jobben lenger.

Grunnbemanningen ved norske intensivavdelinger er marginal, det burde i følge koronakommisjonen økes med 25-30 % for å være i stand til å håndtere kriser samtidig som man skal håndtere normal intensivberedskap (Koronakommisjonen, 2022).

Denne masteroppgaven skal ikke være en formaning, men forskningen funnet underveis i denne masteroppgaven viser til hvordan underbemannede avdelinger har intensivsykepleiere som sliter med stress, angst, utbrenthet og medfølelsesutmattelse.

Det er altså vist en sammenheng mellom studier som er brukt her i oppgaven, datert fra 2016 og fra et utvalg av land verden over, til Koronakommisjonens anbefalinger.

Funnet av artikler er således overførbart til norske forhold ved landets intensivavdelinger per dags dato.

Dette er problemer man kan løse ved å øke grunnbemanning, og man kan også sørge for en intensivberedskap her i Norge, med tanke på fremtidige pandemier, kriser og uforutsette hendelser, som krever en arbeidsstyrke som kan dele på byrden når det er tung belastning på intensivavdelingen (Koronakommisjonen, 2022).

(Gonzalez-Gil et al., 2021) undersøkte hvordan intensivsykepleiere i Madrid håndterte den første fasen av koronapandemien. De finner en arbeidsstyrke som er overarbeidet, slitne og redde. Men intensivsykepleierne beskriver også hvordan de ble ansvarlig for mer en de pleier, og hvordan de har tatt avgjørelser på egenhånd uten lege til stede, og at dette følte greit fordi de var kompetente til å ta disse avgjørelsene på egenhånd. De forteller også at de eldre mer erfarne intensivsykepleierne tok ansvar overfor de nyere, mindre erfarne og lærte de opp inne på korona-kohortene, og mange synes dette var positivt.

Intensivsykepleieren besitter en enorm kompetanse, og en handlingskompetanse for å sette inn strakstiltak i påvente av lege dersom det er tiltak som må iverksettes umiddelbart. Denne handlingskompetansen viser også til hvorfor intensivsengene vi har, må bemannes av intensivsykepleiere, da dette er en kompetanse som tar lang tid å bygge opp, og den starter ved videreutdanningen, hvor man får grunnleggende opplæring i intensivbehandling.

En stadig økende arbeidsmengde og stadig eldre befolkning og tilbud om behandling til eldre personer beskriver et økende problem dersom vi ikke øker intensivberedskap, antall intensivsenger og antall intensivsykepleiere.

Hvis arbeidsmengden skal fortsette å øke, og antallet intensivsykepleiere og senger ikke øker, vil man også kunne forvente å se at intensivsykepleierne opplever mer angst og stress, spesielt om arbeidspresset forblir høyt over tid (Zhang et al., 2020).

## **5.4 Intensivsykepleierens arbeidsmiljø**

Intensivsykepleieren befinner seg i et høyteknologisk, avansert og til tider stressende arbeidsmiljø, med forskjellige fagpersoner og kolleger man skal forholde seg til.

Turnuslivet kan til tider være tøft, og det kan bli korte opphold mellom vaktene, slik at søvn og hviletid imellom vaktene kan bli for lite og for kort. (Gonzalez-Gil et al., 2021) viser til hvordan intensivsykepleierne under koronapandemien ikke fikk tilstrekkelig hviletid imellom vaktene, og at de på grunn av dette følte mer emosjonell utslitthet, søvnvansker, og ikke tid til å avreagere etter vaktene før neste skift startet igjen.

(Aragao et al., 2021) forklarer utmattelsessyndrom som et problem som spesielt rammer de som arbeider 3 delt turnus, og har mye overtid. Dette er en risikoutsatt gruppe som må tas vare på, da studien viser til at dette er faktorer som påvirker intensivsykepleierens helse, slik at helsefremmende tiltak rundt arbeidstider og mengde overtid burde vurderes. De viser til at de som har valgt å slutte som deltok i denne studien, har hatt høyere forekomst av utmattelsessyndrom.

