

Sammen for å forebygge omsorgstretthet i intensivavdelingen

Intensivsykepleiers opplevelse av forebygging av omsorgstretthet ved intensivavdelingen.

Masteroppgave ME - 519

Masterstudenter i intensivsykepleie:

Mona Hofstad Ellseth og Marie Tunheim

Kandidatnr: 7027 og 7002

Antall ord: 18661

Veileder:

Hege Kristin Aslaksen Kaldheim

Universitetet i Agder, 2024

Fakultet for helse – og idrettsvitenskap

Institutt for helse og – sykepleievitenskap

Forord

Denne masteroppgaven representerer slutten på noen lærerike, krevende og spennende år tilbake på skolebenken for oss begge to.

Etter ønske fra intensivavdelingen hvor vi jobber, og inspirasjon av boken til psykolog Per Isdal, falt valget på temaet omsorgstretthet. Videre på forebygging av omsorgstretthet, da det er noe vi ønsker å bli beskyttet mot i arbeidet som kommende intensivsykepleiere.

Først vil vi takke hverandre for samarbeid og gjennomføring av denne masteroppgaven. Vi har støttet hverandre gjennom en hektisk og krevende periode. Videre ønsker vi å takke venner og familie for støtte, forståelse, barnepass og hundepass. I tillegg vil vi takke vår leder for permisjon for å gjennomføre masterstudie i intensivsykepleie. Vi ønsker også å takke veilederen vår førsteamanuensis Hege Kristin Aslaksen Kaldheim for god veiledning, konstruktiv kritikk og råd underveis i prosessen.

Til slutt vil vi rette en stor takk til våre informanter som bidro med sin tid, tanker og opplevelser slik at denne masterstudien var mulig å gjennomføre.

Mona Hofstad Ellseth og Marie Tunheim

Kristiansand 26.04.2024

Sammendrag

Bakgrunn: Vi har som intensivsykepleierstudenter opplevd i praksis på intensivavdelingen at det å vise omsorg for akutt kritisk syke pasienter og pårørende berører oss som mennesker. Det å stå i komplekse pasientsituasjoner vil kunne gi økt risiko for omsorgstretthet. Derfor kan det være av betydning at intensivsykepleiere har noen som kan ivareta deres behov for ivaretagelse i en hektisk og kompleks arbeidshverdag, for å forebygge omsorgstretthet.

Hensikt: Hensikten med masterstudien var å få dypere kunnskap om hvordan intensivsykepleiere i Norge opplever at intensivavdelinger forebygger omsorgstretthet.

Problemstilling: Hvordan opplever intensivsykepleiere at intensivavdelingen forebygger omsorgstretthet?

Metode: Det ble valgt et utforskende kvalitativt design. Datamaterialet ble samlet inn gjennom åtte semistrukturerte, individuelle intervjuer og analysert ved hjelp av Graneheim og Lundman sin innholdsanalyse.

Resultater: Analysen resulterte i tre hovedtemaer: 1) Intensivsykepleieren har behov for ivaretagelse og godt arbeidsmiljø. 2) Arbeidsrelaterte faktorer av betydning for intensivsykepleieren. 3) Forebyggende ansvar ligger hos ledelsen, kollega og intensivsykepleieren.

Konklusjon: Intensivsykepleierne opplevde manglende oppmerksomhet rettet mot forebygging av omsorgstretthet. Det er behov for mer bevissthet, og fokus på forebygging av omsorgstretthet i intensivavdelingen.

Nøkkelord: Forebygging, intensivavdeling, intensivsykepleiere, kollegastøtte, kvalitativ forskning, ledelseskultur, omsorgstretthet.

Abstract

Background: As master's students of critical care nursing we experienced through our practice in the intensive care unit (ICU) that to care for acutely ill patients and their next of kin affects us as human beings. To face complex situations with patients increases the chance of experiencing compassion fatigue. It is therefore important that critical care nurses are being taken care of in their needs for emotional support in a hectic and complex working environment, in order to prevent compassion fatigue.

Purpose: The purpose of this master's thesis was to gain knowledge and greater understanding of the methods that intensive care units in Norway, help to prevent compassion fatigue within their nursing staff.

Research Question: To what degree do critical care nurses feel that ICU's prevent compassion fatigue?

Method: An exploratory qualitative method was chosen. The data was collected through eight semi-structured, individual interviews and analyzed using Graneheim and Lundman's analysis method.

Results: The analysis returned three main themes: 1) Critical care nurses need support and a good work environment. 2) Work related factors of importance to the critical care nurse. 3) Management, colleagues and the critical care nurse have a collective responsibility of prevention.

Conclusion: Critical care nurses experienced a lack of awareness and preventative measures around compassion fatigue. More awareness is needed, and a focus on preventing compassion fatigue in the ICU.

Key words: colleague support, compassion fatigue, critical care nurse, intensive care unit, management culture, prevention, qualitative research.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Hensikt og problemstilling.....	2
1.3 Avgrensning.....	3
1.4 Begrepsavklaring.....	3
1.5 Oppgavens oppbygging.....	4
2.0 Teoretisk forankring	5
2.1 Litteratursøk.....	5
2.2 Intensivsykepleier.....	5
2.3 Omsorgstretthet.....	6
2.4 Omsorgstilfredshet.....	7
2.5 Omsorgsteori.....	7
2.6 Tidligere forskning.....	8
2.7 Forebygging.....	10
2.8 Ivaretagelse.....	11
2.9 Debrifing, refleksjon og veiledning.....	12
3.0 Metode	14
3.1 Kvalitativ metode og design.....	14
3.2 Forforståelse.....	15
3.3 Utvalg.....	16
3.4 Intervju.....	16
3.5 Etikk.....	18
3.5.1 Søknader.....	19
3.5.2 Informert samtykke.....	19
3.5.3 Datahåndtering.....	20
3.6 Forskerrollen.....	20
3.7 Analyse.....	21
3.7.1 Transkribering og helhetsinntrykk.....	21
3.7.2 Meningsbærende enheter.....	21
3.7.3 Kondenserte meningsbærende enheter.....	22
3.7.4 Koder.....	23
3.7.5 Underkategorier.....	24
3.7.6 Kategorier.....	24
3.7.7 Tema.....	25
4.0 Resultater	26
4.1 Intensivsykepleieren har behov for ivaretagelse og godt arbeidsmiljø.....	27
4.1.1 Intensivsykepleierne har behov for ivaretagelse.....	27
4.1.2 Intensivsykepleierne er forskjellige, med ulike personligheter og behov.....	28
4.1.3 Arbeidsmiljøet preges av samarbeid med kollegaer.....	29
4.2 Arbeidsrelaterte faktorer av betydning for intensivsykepleierne.....	30
4.2.1 Graden av arbeidsbelastning påvirker pasientsikkerhet og selvivaretagelse.....	30

4.2.2 Intensivsykepleierne preges av mentale belastninger	31
4.2.3 Kompetanse er avgjørende hos intensivsykepleierne	33
4.2.4 Kontinuitet i arbeidet.....	34
4.2.5 Tverrfaglig samarbeid har betydning for intensivsykepleierne og pasientene.....	34
4.3 Forebyggende ansvar ligger hos ledelsen, kollega og intensivsykepleieren	35
4.3.1 Ledelsen har ansvar for ivaretagelse av intensivsykepleiere	35
4.3.2 Intensivsykepleierne har behov for ivaretagelse fra kollegaer.....	37
4.3.3 Intensivsykepleierne har ansvar for selvivaretagelse.....	38
4.3.4 Intensivsykepleierne har høy arbeidslojalitet.....	39
5.0 Diskusjon.....	41
5.1 Intensivsykepleierne har behov for ivaretagelse og godt arbeidsmiljø	41
5.2 Arbeidsrelaterte faktorer av betydning for intensivsykepleierne	45
5.3 Forebyggende ansvar ligger hos ledelsen, kollega og intensivsykepleierne.....	49
6.0 Metodediskusjon	53
6.1 Design og metode.....	53
6.2 Studiens troverdighet.....	54
7.0 Konklusjon.....	57

Referanseliste

Vedlegg I: Pico skjema

Vedlegg II: Søkestreng

Vedlegg III: Intervjuguide

Vedlegg IV: SIKT godkjenning

Vedlegg V: Fakultetets etiske komite godkjenning

Vedlegg VI: Samtykke skjema

Vedlegg VII: Godkjenning fra personvernombud 1

Vedlegg VIII: Godkjenning fra personvernombud 2

Vedlegg IX: Godkjenning fra informasjonssikkerhetsleder

Vedlegg X: Arbeidsfordeling

Tabell 1. Eksempel fra meningsbærende enhet til kondensert meningsbærende enhet.....	22
Tabell 2. Eksempel fra kondensert meningsbærende enhet til kode.....	23
Tabell 3. Eksempel fra kode til underkategori.....	24
Tabell 4. Eksempel fra underkategori, kategori og til tema.....	25
Tabell 5. Oversikt over problemstilling, tema og tilhørende kategorier fra innholdsanalyse..	26

1.0 Introduksjon

I det følgende kapittel vil det først gjøres rede for bakgrunn for valg av tema. Videre vil problemstillingen, avgrensningen og relevante begreper for oppgaven bli presentert.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I praksis som intensivsykepleierstudenter har vi selv observert og opplevd at det krever mye å være intensivsykepleier, og en blir berørt gjennom arbeidet. Det å stå i komplekse situasjoner hvor intensivsykepleiere blir involvert i andre menneskers komplekse og krevende livssituasjoner berører, og gir en økt risiko for utvikling av omsorgstretthet (Wijdenes et al., 2019). En intensivsykepleier skal være kvalifisert til å ivareta kritisk syke pasienter, hvor det ofte er raskt skifte av fokus, og krevende mellommenneskelige møter. Intensivsykepleiere står i situasjoner som involverer dem i andre menneskers mest krevende livshendelser. Det er akutt og kritisk syke pasienter som har behov for kontinuerlig overvåking, behandling og pleie (Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning, 2021, §§2 til 4).