De viser også til at flere som sluttet opplevde høyere arbeidspres i krevende arbeidssituasjoner over tid.

Studien her tar opp at dårligere lønn også disponerer for høyere nivå av utbrenthet blant intensivsykepleiere, og forskerne kobler dette til at de med dårligst lønn også hadde flere arbeidsgivere og jobbet i gjennomsnitt mer enn de med bedre lønn.

Min kunnskap og erfaring på dette området som handler om lønn og økonomi, er at fler av mine kolleger inklusiv meg selv, vet at vi kan oppnå høyere lønn om vi velger oss over i kommunesektor eller privat helsevesen. Mange av oss anser at vi ikke blir lønnet etter kompetanse eller alvorlighetsgrad for jobben vi står i, og den slitaskjen det medfører. Spesielt aktuelt er dette etter at vi har fullført løpet gjennom den verste delen av koronapandemien. I motsetning til studien som sier noe om dette, har vi heller ikke hatt flere jobber å utfylle, men har forblitt trofaste mot arbeidsgiver. Dette handler nok om moral og etikk blant norske intensivsykepleiere.

Intensivsykepleierens nærmeste leder og organisasjonen rundt intensivsykepleieren ble også undersøkt. (Gonzalez-Gil et al., 2021) forklarer hvordan intensivsykepleiere fikk dårligere kommunikasjonstilfredshet under koronapandemien, da de følte at organisasjonen og nærmeste leder ikke informerte de ansatte godt nok, og at de ble ekskludert fra planlegging i koronapandemien. Dette ble sett negativt på, da intensivsykepleierne ønsket å ta del i teamet under planlegging og håndtering av krisen.

Min erfaring er nok litt motsatt av dette. Vår leder informerte bredt og ofte når det var ny informasjon å gi. Det var dessuten en uavklart situasjon, med mangel på kunnskap om sykdommen og sykdomsforløpet. Dette gjorde at det også manglet kunnskap om forventet økning i arbeidspress og mangel på kunnskap om hvor mye dette ville koste, i forhold til økt behov for bemanning blant annet.

I starten av mars 2020, ble det avholdt ekstraordinært personalmøte, hvor vi fikk mulighet til å velge nødtturnus eller gå ekstravakter, da man anså at krisen var et faktum. Vi fikk også være med på omorganisering av intensivavdelingen og fikk komme med egne innspill til løsninger som oppsto.

En del av arbeidsmiljøet rundt intensivsykepleieren handler om etikk og moral. Vi står i arbeidssituasjoner der intensivsykepleier kan kjenne på stressende etiske dilemmaer, praksismiljøet vi arbeider i, kvalitet på behandling til pasient og kolleger vi arbeider med; alt dette kan skape moralsk stress hos intensivsykepleieren (Hiler et al., 2018)

Spesielt der intensivsykepleieren mener livsforlengende behandling er nytteløst, og pasientens pårørende selv ønsker fortsatt livsforlengende behandling, er en moralsk svært stressende situasjon, og slitsom konflikt å stå i.

Moralsk stress kan også forebygges ved å skape holdninger og verdier i avdelingen som påvirker pasientbehandlingen positivt, støtte den ansatte moralsk og klinisk, og sørge for god bemanning slik at den enkelte ikke blir overarbeidet (Hiler et al., 2018)

## 6 Konklusjon

Det er behov for å se på norske intensivavdelinger, og norske intensivsykepleieres arbeidsforhold. Det trengs å kartlegge behov for intervensjon, minske stressende arbeidssituasjoner, og løse en mangel på intensivsykepleiere og intensivkapasitet.

I denne oppgaven er det anvendt forskning fra flere land i verden. Økonomi, kultur og utdanning er sprikende fra land til land. Forskning fra Norge ville nok vist samme sprik sammenlignet med disse anvendte artiklene.

Til tross for dette er det vist gjennom drøftingen, at Koronakommisjonen i Norge og egen erfaring, tilsier at vi opplever samme problematikk.