Forskning viser at intensivsykepleiere opplever et høyere nivå av omsorgstretthet enn andre yrkesgrupper (Wijdenes et al., 2019). De har høy arbeidsbelastning, langvarig og kontinuerlig observasjon av kritisk syke pasienter, og viser omsorg for traumatiserte pasienter over tid. Dette kan føre til negative opplevelser og traumatiske minner hos intensivsykepleiere, som kan resultere i omsorgstretthet (Ünlügedik & Akbaş, 2023). Ifølge helsedirektoratet er det høy personalomsetning av intensivsykepleiere, og en høy andel intensivsykepleierstillinger som ikke blir besatt. I tillegg slutter hver åttende intensivsykepleier i jobben årlig (Helsedirektoratet, 2021). Forskning viser at omsorgstretthet er en av grunnene til at intensivsykepleiere ikke klarer å stå i jobben over tid (Unhjem, 2020; Wijdenes et al., 2019). Derfor kan det være av betydning at intensivsykepleiere har noen som ivaretar deres behov for ivaretagelse, i en hektisk, krevende og kompleks arbeidshverdag, som kan bidra til forebygging av omsorgstretthet (Isdal, 2017).

Omsorgstretthet er en tilstand som oppstår gradvis ved at intensivsykepleieres engasjement, involvering og empati gradvis forsvinner, og blir byttet med utmattelse og redusert funksjon i arbeidet (Figley, 1995; Isdal, 2017). Figley som er pioner for omsorgstretthet, hevder at det koster å bry seg. Intensivsykepleiere som hører på pasienters frykt, smerte og lidelse, vil

kunne føle på liknende frykt, smerte og lidelse som pasientene, bare ved å bry seg (Figley, 1995, s. 1). Det er derfor naturlig at intensivsykepleiere blir berørt ved langvarig eksponering av krevende pasientsituasjoner (Isdal, 2017).

Forebygging av omsorgstretthet er et omfattende arbeid. Ulike tiltak som kan gjøres for å ivareta intensivsykepleiere er i form av refleksjon, debriefing, selvivaretagelse, kollegastøtte, samarbeid og et godt arbeidsmiljø (Haavik & Toven, 2020; Isdal, 2017; Schmidt & Haglund, 2017). Det er ledelsens ansvar å sørge for gunstige arbeidsforhold, og iverksette tiltak for å forebygge psykisk skade, deriblant refleksjon og veiledning (Arbeidsmiljøloven, 2005). Det forebyggende ansvaret er fordelt på ulike nivåer; ledelsen, kollega og intensivsykepleieren selv (Isdal, 2017). I tillegg er utdanningsinstitusjonen ansvarlig for å gi kunnskap om hva intensivsykepleiere vil møte i arbeidet, så vel som omsorgstretthet for å skape godt rustet intensivsykepleiere (Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning, 2021; Haavik & Toven, 2020).

Vi ønsket med masterstudien å undersøke hvem som ivaretar intensivsykepleiere, og hvilke forebyggende tiltak som finnes på intensivavdelingen. Forebygging av omsorgstretthet er viktig for intensivsykepleiere, og spesielt for å unngå fravær med sykemeldinger, utslitte intensivsykepleiere og høy personalomsetning (Bakke et al., 2021; Haavik & Toven, 2020; Isdal, 2017).

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med masterstudien var å få dypere kunnskap om hvordan intensivsykepleiere i Norge opplever at intensivavdelinger forebygger omsorgstretthet. Vi ønsket å sette søkelys på omsorgstretthet hos intensivsykepleiere og ledelse, for å kunne øke bevisstheten rundt temaet. Vi har ved hjelp av PICO-skjema formulert problemstillingen (vedlegg I).

Problemstilling:

“Hvordan opplever intensivsykepleiere at intensivavdelingen forebygger omsorgstretthet?”

Masterstudien tar utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål:

1. Hvilke opplevelser har intensivsykepleiere ved forebygging av omsorgstretthet?
2. Hvilken betydning har forebygging av omsorgstretthet for intensivsykepleiere?

3. Hvilke type forebygging gjøres i avdelingen, og hvem utfører de forebyggende tiltakene?

1.3 Avgrensning

Denne masterstudien er begrenset til intensivsykepleiere sine opplevelser, og vil derfor ikke fremme perspektiver til andre profesjoner eller ledelse i intensivavdelingene. Grunnet oppgavens omfang, er den avgrenset til to generelle intensivavdelinger i Helse Sør-Øst.

1.4 Begrepsavklaring

Intensivsykepleiere er autoriserte sykepleiere, med spesialisert kompetanse for å jobbe med akutt og kritisk syke pasienter (NSFLIS, 2015). Vi har valgt å skrive intensivsykepleiere, der litteraturen refererer til andre som for eksempel hjelpere, helsepersonell og eller sykepleiere.

En intensivavdeling defineres som en sykehusenhet med spesialutdannet helsepersonell, som behandler pasienter med svikt i en eller flere vitale funksjoner (NSFLIS, 2015).

Intensivavdelingen i denne oppgaven omhandler alle profesjoner som jobber i den aktuelle sykehusenheten, deriblant ledelse, sykepleiere, intensivsykepleiere, leger og andre aktuelle faggrupper, sett fra intensivsykepleiere sitt perspektiv.

Intensivsykepleieres opplevelser defineres av subjektive erfaringer. Disse erfaringene er sammensatt av ytre sansepåvirkninger, emosjonell tilstand, motivasjon og tankeprosesser (Teigen, 2020).

I denne masterstudien defineres forebygging ved en målsetning om å redusere eller eliminere uønskede utviklinger av omsorgstretthet (Mikkelsen, 2005).

Omsorgstretthet defineres som fysisk og emosjonell utmattelse, på engelsk compassion fatigue (Haavik & Toven, 2020). Vi valgte å oversette compassion fatigue til omsorgstretthet ved hjelp av Medical Subject Headings (MeSH). Compassion fatigue kan eksempelvis oversettes til medfølelsetretthet, sekundærtraumatisering eller vikarierende traumatisering (Isdal, 2017).

1.5 Oppgavens oppbygging

I kapittel to presenteres en teoretisk bakgrunn for temaet omsorgstretthet. Kapittel tre presenterer forskningsmetode, og masterstudiens vitenskapelige ståsted. I det fjerde kapitlet gjøres det rede for masterstudiens resultater. I kapittel fem diskuteres resultatene i lys av relevant teori og tidligere forskning, for å besvare studiens problemstilling og forskningsspørsmål. I kapittel seks følger en metodediskusjon. Videre til slutt i syvende kapittel gjøres det en konklusjon, og implikasjoner for videre praksis og forskning blir belyst.

2.0 Teoretisk forankring

I det følgende kapittelet vil relevant teori for denne masterstudien presenteres.

2.1 Litteratursøk

Under utarbeidelsen av prosjektskissen ble det utført søk etter tidligere forskning, for å undersøke om det finnes kunnskapshull omkring fenomenet omsorgstretthet. Søket på EBSCOhost med søkeordene: Compassion fatigue*, ICU* og Nurse* gav 12 treff. Treffene omhandlet i størst grad prevalensen av omsorgstretthet. Få omhandlet tiltak med formål om å forebygge, og redusere tilstedeværelsen av omsorgstretthet.

Det ble gjennomført et relativt bredt litteratursøk, for å danne en oversikt over forskningsfeltet. MeSH ble anvendt for å finne best mulig søkeord. En oversikt over søkene ligger vedlagt (vedlegg II). Inkluderingskriterier var relevans, fagfellevurdert og at litteraturen var nyere enn 2013. Søkene ble utført i august 2023. Ved å se på referanselister, ble snøballeffekten brukt for å finne annen relevant litteratur og forskning, og det ble da inkludert eldre relevante artikler (Kvale et al., 2015).

2.2 Intensivsykepleier

Intensivsykepleier er en spesialutdannet sykepleier med kunnskap og kompetanse for å kunne arbeide med akutt kritisk syke pasienter. Det er en videreutdanning over to år, med mulighet for mastergrad. Videreutdanningen i intensivsykepleie skal gi intensivsykepleieren kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse for å behandle pasienter med svikt i vitale organer (Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning, 2021; NSFLIS, 2017). Intensivsykepleiere kan arbeide i en intensivavdeling. Det er en avdeling med kompetanse til å behandle pasienter med mulig svikt i vitale organer (NSF, u.å). Generelle intensivavdelinger tar imot barn, nevrologiske-, medisinske- og kirurgiske pasienter. Det finnes også spesialiserte intensivavdelinger som nevrokirurgisk intensiv, thorax intensiv og nyfødt intensiv (Statens helsetilsyn, 1999).