Det vil si at arbeidspress både fysisk og psykisk, oppleves til dels likt, og at erfaring og hardførhet kan predikere for om du blir i yrket som intensivsykepleier, yrkeskarrieren ut.

Det det må forskes videre på er forholdene i de nordiske landene, siden vi har ganske like utdanningsløp og felles forhold til yrkesetikk og moral, gjennom kultur og arbeidsmåte. Men det er også forskjeller i Norden, og norsk forskning av kvalitativ art vil gi best resultat, hvis det legges arbeidskultur og arbeidsmåte til grunn.

Det norske systemet for utdanning og opplæring av intensivsykepleiere er unikt. Vi rustes til å håndtere alt i pasientomsorgen når det er krise. Vi utdannes til å bli legens høyre hånd, og vi er med på avgjørelser rundt pasientens behandling. I studiene som er brukt i denne oppgaven, er det langt fra like godt system for dette i alle landene som er presentert, og arbeidsmåten kan være helt forskjellig. Dette er nok med på å avdekke sprik i funn som er gjort i denne oppgaven.

Til tross for det, er den subjektive opplevelsen av belastninger i jobbsituasjonen like, og den enkelte sykepleier opplever det samme i fysisk og psykisk helse. Da må konklusjonen være at det er mange faktorer som kan påvirke og munne ut i samme type symptomer på uhelse og vantrivsel på jobb. Det viktige vil da være å avdekke disse faktorene for intensivsykepleiere i Norge, og så utarbeide programmer og trening for å håndtere dette. Vi får ikke herdige sykepleiere om vi ikke tar dette på alvor, og vi vil fortsette å miste intensivsykepleiere år for år, selv om vi utdanner fler.

Ser vi til andre yrkesgrupper, som for eksempel soldater som er utsatt for stort press i arbeidssituasjon, så vil de ha en kontinuerlig oppfølging med tanke på stress, PTSD, utbrenthet, og emosjonell ustabilitet (Hødal, 2019). De har også gode tilbud for

debriefing og oppfølging i etterkant. Er dette et system vi kan lære noe av? Hvordan planlegger man oppfølging for denne arbeidstakergruppen? Og hvordan forberedes en soldat til å bli herdet for sine arbeidsoppgaver? Uten sammenligning av disse to yrkesgruppene hva arbeidsoppgaver gjelder, så deler vi stressfaktorer som kan ødelegge for et profesjonelt arbeidsliv over lengre tid.

## Referanser/litteraturliste

- Aragao, N. S. C., Barbosa, G. B., Santos, C. L. C., Nascimento, D., Boas, L., Martins Junior, D. F. & Nascimento Sobrinho, C. L. (2021). Burnout Syndrome and Associated Factors in Intensive Care Unit Nurses. *Rev Bras Enferm Associacao Brasileira de Enfermagem*, 74(suppl 3), e20190535. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0535>
- DSB. (2010). *Ny Influenza A(H1N1) 2009* (HR 2190, ISBN 978-82-7768-239-6). D. f. s. o. beredskap. <https://www.dsbinform.no/DSBno/2010/Rapport/Pandemirapport/?page=1>
- El Khamali, R., Mouaci, A., Valera, S., Cano-Chervel, M., Pinglis, C., Sanz, C., Allal, A., Attard, V., Malardier, J., Delfino, M., D'Anna, F., Rostini, P., Aguilard, S., Berthias, K., Cresta, B., Iride, F., Reynaud, V., Suard, J., Syja, W., Vankiersbilck, C., Chevalier, N., Inthavong, K., Forel, J. M., Baumstarck, K., Papazian, L. & Group, S. S. (2018). Effects of a Multimodal Program Including Simulation on Job Strain Among Nurses Working in Intensive Care Units: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 320(19), 1988-1997. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.14284> (Opprinnelig utgitt American Medical Association)
- Fonn, M. (2020). Oppdrag fra Høie: utdann 100 ekstra intensivsykepleiere! *Sykepleien.no*. <https://sykepleien.no/2020/12/oppdrag-fra-hoie-utdann-100-ekstra-intensivsykepleiere>
- Fonn, M. (2021, 08.12.2021). Utbrent etter koronabelastning: - Jeg vil melde fra på vegne av alle intensivsykepleiere. *Sykepleien.no*. <https://sykepleien.no/2021/12/utbrent-etter-koronabelastning-jeg-vil-melde-fra-pa-vegne-av-alle-intensivsykepleiere>
- Galletta, M., Portoghese, I., Coppola, R. C., Finco, G. & Campagna, M. (2016). Nurses well-being in intensive care units: study of factors promoting team commitment. *Nurs Crit Care*, 21(3), 146-156. <https://doi.org/10.1111/nicc.12083>
- Gonzalez-Gil, M. T., Gonzalez-Blazquez, C., Parro-Moreno, A. I., Pedraz-Marcos, A., Palmar-Santos, A., Otero-Garcia, L., Navarta-Sanchez, M. V., Alcolea-Cosin, M. T., Arguello-Lopez, M. T., Canalejas-Perez, C., Carrillo-Camacho, M. E., Casillas-Santana, M. L., Diaz-Martinez, M. L., Garcia-Gonzalez, A., Garcia-Perea, E., Martinez-Marcos, M., Martinez-Martin, M. L., Palazuelos-Puerta, M. D. P., Sellan-Soto, C. & Oter-Quintana, C. (2021). Nurses' perceptions and demands regarding COVID-19 care delivery in critical care units and hospital emergency services. *Intensive Crit Care Nurs*, 62, 102966. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102966> (Opprinnelig utgitt Elsevier)
- Gratland, W. & Nergård, A. (2017). Health personnel can also become traumatized. *Sykepleien*, 105, ??? <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.63864>
- Helse-Øst. (2002). *Årsrapport Helse Øst* <https://helse-sorost.no/Documents/Årsrapport/2002%20-%20Årsrapport%20Helse%20Øst%20RHF.pdf>
- Helsebiblioteket. (2016a, 07.06.2016). *Kildevalg*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>



- Helsebiblioteket. (2016b, 06.06.2016). *Kritiske vurderinger*.  
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering>
- Helsebiblioteket. (2016c, 03.06.2016). *PICO*.  
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsebiblioteket. (2016d). *Sjekklistor*. <http://Helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsebiblioteket. (2016e, 06.06.2016). *Søkeord*.  
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/sokeord>
- Helsebiblioteket. (2016f, 06.06.2016). *Søketeknikker*.  
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/soketeknikker>
- Hiler, C. A., Hickman, R. L., Jr., Reimer, A. P. & Wilson, K. (2018). Predictors of Moral Distress in a US Sample of Critical Care Nurses. *Am J Crit Care*, 27(1), 59-66.  
<https://doi.org/10.4037/ajcc2018968> (Opprinnelig utgitt American Association Of Critical-Care Nurses (AACN))
- Hofstad, E. (2020). Intensivsykepleiere ved UNN vurderer å slutte. *Sykepleien.no*.  
<https://sykepleien.no/2020/06/intensivsykepleiere-ved-unn-vurderer-slutte>
- Hudnall Stamm, B. (2010). The Concise ProQOL Manual, 2nd Ed. .  
<https://img1.wsimg.com/blobby/go/dfc1e1a0-a1db-4456-9391-18746725179b/downloads/ProQOL%20Manual.pdf?ver=1622839353725>
- Hødal, B. (2019, 08.05.2019). -Veteraner med senskader trenger spesialisert oppfølging.  
<https://sykehuset-ostfold.no/nyheter/-veteraner-med-senskader-trenger-spesialisert-oppfolging>
- Jakimowicz, S., Perry, L. & Lewis, J. (2018). Compassion satisfaction and fatigue: A cross-sectional survey of Australian intensive care nurses. *Aust Crit Care*, 31(6), 396-405. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2017.10.003> (Opprinnelig utgitt Confederation of Australian Critical Care Nurses)
- Kelly, L. A. & Lefton, C. (2017). Effect of Meaningful Recognition on Critical Care Nurses' Compassion Fatigue. *Am J Crit Care*, 26(6), 438-444.  
<https://doi.org/10.4037/ajcc2017471> (Opprinnelig utgitt American Association of Critical-Care Nurses)
- Koronakommisjonen. (2022). *Myndighetens håndtering av koronapandemien - del 2* (NOU: 2022:5). D. s.-o. serviceorganisasjon.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d0b61f6e1d1b40d1bb92ff9d9b60793d/no/pdfs/nou202220220005000dddpdfs.pdf>
- Lindgren, B.-M., Lundman, B. & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International Journal of Nursing Studies*, 108, 103632.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>
- Lykke, P. (2022). Det nytter ikke med nok utstyr om man ikke har nok intensivsykepleiere. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/meninger/2022/04/det-nytter-ikke-med-nok-utstyr-om-man-ikke-har-nok-intensivsykepleiere>
- Mealer, M., Jones, J. & Meek, P. (2017). Factors Affecting Resilience and Development of Posttraumatic Stress Disorder in Critical Care Nurses. *Am J Crit Care*, 26(3), 184-192. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017798> (Opprinnelig utgitt American Association of Critical-Care Nurses)