Intensivsykepleiere sin funksjon og ansvar er å utøve faglig, juridisk forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp (NSF, 23). Intensivsykepleiere er ansvarlige for å sikre pasientens rettigheter, integritet og autonomi, vise omsorg, respekt og ivareta pårørende (NSF, 23; NSFLIS, 2017). Målet er å styrke pasientenes psykiske og fysiske helse, og ivareta deres

sosiale og åndelige velvære (NSFLIS, 2017). Yrkesutøvelsen skal være i tråd med spesialisthelsetjenesteloven, som omhandler god kvalitet og pasientsikkert arbeid (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999§ 3-4a).

Intensivsykepleiere har en medvirkningsplikt ifølge arbeidsmiljøloven, og et ansvar for å ta vare på sine kollegaer. Intensivsykepleieren har et ansvar for egen yrkesutøvelse, og skal arbeide etter intensivavdelingens regler og retningslinjer (Arbeidsmiljøloven, 2005 § 2-3).

2.3 Omsorgstretthet

Omsorgstretthet er en dyp emosjonell og fysisk utmattelse som intensivsykepleiere kan utvikle i løpet av sin karriere (Haavik & Toven, 2020). Omsorgstretthet er en progressiv og kumulativ prosess forårsaket av langvarig, eller kontinuerlig eksponering av stressende situasjoner, eller en enkelt traumatisk hendelse (Mason et al., 2014).

Omsorgstretthet kan oppstå når intensivsykepleiere skal utøve omsorg til alvorlig syke pasienter under høyt arbeidspress, og i situasjoner uten full kontroll. Utviklingen av omsorgstretthet er en reaksjon, og et forsvar mot opplevelser i arbeidet (Haavik & Toven, 2020). Omsorgstretthet fremtrer ved utmattelse, tretthet, redusert konsentrasjon og nedsatt selvfølelse. Intensivsykepleiere kan føle på håpløshet, irritabilitet, manglende empati, angst, frykt, en følelse av utilstrekkelighet og manglende interesse for hobbyer (Haavik & Toven, 2020; Sandanger, 2020). Ved utvikling av omsorgstretthet kan intensivsykepleiere bli kyniske, distanserte og likegyldige (Haavik & Toven, 2020). Dersom intensivsykepleiere utvikler omsorgstretthet vil omsorgsevnen reduseres, og føre til manglende aktivering av ressurser og mestringsstrategier for selvivaretagelse (Crowe, 2016). Omsorgstretthet kan ramme en hel arbeidsplass, og være krevende for alle ansatte (Isdal, 2017).

Det oppstår en gradvis økende og oppbyggende reaksjonsprosess hos intensivsykepleiere som kan nå et nivå hvor reaksjonene kan sammenlignes med pasientenes traumatiske hendelser (Figley, 2002; Isdal, 2017). Den psykiske belastningen intensivsykepleiere utsettes for i arbeidet sitt beskrives av Figley som sekundær posttraumatisk stress lidelse (STSD), og gir høy risiko for omsorgstretthet (Figley, 1995; Isdal, 2017). Risikoen for omsorgstretthet vil økes over tid, dersom intensivsykepleiere ikke får bearbeidet sine følelser, reaksjoner og opplevelser. Utviklingen av omsorgstretthet vil være avhengig av hvor hyppig

intensivsykepleiere opplever psykisk belastning i arbeidet (Isdal, 2017). Omsorgstretthet kan føre til endret verdensbilde, og endret holdning overfor pasienter og intensivsykepleiere selv. Parallelt vil intensivsykepleiere oppleve symptomer som angst- og tilbaketrekning (Bang, 2003).

2.4 Omsorgstilfredshet

Omsorgstilfredshet er det motsatte av omsorgstretthet. Det oppstår når intensivsykepleiere viser omsorg, og utøver hjelp i en vanskelig situasjon (Crowe, 2016; Haavik & Toven, 2020; Stamm, 2010). Intensivsykepleiere vil kunne kjenne på en profesjonell livskvalitet. Det er en balanse mellom det positive som er omsorgstilfredshet, og det negative som er omsorgstretthet (Stamm, 2010). Omsorgstilfredshet er resultatet av profesjonell livskvalitet, og kan være årsaken til at intensivsykepleiere blir værende i yrket (Crowe, 2016). Den mest brukte undersøkelsen for å vurdere profesjonell livskvalitet er et spørreskjema som heter Professional Quality of Life (ProQOL), og ble utviklet av Figley (Figley, 1995).

2.5 Omsorgsteori

Omsorgsteorien til Kari Martinsen står sentralt i denne masterstudien. Omsorg er en grunnleggende menneskelig handling, og handler om møte med et annet menneske (Kirkevold, 1998). Handlingen inkluderer det å hjelpe, ivareta og vise nestekjærlighet til pasient og pårørende som intensivsykepleiere møter (Martinsen, 2003).

Omsorgsarbeid hos intensivsykepleiere er rettet mot syke og pleietrengende pasienter, og deres pårørende (Martinsen, 2003). Det handler om å møte den andres behov med respekt, verdighet og integritet. Kirkevold (1998) sier at omsorg handler om tilstedeværelse for andre mennesker, gjennom det å lytte, støtte og gi oppmerksomhet. Det å møte pasienter eller pårørende med omsorg, krever en rekke forutsetninger. Intensivsykepleiere må inneha forutsetninger som kunnskap, kompetanse, ferdigheter og en organiseringsevne. Samtidig står forståelsen av den andres situasjon sentralt i omsorgen (Kirkevold, 1998). Intensivsykepleiere kan forstå den syke, men ikke oppleve samme smerte og kvalme som pasientene har. Det intensivsykepleiere kan gjøre for å vise omsorg, er å gjenkjenne situasjoner ut ifra egne erfaringer, for videre å kunne lindre pasientene sin smerte og kvalme (Martinsen, 2003). Kari Martinsen hevder at det er viktig å være seg bevisst egne følelser og grenser for å kunne

utøve omsorg til andre, og være åpen for støtte og hjelp fra andre når det er nødvendig (Kirkevold, 1998).

Omsorg er et sosialt relasjonelt begrep. Det er noe av det mest fundamentale og naturlige ved mennesket, og forholdet mellom mennesker er vesentlige. Fellesskap og kollektiv omsorg for hverandre er en forutsetning for at livet har en mening (Kirkevold, 1998; Martinsen, 2003). Omsorgsarbeidet kan rettes mot både pasienter og kollegaer. Det handler om hvordan intensivsykepleiere forholder seg til hverandre og viser omsorg (Martinsen, 2003). For å kunne vise omsorg må intensivsykepleiere forstå hverandre. Intensivsykepleiere må se situasjoner fra kollegaers synspunkt, og dette lar seg gjøre fordi intensivsykepleiere kjenner hverandre gjennom en praktisk arbeidssituasjon (Martinsen, 2003). Martinsens omsorgsteori kan bidra til å forstå omsorgen intensivsykepleiere gir i møte med andre mennesker. Videre mener Martinsen (2003) at en slik type omsorg kan være belastende, og innebærer stor risiko for følelsesmessig overbelastning. Det krever støtte og omsorg fra andre for å kunne yte slik omsorg. Underbemanning og tidspress fører til manglende omsorg for hverandre (Martinsen, 2003). Intensivsykepleiere skal utøve omsorg, uten en forventning om å få noe tilbake. Alle mennesker kan komme i en situasjon hvor de har behov for hjelp av andre (Kirkevold, 1998). Martinsen mener at noe av det mest fundamentale i betydningen av omsorg, er at mennesker er avhengig av hverandre, spesielt når det kommer til sykdom, lidelse og tap (Kirkevold, 1998; Martinsen, 2003).

2.6 Tidligere forskning

Forskning viser at omsorgstretthet forekommer i høy grad. Flere studier har undersøkt forekomsten ved bruk av ulike kartleggingsverktøy (Cragun et al., 2016; Faiza et al., 2023; Wijdenes et al., 2019; Yu et al., 2016). Det er begrenset forskning på tiltak mot forebygging av omsorgstretthet. Noen av studiene som er gjort, har undersøkt om debrifing, motstandsdyktighet og åndelig velvære øker omsorgstilfredsheten hos intensivsykepleiere (Crowe, 2016; Ünlügedik & Akbaş, 2023). Andre studier kommer med forslag på tiltak mot forebygging av omsorgstretthet (Graystone, 2019; Schmidt & Haglund, 2017). En studie undersøkte ulike verktøy for opplæring og forebygging av omsorgstretthet hos ledelsen. Den påpeker at omsorgstretthet er en reell bekymring, og at flere studier er nødvendig for å undersøke intervensjoner ved forebygging av omsorgstretthet (Shingler-Nace et al., 2018).