- Munnangi, S., Dupiton, L., Boutin, A. & Angus, L. D. G. (2018). Burnout, Perceived Stress, and Job Satisfaction Among Trauma Nurses at a Level I Safety-Net Trauma Center. *J Trauma Nurs*, 25(1), 4-13.  
<https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000335> (Opprinnelig utgitt Nursecom)
- NSFLIS, N. S. I. a. I. (2017, 2017). *Funksjons og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier*.  
<https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/funksjons-og-ansvarsbeskrivelsen-for-intensivsykepleiere-vedtatt-20september2017.pdf>
- Nurses, W. F. o. C. C. (2020). *Position Statement, Provision of critical care nurse education*. [https://wfccn.org/wp-content/uploads/2020/07/WFCCN-Education-PS\\_secured.pdf](https://wfccn.org/wp-content/uploads/2020/07/WFCCN-Education-PS_secured.pdf)
- Olsson, H., Sörensen, S. & Bureid, G. (2003). *Forskningsprosessen : kvalitative og kvantitative perspektiver*. Gyldendal akademisk.
- Oussani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z. & Elmagarmid, A. (2016). *Rayyan - a web and mobile app for systematic reveiws*. <https://www.rayyan.ai>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., Stewart, L. A., Thomas, J., Tricco, A. C., Welch, V. A., Whiting, P. & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th. utg.). Wolters Kluwer.
- Riksrevisjonen. (2019). Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringene i helseforetakene. Hentet 30.08.2020, fra  
<https://riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2019-2020/bemanningsutfordringerhelseforetakene.pdf>
- sentralbyrå, S. (2020, 06.04.2020). *Så mange intensivsykepleiere har vi til rådighet*.  
<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/sa-mange-intensivsykepleiere-har-vi-til-radighet>
- Silva-Junior, R. F. D., Alves, E. C. S., Santos, K. O., Santos, S. P. D., Barbosa, H. A., Siqueira, L. D. G., Torres, J. & Silva, C. (2020). Hardy personality and associated factors in health professionals active in services that treat critical patients. *Cien Saude Colet*, 25(1), 199-209. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.29442019> (Opprinnelig utgitt Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva)
- Skaar, S. & Hagen, H. (1988). *Mangel på spesialsykepleiere: et spørsmål om utdanningskapasitet eller arbeidsvilkår?* Institutt for industriell miljøforskning.  
[https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2013041105095](https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2013041105095)
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV-1999-07-02-61). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=lov%20om%20spesialisthelsetjeneste>
- Sveressdatter Larsen, L. (2022, 03.05.2022). *Færre søkere til verdens fineste yrke*.  
<https://www.tronderdebatt.no/farre-sokere-til-verdens-fineste-yrke/o/5-122-43502?fbclid=IwAR1fXpz2ZZLRocotbFORMA382tegkc-1ZSK0iNNhIQhMvWQ89yNlyXuH8hc>