Forekomsten av omsorgstretthet er studert ved bruk av ProQOL for å identifisere graden av omsorgstretthet, omsorgstilfredshet og utbrenthet. En tversnittstudie brukte ProQOL for datainnsamling hos 140 akuttsykepleiere i Pakistan. Funnene indikerer et gjennomsnittlig, til et høyere nivå, av omsorgstilfredshet, og et lavt til gjennomsnittlig nivå av omsorgstretthet hos akuttsykepleiere (Faiza et al., 2023). En liknende studie ble gjennomført i Kina med 337 sykepleiere og leger. Den fikk samme resultat med høy forekomst av omsorgstilfredshet og gjennomsnittlig forekomst av omsorgstretthet (Yu et al., 2016). En studie fra USA fant det motsatte hos 105 akuttsykepleier og leger. Resultatet viser lave nivåer av omsorgstilfredshet sammenlignet med omsorgstretthet (Cragun et al., 2016). En annen undersøkelse viste at 46% av intensivsykepleierne rapporterte moderat til høy risiko for utvikling av omsorgstretthet (Wijdenes et al., 2019). Emosjonell ustabilitet og det å være singel ble utpekt som to av de høyeste risikofaktorene for utvikling av omsorgstretthet (Chen et al., 2018). I tillegg er kvinner mer sårbare for å utvikle omsorgstretthet, sammenlignet med menn (Carmassi et al., 2022).

En studie fra Korea, viste at høy grad av omsorgstretthet hos akuttsykepleiere kan føre til utbrenthet. Studien fant at motstandsdyktighet var en viktig forebyggende faktor (Jeong & Shin, 2023). Økt omsorgstilfredshet og motstandskraft var viktige faktorer ved forebygging av omsorgstretthet hos leger i akuttmedisin (Crowe, 2016). Selvivaretakelse presenteres som en beskyttende faktor, i tillegg til økt fokus, undervisning om omsorgstretthet og en støttende ledelse. Utvikling av omsorgstretthet vil redusere egenomsorgsevnen, og evnen til aktivering av ressurser og mestringsstrategier (Crowe, 2016).

Debrifing etter kritiske hendelser, var assosiert med økt omsorgstilfredshet i en barneintensiv avdeling (Nerovich et al., 2023). ProQOL ble gjennomført før implementering av debrifing metoden “The rapid review of resuscitation”, og ett år etter metodens implementering. Konklusjonen viste ingen markante endringer i svarresultatene i ProQOL, som indikerer at debrifing metoden hadde lav innvirkning (Nerovich et al., 2023). En annen studie så på effekten av debrifing, for å øke motstandskraften mot omsorgstretthet. Studien indikerte at regelmessig og planlagt debrifing har forebyggende effekt mot omsorgstretthet. Videre at rutinemessighet kan være behjelpelig til å gjenkjenne de emosjonelle symptomene på omsorgstretthet hos de ansatte. Et sitat fra en sykepleier som deltok i studien;

“Det at jeg fikk mulighet til å snakke med andre om mine følelser hjalp meg til å

konkludere med at jeg fortsatt kunne være en akutt sykepleier (...) Det tok litt tid, men jeg ble bedre til å snakke om mine følelser, og ble en bedre omsorgsperson fordi jeg forsto meg selv bedre og fikk støtte fra kollegaer” (Schmidt & Haglund, 2017).

Studien trekker frem at omsorgstretthet vil fortsette å eksistere, men forekomsten kan reduseres ved at den forebyggende tilnærmingen endres og blir mer proaktiv. Videre presenteres et behov for økt bevissthet av omsorgstretthet, og en kultur som fremmer motstandskraften for å ivareta sykepleiere. Dette for at sykepleiere kan fortsette å yte den medfølende omsorgen de begynte i yrket for å gi (Schmidt & Haglund, 2017). Resultater fra en studie om kumulativ stress debrifing (CSD), viser at det å gjennomføre CSD kan redusere omsorgstretthet og forbedre arbeidstilfredshet hos intensivsykepleiere (Arbios et al., 2022). Derimot viser en undersøkelse gjort av Folkehelseinstituttet (FHI) at kunnskapsgrunnlaget om psykologisk debrifing i helsevesenet er svakt, og at det mangler studier av høy kvalitet for å bekrefte eller avkrefte effekten (Meneses Echavez et al., 2022).

En studie viste til manglende fokus og undervisning om omsorgstretthet i utdanningen. Den forebyggende effekten av gruppesamtaler, team debrifing, opplæring og seminarer om selvivaretagelse er viktig som en del av utdanningen (Marcial et al., 2013). En annen studie viser en positiv sammenheng mellom åndelig velvære og omsorgstretthet. Bevisstheten og kunnskapen om åndelig behov bør styrkes hos intensivsykepleiere, for å kunne redusere forekomsten av omsorgstretthet (Ünlügedik & Akbaş, 2023). I tillegg er håndtering av egne følelser en beskyttende faktor. Det kan brukes som en forebyggingsstrategi mot omsorgstretthet, og for å forbedre intensivsykepleieres psykiske velvære (Ünlügedik & Akbaş, 2023).

2.7 Forebygging

I funksjonsbeskrivelsen til intensivsykepleiere er det nedfelt at de har en helsefremmende og forebyggende funksjon. Det innebærer å iverksette tiltak for å forebygge videre utvikling av helsesvikt og sykdom hos pasientene (NSFLIS, 2017). Denne funksjonen kan relateres til intensivsykepleiere selv, ved å forebygge og unngå utvikling av helsesvikt og sykdom relatert til arbeidet som utøves (Arbeidsmiljøloven, 2005). Den forebyggende funksjonen kan deles inn i primær-, sekundær- og tertiærforebyggende intervensjoner. Primær forebygging vil si å forebygge sykdom og skade. Sekundærforebygging handler om å oppdage symptomer og

tegn tidlig, som kan behandles. Til slutt tertiærforebygging som hindrer at det oppstår videre komplikasjoner og nye helseproblemer (Mikkelsen, 2005; Stubberud, 2020).

Det forebyggende ansvar mot omsorgstretthet er fordelt mellom; studenten, ledelsen, kollegaene og intensivsykepleieren (Isdal, 2017). Økt kompetanse og bevissthet om omsorgstretthet under utdanningen vil være nødvendig for å forebygge utvikling av omsorgstretthet hos nyutdannede intensivsykepleiere (Haavik & Toven, 2020). Kompetanse deles inn i 1) kunnskap som defineres ved; *det å vite*, 2) ferdigheter; *å kunne gjøre* og 3) evner som sammenfalles av; *personlighet, mentale ressurser og holdninger* (Lai, 2021). En bred kunnskap om omsorgstretthet vil være viktig for fremtidige intensivsykepleiere i krevende jobber med høyt arbeidspress, og i møter med kritisk syke pasienter (Unhjem, 2020).

2.8 Ivaretakelse

Ivaretakelse av intensivsykepleiere i intensivavdelingen, innebærer beskyttelse, støtte og tilstrekkelig omsorg for en god helse og arbeidshverdag. Ivaretakelsen kan komme fra ledelse eller kollegaer. Det kan også være selvivaretakelse i konkrete situasjoner, gjennom arbeidsdagen og for et langt liv (Haavik & Toven, 2020; Isdal, 2017).

Ledelsen er lovpålagt å sørge for gunstige arbeidsforhold etter arbeidsmiljøloven. Deriblant tilretteleggelse for at intensivsykepleiere føler seg trygge og ivaretatt i jobben (Arbeidsmiljøloven, 2005). Gunstige arbeidsforhold inkluderer lønn, arbeidsmengde, arbeidsvilkår, opplæring, oppfølging av ansatte og organisering av arbeidet. Det er seks faktorer som påvirker ansattes helse; sikkerhet, arbeidsmengde, kompetanse, anerkjennelse, medinnflytelse og meningsfullhet (Isdal, 2017). I henhold til Arbeidsmiljøloven (2005, § 4-1) skal arbeidsgiver kartlegge, utarbeide planer og iverksette tiltak for å redusere risiko for utvikling av skade. Intensivavdelingen skal ha rutiner for ivaretakelse av intensivsykepleiere etter alvorlige hendelser, og oppfølging etter krevende situasjoner. (Arbeidsmiljøloven, 2005). Det er viktig at intensivsykepleiere blir hørt av ledelsen. I tillegg til tilstrekkelig bemanning som gir rom for refleksjoner, pauser og økt kompetanse, for å ivareta intensivsykepleiere (Isdal, 2017).

Et godt kollegamiljø er viktig for ivaretagelse. Det kan over tid bli for mye å stå alene i utfordrende pasient situasjoner. Støtte og ivaretagelse fra kollegaer, samt et godt fellesskap kan resultere i økt trivsel og motivasjon, som er positivt for ivaretagelsen av intensivsykepleiere. Dette vil kunne føre til bedre kapasitet og motstandskraft. (Haavik & Toven, 2020; Jeong & Shin, 2023). Det er betydningsfullt med et godt kollegafellesskap i intensivavdelingen. I tillegg må intensivsykepleiere være seg bevisst hva en støttende kollega er, for selv kunne være en støttende kollega (Haavik & Toven, 2020; Ukom, 2023).

Hver enkelt intensivsykepleier har ansvar for å ivareta egen helse, og for selv ivaretagelse i arbeidet (Isdal, 2017). Selv ivaretagelse omfatter det å sette grenser for seg selv, ta pauser og andre tiltak for at intensivsykepleiere skal kunne håndtere arbeidshverdagen (Haavik & Toven, 2020). Intensivsykepleiere har ansvar for å gjøre tiltak på jobb og privat, for å forebygge og redusere belastninger og negative følger av arbeidet (Isdal, 2017). Økt kunnskap og kompetanse gir økt mulighet for selv ivaretagelse. Andre tiltak intensivsykepleiere kan gjøre er trening, spise sunt og selvrefleksjon (Isdal, 2017). Intensivsykepleiere må bry seg, vise empati, toleranse, aksept og verdsette seg selv (Barnett et al., 2007). Samtidig er intensivsykepleiere avhengig av hjelp fra andre. Det er ingen som er i stand til å beskytte og ivareta seg selv alene (Isdal, 2017).

2.9 Debrifing, refleksjon og veiledning

Tiltak som kan gjøres for å ivareta intensivsykepleiere kan være debrifing, refleksjon og veiledning. Debrifing er et begrep som brukes for en samtale om en spesifikk hendelse. Det kan være en samtale som foregår i grupper, få timer eller et par dager etter at hendelsen fant sted. Debrifing ble først promotert av militæret, og i nyere tid adoptert til helsevesenet. Forskning viser at bruk av debrifing i helsevesenet tilrettelegger for diskusjon og refleksjon av handlinger (Kessler et al., 2015). Debrifing skaper en situasjon hvor intensivsykepleiere kan bearbeide opplevelser på en hensiktsmessig måte. Ved hjelp av debrifing kan intensivsykepleiere unngå utviklingen av psykiske og mentale belastninger (Malt, 2019). Debrifing kan brukes til å identifisere områder med optimale eller suboptimale prestasjoner, og finne måter å forbedre intensivsykepleieres fremtidige prestasjoner på. Fokuset i debrifing skal ikke være å klandre enkeltpersoner, men å forbedre arbeidet og pasientresultater (Kessler et al., 2015).

Tidlig gjenkjenning, intervensjoner og bevissthet rundt traumer som intensivsykepleiere opplever er avgjørende. Det skilles mellom «HOT debrifing» og «COLD debrifing», hvor «HOT debrifing» skjer minutter til timer etter en hendelse, og «COLD debrifing» gjennomføres dager til uker etter hendelsene. Dette for å gi mulighet til en omfattende gjennomgang av kliniske beslutninger, og kvantitative data. Disse debrifing-strategiene kan brukes for å endre stress hos intensivsykepleiere til handlekraft og motstandsdyktighet (Nerovich et al., 2023). Standardisering av hvilke hendelser som skal gjennomgå debrifing, kan gjøre det mer forutsigbart for intensivsykepleiere (Kessler et al., 2015). Bruk av et evidensbasert manus er en måte å standardisere debrifing på, samtidig som det blir lettere for debrifing ansvarlig å gjennomføre (Kessler et al., 2015).

Andre måter å håndtere faglige og emosjonelle utfordringer i arbeidet kan være refleksjon og veiledning. Refleksjon gjøres oftest i grupper. Intensivsykepleiere fokuserer på å belyse en situasjon eller problemstilling. Ved hjelp av kunnskap og erfaringer fra intensivsykepleiere som har opplevd situasjonen, kan det gis ulike perspektiver på opplevelser, og andre erfaringer. Gjennom refleksjon vil intensivsykepleiere få mulighet til å bearbeide den enkelte situasjonen. I tillegg utvikler intensivsykepleiere evner til å sette seg inn i kollegaers situasjoner (Vråle, 2015). Veiledning er en lærende og støttende funksjon, og vil kunne gi intensivsykepleiere mer kontroll og mulighet til å reflektere over sine handlinger. Det kan foregå i grupper, eller individuelt. Veiledning kan også være i form av at to kollegaer veileder hverandre. Det er ofte faglig utvikling som er fokus under veiledning. Problemløsning gjøres i veiledning, og vil bedre intensivsykepleieres forståelse av egne følelser og opplevelser (Bang, 2003).

3.0 Metode

I det følgende kapittel vil masterstudiens design og metode presenteres. Videre vil forforståelsen, utvalg, intervju, forskerrollen og etiske overveielser beskrives. Avslutningsvis vil Graneheim og Lundman sin innholdsanalyse utdypes og relateres til vår analyse (Graneheim & Lundman, 2004).

3.1 Kvalitativ metode og design

For å besvare problemstillingen ble det valgt et utforskende design, og en kvalitativ metode. Det ble brukt individuelle semistrukturerte forskningsintervju for datainnsamling. Kvalitativ forskningsmetode brukes for å få en forståelse av menneskers erfaringer, opplevelser og tanker om et fenomen, og illustrere ulike perspektiver fra virkeligheten (Malterud, 2017). Masterstudien ønsket å utforske intensivsykepleieres opplevelser og erfaringer, og det kvalitative forskningsintervju var da hensiktsmessig for å besvare problemstillingen. Intervjuene i denne masterstudien omhandlet situasjoner opplevd i fortiden, og undersøker hvordan intensivsykepleiere følte seg ivaretatt og hva som kunne blitt gjort annerledes for å ivareta dem (Kvale et al., 2015).

Fenomenologisk hermeneutikk er den vitenskapsfilosofiske retningen som denne masterstudien er underlagt. Intervjuene har en fenomenologisk tilnærming, som er egnet for studier med utgangspunkt i praksis (Malterud, 2017). Fenomenologien har sitt opphav fra filosofen Edmund Husserl. Det er den levde erfaringen som står sentralt i fenomenologien. Han mente subjektive opplevelser legger grunnlag for ny kunnskap om et fenomen (Thomassen, 2006). Denne masterstudien ønsket å undersøke intensivsykepleiere sine subjektive erfaringer, og har derfor en fenomenologisk tilnærming. Hermeneutikk betyr forklaringskunst, og handler om å tolke informantenes meninger og uttrykk for å oppnå ny forståelse (Malterud, 2017). Masterstudien ønsket å forstå og fortolke intensivsykepleieres opplevelse ved forebygging av omsorgstretthet, og vi vil kunne forstå fenomenet på bakgrunn av våre forutsetninger og forforståelse (Gilje & Grimen, 1995). Masterstudien består av individuelle kvalitative semistrukturerte intervjuer, og undersøker beskrivelser fra informantenes opplevelser av fenomenet omsorgstretthet (Polit et al., 2021). Den hermeneutiske sirkel ble brukt for å tolke og forstå datamaterialet. Det innebærer en grunnforståelse som stadig utvides gjennom veksling mellom forståelse, forforståelse og fortolkning (Gilje & Grimen, 1995).

3.2 Forforståelse

Mennesker er styrt av egne motiver, indre bilder og forestillinger. Poppers teori sier at alle mennesker har en forventningshorisont og forforståelse av temaer (Wifstad, 2018).

Forforståelsen vår vil kunne ha betydning på alle nivåer av forskningsprosessen. Gjennom kvalitative semistrukturerte intervjuer har intervjueren makt, ved å kunne styre spørsmålene som stilles og påvirke informantene. Det er derfor viktig å være seg bevisst forforståelsen, tanker, følelser og oppfatninger under forskningsprosessen (Kvale et al., 2015).

Vår rollebevissthet og forforståelse var avgjørende for kvaliteten på masterstudien. Det var viktig å være bevisst vår forforståelse og tanker, da det kan ha påvirket masterstudien. Derfor bør leseren få innblikk i denne (Malterud, 2017). For at denne masterstudien skulle kunne gi noe mer enn nåværende kunnskap om fenomenet og oppgavens formål, måtte vi ha et åpent og søkende sinn (Polit et al., 2021). Dette gjennom å akseptere uventede argumenter, informasjon og konklusjoner, enn det som var forventet og antatt ved masterstudiens start. Vi har arbeidserfaring fra en intensivavdeling som gir en forforståelse av fenomenet omsorgstretthet som undersøkes. Derfor har en viktig del av masterstudien vært å tilegne seg mer kunnskap om omsorgstretthet. Vår forforståelse og forventningshorisont av fenomenet kan ha påvirket masterstudien, gjennom antakelser om hva intensivsykepleiere opplever av forebygging av omsorgstretthet. Det er av betydning å reflektere og bli bevisst egen forforståelse, og ta denne med inn i masterstudiens analyse. Forforståelsen kan samtidig gi en større forståelse av hva informantene fortalte i intervjuene, og det kan være lettere å relatere til, og sette seg inn i situasjonene og følelsene intensivsykepleierne uttrykket. Den kan ha påvirket masterstudien, da den er preget av hvem vi er, vår historie og forståelsesramme. Vår forforståelse kan ses på som en nødvendighet, et felles kunnskapsrepertoar, som er en forutsetning for å kunne nærme seg andre mennesker med deres forståelser og opplevelser (Kvale et al., 2015).