- Sykepleierforbund, N. (2022, 26.04.2022). *Koronakommisjonen: intensivberedskapen var for dårlig*. <https://www.nsf.no/nyheter/vart-politiske-arbeid/koronakommisjonen-intensivberedskapen-var-darlig>
- Sør-Øst, H. (2015). *Rapport fra kapasitetsprosjekt for sykehusområdene Oslo og Akershus*. <https://helse-sorost.no/Documents/Styret/Styremøter/2015/20151217/082-2015%20Saksframlegg%20-%20Rapport%20fra%20kapasitetsprosjekt%20for%20sykehusområdene%20Oslo%20og%20Akershus.pdf>
- USN. (2022). *Master i Intensivsykepleie*. Universitetet i Sør-Øst Norge. <https://www.usn.no/studier/master-i-intensivsykepleie/>
- Vahedian-Azimi, A., Hajiesmaeili, M., Kangasniemi, M., Fornes-Vives, J., Hunsucker, R. L., Rahimibashar, F., Pourhoseingholi, M. A., Farrokhvar, L. & Miller, A. C. (2019). Effects of Stress on Critical Care Nurses: A National Cross-Sectional Study. *J Intensive Care Med*, 34(4), 311-322. <https://doi.org/10.1177/0885066617696853>
- Vermeir, P., Blot, S., Degroote, S., Vandijck, D., Mariman, A., Vanacker, T., Peleman, R., Verhaeghe, R. & Vogelaers, D. (2018). Communication satisfaction and job satisfaction among critical care nurses and their impact on burnout and intention to leave: A questionnaire study. *Intensive Crit Care Nurs*, 48, 21-27. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.07.001> (Opprinnelig utgitt Elsevier B.V.)
- Wergeland, P. & Gildestad, B. A. (2022). Ni av ti får avslag på covid-19 som yrkessykdom. *NRK.no*. <https://www.nrk.no/norge/ni-av-ti-far-avslag-pa-covid-19-som-yrkessykdom-1.15939950>
- Zhang, H., Ye, Z., Tang, L., Zou, P., Du, C., Shao, J., Wang, X., Chen, D., Qiao, G. & Mu, S. Y. (2020). Anxiety symptoms and burnout among Chinese medical staff of intensive care unit: the moderating effect of social support. *BMC Psychiatry*, 20(1), 197. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02603-2> (Opprinnelig utgitt BioMed Central)

## Oversikt over tabeller og figurer

Tabell 1: PICO-Skjema. Side 23

Tabell 2: Inklusjon- og eksklusjonskriterier. Side 25

Tabell 3: PRISMA, Flytskjema for utvelgelse av studier. Side 27

Tabell 4: Utdrag fra resultatanalyse. Side 28

Tabell 5-1: Hardy personality and associated factors in health professionals active in services that treat critical patients. Side 30

Tabell 5-2: Communication satisfaction and job satisfaction among critical care nurses and their impact on burnout and intention to leave: a questionnaire study. Side 31

Tabell 5-3: Anxiety symptoms and burnout among Chinese medical staff of intensive care unit: the moderating effect of social support. Side 32

Tabell 5-4: Effect of meaningful recognition on critical care nurses' compassion fatigue. Side 33

Tabell 5-5: Predictors of moral distress in a US sample of critical care nurses. Side 33

Tabell 5-6: Compassion satisfaction and fatigue: A Cross-sectional survey of Australian intensive care nurses. Side 34

Tabell 5-7: Effects of a Multimodal Program Including Simulation on Job Strain Among Nurses Working in Intensive Care Units. Side 35

Tabell 5-8: Factors Affecting Resilience and Development of Posttraumatic Stress Disorder in Critical Care Nurses. Side 36

Tabell 5-9: Nurses' perceptions and demands regarding COVID-19 care delivery in critical care units and hospital emergency services. Side 37

Tabell 5-10: Burnout Syndrome and Associated Factors in Intensive Care Unit Nurses. Side 38

Tabell 5-11: Burnout, Perceived Stress, and Job Strain Among Trauma Nurses at a Level 1 Safety Net Trauma Center. Side 38

Tabell 5-12: Nurses well-being in intensive care units: study of factors promoting team commitment. Side 39.