Refleksivitet til forskningsprosjektet handler om å ha et kritisk blikk gjennom hele prosessen. Når vi gjennomførte denne masterstudien var det viktig at vi hadde en aktiv holdning og var bevisst refleksiviteten, og vedlikeholdt den. Det var viktig å søke etter ny kunnskap, finne faktorer som utforsket og være villige til å ta imot ny kunnskap om fenomenet. Vi måtte være villig til å betvile det som kom frem i forskningen, og reflektere rundt prosessene (Malterud, 2017). Intervjuene var det viktigste redskapet i innhenting av ny informasjon (Kvale et al.,

2015). For å kunne gjennomføre intervjuer, har ett ledd i masterstudien vært å undersøke metodelitteratur innen kvalitativ forskning. Det var viktig å holde en profesjonell distanse til informantene, og samtidig var vi opptatt av å lytte aktivt, vise forståelse og respekt gjennom hele forskningsprosessen (Malterud, 2017).

3.3 Utvalg

Vi ønsket et representativt utvalg, og satte inklusjons- og eksklusjonskriterier vi mente var hensiktsmessige (Malterud, 2017). Videre tok vi kontakt med personvernombud ved sykehusene, som godkjente gjennomføring av intervjuene. Deretter forespurte vi avdelingsledere om å sende ut informasjon om masterstudien til aktuelle informanter. Vi uttrykket ønsket om et tilfeldig utvalg av de aktuelle informantene som meldte sin interesse til avdelingsleder (Polit et al., 2021). Det ble gjennomført av avdelingsleder på den ene avdelingen. Men på den andre avdelingen ble utvalget gjennomført ved at avdelingsleder forespurte aktuelle informanter. Utvalget av informanter inneholdt to menn og seks kvinner.

Inklusjonskriterier

Vi ønsket informanter som var utdannet intensivsykepleiere og som jobbet i minimum 75% stilling i en intensivavdeling, og hadde jobbet i minst fem år. Det var for å sikre at informantene hadde tilstrekkelig erfaring fra intensivavdelingen. Det ble bestemt at kjønn og alder ikke skulle ha noe å si, fordi vi ønsket et representativt utvalg.

Eksklusjonskriterier

Vi valgte å ekskludere sykepleiere, barnepleiere og andre profesjoner som jobber på intensivavdelingen, fordi vi kun ønsket å undersøke fenomenet hos intensivsykepleiere. Vi ønsket heller ikke å ta med intensivsykepleiere som har jobbet mindre enn fem år, og som har hatt lavere stillingsprosent enn 75%. Dette fordi mindre arbeidsbelastning kan ha påvirket deres opplevelse av fenomenet. Av samme grunn valgte vi å ekskludere pensjonerte intensivsykepleiere som jobbet ekstravakter.

3.4 Intervju

Det ble gjennomført åtte individuelle semistrukturerte intervjuer for å belyse fenomenet omsorgstretthet. Denne formen for intervju har som formål å forstå informantenes opplevelser, ut fra deres subjektive perspektiv (Kvale et al., 2015). Informantene bestod av

intensivsykepleiere som jobbet på en generell intensiv avdeling. Alle intervjuene ble gjennomført med utgangspunkt i intervjuguiden som ligger vedlagt (vedlegg III).

Intervjuguiden består av fire overordnede temaer med flere spørsmål under hvert tema. Det er variasjon i spørsmålsformene, og den inneholder åpne- fakta- og meningsspørsmål. Det vil kunne gi en best mulig forklaring, og helhet i intervjuet (Eide & Eide, 2017; Kvale et al., 2015). Intervjuguiden var i semistrukturert stil, og ikke detaljert på et styrende nivå. Dette for å kunne utforske viktige temaer som kom fram under intervjuet. Intervjuguiden ble brukt som en huskeliste for å kunne tilegne oss ny informasjon (Malterud, 2017). I kvalitative studier kan intervjuguiden revideres underveis etter hvert som en tilegner seg ny informasjon om fenomenet, og finner noe nytt å sette søkelys på (Malterud, 2017). Intervjuguiden ble utformet på forhånd for å strukturere intervjuene, og for å kunne være sikker på at alle informantene ble spurt om det samme (Malterud, 2017).

Forskningsintervjuene kan sammenlignes med en samtale mellom to parter om et fenomen av felles interesse. Kunnskap fra intervjuet kommer fram i skjæringspunktet mellom intervjuer og informantens synspunkter, og hvor det gir innsikt i informantenes arbeidshverdag (Kvale et al., 2015). Det vil alltid være et asymmetrisk maktforhold mellom intervjuer og informantene. Forskningsintervju kan ikke betraktes som en fullstendig åpen og fri dialog mellom likestilte parter, siden det er intervjuer som definerer intervjusituasjonen og stiller spørsmålene (Kvale et al., 2015). I forsøk på å redusere det asymmetriske maktforholdet i intervjuene etter beste evne, ble det avgjort å kun være én intervjuer til stede under intervjuene. Vi valgte også å gjennomføre intervjuene på informantenes arbeidsplass (Kvale et al., 2015). De fire første intervjuene ble gjennomført på denne måten, hvor den som ikke var deltakende, transkriberte intervjuene de påfølgende dagene. Dessverre var opplevelsen at det non verbale språket utgjorde for mye av helhetsinntrykket og forståelsen. Derfor ble de fire påfølgende intervjuene gjennomført med oss begge til stede, til tross for en maktfordelingsskjevhet (Eide & Eide, 2017; Kvale et al., 2015). Dette gav en opplevelse av økt innsikt og forståelse av intensivsykepleiernes opplevelser.

Intervjuene startet med en liten briefing med gjennomgang av formål, intervjuets struktur og informantene fikk mulighet til å stille oppklarende spørsmål (Kvale et al., 2015).

Informantene fikk lese gjennom og signerte samtykkeskjema før intervjuene startet.

Intervjuene ble avsluttet med en oppsummering av intervjuets hovedtemaer. De fikk mulighet til å komme med kommentarer, og de ble spurt om deres opplevelse av intervjuet, og om det

var noe annet som var viktig for dem å fortelle (Kvale et al., 2015). Vi understreket at det var frivillig deltakelse og mulighet for å trekke seg frem til oppgavens innleveringsdato. Informantene fikk informasjon om hvordan de skulle ta kontakt med oss dersom det var ønskelig med innsyn i transkripsjon og analyse av intervjuet. Lengden på intervjuene varierte fra 25-50 minutter. Vi opplevde at noen informanter var mer interessert i temaet enn andre. Informantene fortalte om betydningsfulle opplevelser, og vi kunne inntre i informantenes livsverden i den grad det var mulig (Kvale et al., 2015).

Det ble gjennomført to pilotintervju med sykepleiere som jobbet på en intermediær avdeling, for å teste intervjuguiden. Disse to pilotintervjuene ble ikke inkludert i analysen og resultatene, på grunn av at informantene ikke var intensivsykepleiere og de jobbet ikke i en intensivavdeling. Etter pilotintervjuene ble rekkefølgen på spørsmålene i intervjuguiden endret. Erfaringen var at det opplevdes overveldende å starte med krevende pasientsituasjoner for informantene. Derfor ble det endret til å starte med spørsmål om arbeidsmiljø. Noen av spørsmålene ble utdypet for at informantene lettere skulle forstå spørsmålene.

3.5 Etikk

Helseforskningsloven og helsinkideklarasjonen har som formål å fremme etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning (Helseforskningsloven, 2008; World Medical Association, 2013). Vi har fulgt loven for å sikre at ivaretagelse av den enkeltes personvern har blitt ivare tatt på en etisk forsvarlig måte. Dette ved å innhente minst mulig personlig informasjon, og ved å anonymisere intervjuene (Helseforskningsloven, 2008; Helseregisterloven, 2014). Det har vært fokus på etiske overveielser gjennom hele forskningsprosjektet, da dette gjør det enklere å ta valg av etiske hensyn mot vitenskapen. Vi har også vært bevisst på å vise informantene respekt og tilrettelagt for ivaretagelse i etterkant av intervjuene (World Medical Association, 2013). Etisk dyktighet er forbundet med gode evner til kompetanse og kjennskap til fagets praksis (Kvale et al., 2015).

I forhold til etiske overveielser vil summen av potensielle fordeler for informantene og betydning for den oppnådde kunnskap, veie tyngre enn risikoen for skade på informantene (Kvale et al., 2015). Det vil derfor være riktig å gjennomføre vår masterstudie. Vi var klar

over at det var en risiko ved gjennomføring av intervjuene, da det kan være et følsomt tema og vi visste ikke på forhånd om informantene selv hadde opplevdd omsorgstretthet.

Under intervjuene utøvde vi etter beste evne respekt, velgjørenhet og rettferdighet overfor informantene (King et al., 2019). Noen av våre informanter var tidligere kollegaer.

Intervjuene med våre tidligere kollegaer gav en bedre flyt, og vi kunne lettere relatere til deres opplevelser. Vi er samtidig klar over at det kan forekomme bias som kan ha påvirket intervjuene. Det kan være etisk problematisk å intervju kollegaer, og det kan være fare for at ikke alt blir fortalt, i redsel for hva vi vil tenke om det som sies (Haavik & Toven, 2020).

Vi beskyttet informantene ved å innhente minimalt med personopplysninger, og deres navn ble byttet ut med en kode (Kvale et al., 2015). Det var ingen personopplysninger eller andre opplysninger som kunne være gjenkjennbare på lydopptakene, utenom stemmen. Når arbeidet med lydopptakene var ferdig, og vi hadde sikret at filen var lagret i nettskjema, ble diktafonene levert tilbake til biblioteket på UIA. Der ble minnekortet klippet, slik at lydopptakene fra diktafonen ikke kunne komme på avveie. Lydopptakene blir oppbevart forsvarlig i nettskjema, og vil bli slettet i løpet av 2024.

3.5.1 Søknader

Det er søknadspliktig å forske på andre mennesker. Før vi kunne starte masterstudien måtte alle søknader være godkjent. Vi søkte først SIKT som er kunnskapssektorens tjenesteleverandør ved forskningsdata (vedlegg IV). Deretter søkte vi fakultetets etiske komite (FEK) (vedlegg V). Begge søknadene ble godkjent. I tillegg har vi søkt til personvernombudet ved de to sykehusene vi har gjennomført intervjuer på (vedlegg VII og vedlegg VIII).

3.5.2 Informert samtykke

Informert samtykkeskjema ble sendte på epost til aktuelle informanter i forkant av intervjuene. I samtykkeskjema ble det informert om formål og hensikt med studien, hvem som var ansvarlig for forskningsprosjektet, og at det var frivillig deltakelse. Det står hvordan vi ivaretar informantens personvern, og at det gjennom hele prosessen er mulighet for å trekke seg fra studien uten konsekvenser (Kvale et al., 2015). Denne informasjonen ble gitt både skriftlig og muntlig i forkant av intervjuene. Alle informantene signerte

samtykkeskjemaet før selve intervjuet startet (vedlegg VI).

3.5.3 Datahåndtering

Intervjuene ble tatt opp på diktafoner lånt på biblioteket til UIA, og i appen Diktafon hvor det ble lagret på nettskjema. Transkripsjonene ble gjennomført ved hjelp av nettskjema for å få lyd til tekst. Vi gikk gjennom manuelt for en fullstendig transkripsjon. Vi gjennomførte transkribering av hverandres intervjuer for å få innblikk i den andres intervjuer, og for å gjøre data tilgjengelig for analyse (Kvale et al., 2015). Transkriberingen gav et godt grunnlag for analysen. Selve intervjuene og transkripsjonene ble anonymisert med egne koder, for å unngå mulighet for å spore tilbake til informantene. Informantenes navn og kode ble oppbevart adskilt og i et eget låst skap.

3.6 Forskerrollen

I denne masterstudien er vi som gjennomfører masterstudien det viktigste verktøyet. Vår kompetanse og dyktighet er avgjørende for kvaliteten på den nye kunnskapen som presenteres (Kvale et al., 2015). Vi opparbeidet oss kunnskap og kompetanse om omsorgstretthet ved å lese relevant litteratur fra Per Isdal, Susanne Bang, Marie Haavik og Siri Toven, i tillegg til relevant forskning (Bang, 2003; Haavik & Toven, 2020; Isdal, 2017). Videre skaffet vi oss kunnskap om kvalitativ forskningsmetode, masterstudiens vitenskapelige ståsted og det kvalitative forskningsintervjuet. Vi brukte her Kristi Malterud, Svend Brinkmann og Steinar Kvale sin litteratur (Kvale et al., 2015; Malterud, 2017). I tillegg til vitenskapsfilosofisk litteratur som har vært relevant for denne masterstudien (Gilje & Grimen, 1995; Wifstad, 2018).

Enkelte av informantene var tidligere kollegaer. Det kan ha ført til vanskeligheter med å skille vår rolle i intervjuene ved at vi har vært kollegaer. I tillegg kan noen ha følt på et press om å delta som informant i masterstudien (Helseforskningsloven, 2008, §13). Det at vi er fagpersoner og har kjennskap til arbeidet som informantene utøver kan ha gitt oss en maktposisjon, noe vi forsøkte å være bevisst at ikke skulle bli for fremtredende.

Omsorgstretthet kan være et sensitivt og krevende tema å snakke om for noen intensivsykepleiere. Vi vurderte behov for oppfølging av informantene i ettertid av intervjuene, og besluttet at det ville være tilstrekkelig for dem å ta kontakt med ledelsen ved

behov.

3.7 Analyse

For å analysere datamaterialet har vi brukt Graneheim og Lundman sin kvalitative innholdsanalyse. Denne analysemetoden er anerkjent innen kvalitativ sykepleieforskning (Graneheim & Lundman, 2004) Det er en analysemetode hvor en helhet løses opp til mindre deler. Analysen vil hjelpe oss å vise hva vi har funnet og hva det betyr (Malterud, 2017). Når vi gjennomførte analysen, leste vi gjennom og organiserte dataene og stilte spørsmål til selve materialet. Det gjør at dataene blir fremstilt på en systematisk, relevant og forståelig måte (Malterud, 2017). Innholdsanalysen identifiserer et manifest og et latent innhold i transkripsjonene av intervjuene. Det manifeste innholdet tar utgangspunkt i det som er åpenbart, synlig og ordrett fra intervjuene. Det latente innholdet er den underliggende meningen. Vi valgte å se på det manifeste innholdet frem til alt var kodet, og trakk da inn det latente innholdet. Det vil heve meningen av intervjuene til et høyere abstraksjonsnivå, og kommer til uttrykk gjennom tolkning og dannelser av temaer. Vårt utgangspunkt er derfor at meningsenhetene fra intervjuet alltid innebærer flere betydninger, og at det alltid er en viss grad av tolkning ved å ta utgangspunkt i transkripsjonene fra intervjuet. Dette vil igjen påvirker påliteligheten til resultatene vi har fått ved hjelp av den kvalitative innholdsanalysen (Graneheim & Lundman, 2004).

3.7.1 Transkribering og helhetsinntrykk

Transkribering av intervjuene ble fordelt. Etter at alle intervjuene var transkribert, ble teksten gjennomlest samtidig som vi hørte på lydopptaket. Dette ble gjort som en kvalitetskontroll, og for å danne et helhetlig bilde av intervjuene. Underveis markerte vi ut innholdet med mening og nyttig informasjon, og noterte fortløpende. Vi ønsket å holde fokus på det manifeste innholdet.

3.7.2 Meningsbærende enheter

Etter at vi hadde lest gjennom transkripsjonene satt vi inn meningsbærende enheter i et skjema som vi lagde til hvert intervju. En meningsbærende enhet er en sammenstilling av ord, utsagn, setninger eller avsnitt som inneholder aspekter knyttet til hverandre som relaterer til samme sentrale betydning (Graneheim & Lundman, 2004). I tillegg fikk alle meningsbærende enheter en kode som knyttet den til hvilket intervju den kom fra, og hvilket

nummer den meningsbærende enheten var. Dette ble gjort for å holde oversikt over alle meningsbærende enheter.

3.7.3 Kondenserte meningsbærende enheter

Videre ble de meningsbærende enhetene kondensert, som vil si at de ble forkortet uten å miste kjernen i budskapet. Unødvendige ord ble fjernet, samtidig som det som stod igjen var viktige stikkord som bar hovedbudskapet (Graneheim & Lundman, 2004). Vi valgte å ha fokus på det manifeste innholdet, og ikke det latente. Vi gikk gjennom hverandres kondenserte meningsenheter, for å kvalitetssikre at de var representative og transparente. Og vi gikk videre med alle de kondenserte meningsbærende enhetene.

Tabell 1. Eksempel fra meningsbærende enhet til kondensert meningsbærende enhet

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet
Når jeg tenker tilbake så er det noen situasjoner der avdelingen ivaretar og tar tak og ser at dette er vanskelig. Det er så åpenbart vanskelig. Men de situasjonene der det ikke er så åpenbart vanskelig, det er nok de som du i etterkant går og tenker på. Kanskje her egentlig skulle jeg ha sagt ifra om at dette her er behov for å snakke om.	Avdelingsleder tar tak i det som er åpenbart vanskelig. Andre situasjoner kan man tenke i etterkant man har behov for å snakke om det.
Kanskje spesielt i de der case hvor legene mister litt interessen. Det er jo nesten det de gjør. De trekker seg ut av hele greia og du blir stående der alene. For da er du plutselig som et medmenneske også. Så har man sine egne roller. Når du blir følelsesmessig preget av det selv, da syns jeg det er vanskelig.	Legene mister interessen, og du blir stående alene. Du blir et medmenneske. Du blir følelsesmessig preget, det er vanskelig.
Det som sliter meg i hverdagen, det er ikke at jeg ikke får gjort ting, der er jo på det mellommenneskelige og mentale, det som er innenfor etikk og pasienter. Det er ikke så mye å gjøre med alt som jeg ikke rekker å gjøre.	Det som sliter meg i hverdagen, er på det mellommenneskelige og mentale planet. Etikk i forhold til pasientene.
Men så har man også selv et ansvar for å si at man har en dårlig dag, at man trenger litt mer støtte, eller at i dag fikser jeg ikke det. Så det er jo ikke bare avdelingens ansvar, det er også sitt eget ansvar å ta vare på seg selv.	Intensivsykepleieren har et eget ansvar om å si fra om man har en dårlig dag, og behov for mer støtte.