## Vedlegg

Vedlegg kan være forsøksresultater, tegninger, diagrammer, spørreskjemaer eller lignende. Store datamengder bør plasseres i vedleggene, ellers kan leseren gå trøtt av detaljer.

Vedlegg 1: Dokumentasjon av søk MEDLINE Via EBSCOHOST.

MEDLINE VIA EBSCOHOST

#	Searches	Results
1	(MH "Critical Care Nursing ")	1,764
2	(MH " Critical Care")	36,755
3	(MH " Intensive Care Nurse")	44,331
4	(MM " Resillience, Psychological") OR (MH "Nursing") OR (MH "Critical Care Nursing")	11680
5	(MM "Intention") OR (MH "Work/EC/ES/HI/PX/ST/SN")	7,591
6	(MH "Job Satisfaction")	17,060
7	(MH "Leadership") OR (MH "Nursing+")	116,306
8	(MH "Environment") OR ("Work")	53,800
9	(MH "Personnel Turnover") OR (MH "Personnel Management") OR (MH "Personnel Administration, Hospital") //// EVNT: (MH "Personnel Turnover") OR (MH "Retention, Psychology")	15,595
10	(MH "Economics") OR (MH "Freedom") OR (MH "Social Values")	18,967
11	(MH "Personnel Turnover")	3,599
12	(MH "Intention") OR (MH "Work")	17,430
13	(MH "Compassion Fatigue")	480
14	(MH "Stress, Psychological") OR (MH "Occupational Stress") OR (MH "Stress, Mechanical")	126,534
15	(MH "Psychological Distress")	1,831
16	(MH "Psychological Distress") OR (MH "Morale") OR (MH "Morals") OR (MH "Moral Obligations")	14,585
17	(MH "Burnout, Psychological") OR (MH "Burnout, Professional")	9,517
18	"Intent to leave"	324
19	"Intent to stay"	187
20	S1 AND S9 AND S3	3
21	S1 AND S2 AND S3	117
22	S1 AND S3 AND S4 AND S17	11
23	S1 AND S13 AND S14 AND S17	1
24	S1 AND S14 AND S17	4
25	S1 AND S7 AND S8 AND S11	0
26	S1 AND S4 AND S6	74
27	S1 AND S11	12
28	S2 AND S11	40
29	S3 AND S11	50
30	S1 AND S10 AND S12	0
31	S2 AND S4	348
32	S9 AND S31	4
33	S2 AND S5 AND S11	2
34	S2 AND S4 AND S11 AND S15	0
35	S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S31 OR S32 OR S33	500

Vedlegg 2: Søkehistorikk fra CINAHL Via EBSCOHOST

CINAHL VIA EBSCOHOST

#	Searches	Results
1	(MH "Critical Care nursing")	21918
2	(MH "Critical Care")	24051
3	(MH "Intensive Care Units")	41493
4	(MH "Hardiness")	12936
5	(MH "Intention/EI/EV") OR (MH "Work")	7235
6	(MH "Job Satisfaction")	22058
7	(MH "Personnel Retention")	9374
8	(MH "Economics")	14622
9	(MH "Freedom")	1638
10	(MH "Personnel Turnover")	5332
11	(MH "Compassion Fatigue")	681
12	(MH "Stress, Occupational/NU/TD/ST/RF/PF/MT/HI/EV/ET/EH/EI/EP/ED/EC")	2125
13	(MH "Burnout, Professional/NU/TD/ST/RF/PF/MT/HI/EV/ET/EH/EI/EP/ED/EC")	853
14	(MH "Work Environment")	34453
15	(MH "Nurse Leadership") OR (MM "Nursing Management")	7093
16	(MH "Intent to leave")	428
17	(MH "Intent to stay")	294
18	S1 AND S3	5918
19	S6 AND S7 AND S14	466
20	S18 AND S19	6
21	S1 AND S10 AND S13	0
22	S1 AND S10	105
23	S1 AND S7	185
24	S22 AND S23	28
25	S22 OR S23	262
26	S1 AND S7 AND S9	0
27	S1 AND S7 AND S8	0
28	S1 AND S15 AND S17	3
29	S1 AND S6 AND S7	52
30	S1 AND S10 AND S11 AND S16	0
31	S1 AND S10 AND S11	2
32	S1 AND S16	15
33	S2 AND S6 AND S7	5

### Vedlegg 3: Søkehistorikk fra PsychINFO

#### PsychINFO

#	Searches	Results
1	Exp Intensive Care/ or exp Nursing/	29349
2	Intensive care/	4556
3	Exp Nursing/ or exp "Resillience (Psychological)"/ or exp Nurses/	64171
4	Exp Employee Retention/	1285
5	Exp Job Satisfaction/	20350
6	Exp Leadership/	47452
7	Exp Working Conditions/	30621
8	Exp Employee Retention/ or exp Retention/	50522
9	Exp Freedom/	22528
10	Exp Employee Turnover/	5541
11	Exp Compassion Fatigue/	712
12	Exp Fatigue/	9877
13	Exp Stress/	122668
14	Exp Distress/	24323
15	Exp Morality/ or exp Distress/	48202
16	Exp Occupational Stress/	22994
17	1 and 3 and 4 and 8	81
18	1 and 2 and 4 and 8	6
19	1 and 2 and 8	13
20	1 and 10 and 12 and 13	3
21	1 and 2 and 15 and 16	12
22	1 and 2 and 7 and 10	1
23	1 and 10 and 16	37
24	1 and 2 and 8 and and 13	1
25	1 and 2 and 10 and 15	1
26	1 and 10 and 15	1
27	1 and 5 and 9	22
28	17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27	156

Vedlegg 4: Søkehistorikk fra SveMed+

SveMed+

#	Searches	Results
4	Exp:"Critical Care Nursing"	36
5	Exp:"Critical Care"	824
6	Exp:"Intensive Care Units"	786
7	Exp:"Resillience, Psychological"	50
10	Exp:"Intention"	10
11	Exp:"Job Satisfaction"	551
12	Exp:"Leadership"	1068
13	Exp:"Environment"	3061
14	Exp:"Work"	1366
15	Exp:"Retention (Psychology)"	4
16	Exp:"personnel Turnover"	2
17	Exp:"turnover"	56
18	Exp:"Intent to leave"	2
19	Exp:"intent to stay"	0
20	Exp:"Compassion Fatigue"	6
21	Exp:"Stress, Psychological"	376
22	Exp:"Distress"	204
23	Exp:"Burnout, Professional"	269
24	Exp:"Burnout, Psychological"	276
25	%234 OR %235 OR %236	1456
26	%2323 AND %2325	0
27	%2324 AND %2325	0
28	%2311 AND %2317 AND %2325	0
29	%2317 AND %2325	0
30	%2313 AND %2325	42
31	%237 AND %2325	0
32	%2311 AND %2325	10
33	%2322 AND %2325	14
34	%2321 AND %2325	3
35	%2316 AND %2325	0
36	%2315 AND %2325	0
37	%2314 AND %2325	19
38	%2313 AND 2314 AND %2325	0
39	%2313 AND %2325	42
40	%2312 AND %2325	6
41	%2315 OR %2316 OR %2317 OR %2318 OR %2320 OR %2330 OR %2332 OR %2333 OR %2334 OR %2337 OR %2340	



## Vedlegg 5: Resultatanalyse

Blir lagt ved som eget vedlegg ved innlevering av oppgaven