3.7.4 Koder

Deretter ble det utført abstraksjon av de kondenserte meningsbærende enhetene. De kondenserte enhetene ble beskrevet og tolket. Innholdet ble løftet til et høyere logisk nivå ved å lage koder, subkategorier, kategorier og temaer av datamaterialet (Graneheim & Lundman, 2004). Når vi kodet de kondenserte meningsbærende enhetene, prøvde vi å analysere hva det egentlig handlet om. Formålet var at koden skulle bevare innholdet i den kondenserte meningsbærende enheten, men med færre ord. Deretter ble de kondenserte meningsbærende enhetene gitt kode ut ifra handlingsinnholdet. Alle fikk en kode tilpasset den enkelte, samtidig som det var noen kondenserte meningsbærende enheter som fikk samme kode.

Tabell 2. Eksempel fra kondensert meningsbærende enhet til kode

Kondensert meningsbærende enhet	Koder
Noen er i forkant og gjør mye for arbeidsmiljøet. Man har en innstilling om å hjelpe hverandre, stå sammen i vanskelige situasjoner så man ikke føler seg alene.	Gode kollegaer bidrar til godt arbeidsmiljø.
Mye positivt, lite klaging og sutring. Folk er interessert i jobben og gjør en god jobb.	
Avdelingsleder tar tak i det som er åpenbart vanskelig. Andre situasjoner kan man tenke i etterkant man har behov for å snakke om.	Ledelsen tar tak i åpenbart vanskelige situasjoner.
Det kan være du må be om det. En leder kan ikke se 24 timer i døgnet et helt år. Det kan vi ikke forvente.	
Det er ikke manglende tekniske ferdigheter som knekker seg i dette yrket. Det er mentale belastninger over tid, og som du ikke får bearbeida og satt på plass og får en bred kompetanse på.	Når intensivsykepleieren blir inkludert som et medmenneske, blir man følelsesmessig preget.
Det som sliter meg i hverdagen, er på det mellommenneskelige og mentale planet. Etikk i forhold til pasientene.	
Bevist holdning til at jobb er jobb. Intensivsykepleieren skal være medmenneskelig, men ikke gi av seg selv som person, men som sykepleier. Plutselig står man der med hele seg.	
Intensivsykepleieren har et eget ansvar om å sifra om man har en dårlig dag, og behov for mer støtte.	Intensivsykepleieren har selv ansvar for å si ifra.
Intensivsykepleieren har et eget ansvar, og kan ikke forvente at ledelsen skal se alt.	

3.7.5 Underkategorier

Det ble utarbeidet underkategorier for å sortere kodene før vi gikk videre for å lage kategorier og temaer. Det ble gjort ved å analysere kodene av de kondenserte meningsbærende enhetene og plassere de i ulike underkategorier. Vi vurderte underkategoriene sammen flere ganger for å sikre oss at kodene var plassert korrekt. Det var noen koder det var vanskelig å plassere fordi de passet under flere forskjellige underkategorier. Vi endte da opp med å plassere dem under flere. Vi gikk tilbake til meningsbærende enhet flere ganger for å beholde bevissthet til det manifeste innholdet i kodene. Til slutt endte vi med 15 underkategorier.

Tabell 3. Eksempel fra kode til underkategori

Kode	Underkategori
Gode kollegaer bidrar til godt arbeidsmiljø.	Arbeidsmiljø.
Godt arbeidsmiljø beholder intensivsykepleieren i jobben.	
Ledelsen tar tak i åpenbart vanskelige situasjoner.	Ledelse.
Manglende rutiner og rammer for samtale etter krevende pasientsituasjoner.	
Manglende tid til ivaretagelse av intensivsykepleierens opplevelser av situasjoner.	
Intensivsykepleieren må gi uttrykk for egne behov.	Eget ansvar.
Eget ansvar å øke kompetanse.	
Eget ansvar for å ivareta seg selv.	
Utfordrende å utøve sykepleie mot egen overbevisning.	Mentale belastninger.
Manglende forståelse av egne følelser.	
Når intensivsykepleieren blir inkludert som et medmenneske, blir man følelsesmessig preget.	

3.7.6 Kategorier

Underkategoriene ble samlet i kategorier. Det å etablere kategorier, er selve kjerneaktiviteten i kvalitativ innholdsanalyse. En kategori er en gruppe innhold som deler en felles enhet. En kategori svarer ofte på et "hva" spørsmål og kan identifiseres som en tråd gjennom kodene (Graneheim & Lundman, 2004). En kategori beskrives som internt homogene og eksternt heterogene, og kategoriene må være uttømmende og gjensidig ekskluderende. Dette betyr at ingen data relatert til formålet skal utelukkes av mangel på passende kategori. Videre skal

ingen data falle mellom to kategorier eller passe inn i mer enn én kategori. Når man ser på menneskelige erfaringer, er det ikke alltid mulig å lage gjensidige utelukkende kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Det var utfordrende å plassere alle koder og underkategorier i avgrensede kategorier. Flere av underkategoriene passet inn under mer enn en kategori. Vi prøvde å velge den mest hensiktsmessige kategorien ut ifra hvordan vi ønsket å presentere våre resultater, og vi endte med 12 kategorier.

3.7.7 Tema

Det siste trinnet i analyseprosessen var å lage temaer ut ifra kategoriene. Tema er det underliggende budskapet som kommer fram når en kondenserer den meningsbærende enheten, koder og lager kategorier av det latente innholdet. Det ble satt sammen kategorier som kunne passe sammen til et felles tema. Når vi gjorde dette, fikk vi til sammen 3 temaer. (Graneheim & Lundman, 2004).

Tabell 4. Eksempel fra underkategori, kategori og til tema

Underkategori	Kategori	Tema
Ivaretakelse.	Intensivsykepleieren har behov for Ivaretakelse.	Intensivsykepleieren har behov for ivaretakelse og godt arbeidsmiljø.
Individuelle behov.	Intensivsykepleiere er forskjellig, med ulike personligheter og behov.	
Samarbeid. Arbeidsmiljø.	Arbeidsmiljø preges av samarbeid med kollegaer.	
Arbeidsbelastning. Pasientsikkerhet.	Graden av arbeidsbelastning påvirker pasientsikkerheten og selvivaretakelse.	Arbeidsrelaterte faktorer av betydning for intensivsykepleieren.
Mentale belastninger.	Intensivsykepleierne preges av mentale belastninger.	
Kompetanse.	Kompetanse er avgjørende hos intensivsykepleiere.	
Kontinuitet i arbeidet.	Kontinuitet i arbeidet oppleves positivt hos intensivsykepleierne.	
Tverrfaglig samarbeid. Behandling.	Tverrfaglig samarbeid har betydning for intensivsykepleiere og pasientbehandling.	
Ledelse.	Ledelsen har ansvar for ivaretakelse av intensivsykepleieren.	Forebyggende ansvar hos ledelsen, kollega og intensivsykepleieren.
Eget ansvar.	Intensivsykepleiere har ansvar for selvivaretakelse.	
Arbeidslojalitet.	Intensivsykepleiere har høy arbeidslojalitet.	
Hverandre ivaretakelse.	Intensivsykepleiere har behov for ivaretakelse fra kollegaer.	

4.0 Resultater

I det følgende kapittel vil masterstudien presenteres. Hensikten med masterstudien var å få dypere kunnskap om hvordan intensivsykepleiere i Norge opplever at intensivavdelinger forebygger omsorgstretthet. Ved å gjennomføre en kvalitativ innholdsanalyse av datamaterialet ble det identifisert tre temaer: 1) “Intensivsykepleieren har behov for ivaretagelse og godt arbeidsmiljø”, som består av tre kategorier. 2) “Arbeidsrelaterte faktorer av betydning for intensivsykepleieren”, som består av fem kategorier. 3) “Forebyggende ansvar ligger hos ledelsen, kollega og intensivsykepleieren”, som består av fire kategorier. Presentasjon av problemstilling og tema med de tilhørende kategoriene er i tabell 5 nedenfor. Videre vil de tre temaene med tilhørende kategorier bli presentert. Resultatene vil bli presentert med sitater fra informantene, for å understøtte resultatene og samtidig øke troverdigheten til masterstudien.

Tabell 5. Oversikt over problemstilling, tema og tilhørende kategorier fra innholdsanalyse

Problemstilling		
Hvordan opplever intensivsykepleiere at intensivavdelingen forebygger omsorgstretthet?		
Tema 1	Tema 2	Tema 3
Intensivsykepleieren har behov for ivaretagelse og godt arbeidsmiljø.	Arbeidsrelaterte faktorer av betydning for intensivsykepleieren.	Forebyggende ansvar ligger hos ledelsen, kollega og intensivsykepleieren.
Kategori	Kategori	Kategori
Intensivsykepleieren har behov for ivaretagelse. Intensivsykepleiere er forskjellige, med ulike personligheter og behov. Arbeidsmiljø preges av samarbeid med kollegaer.	Graden av arbeidsbelastning påvirker pasientsikkerheten og selvivaretagelse. Intensivsykepleieren preges av mentale belastninger. Kompetanse er avgjørende hos intensivsykepleiere. Kontinuitet i arbeidet. Tverrfaglig samarbeid har betydning for intensivsykepleiere og pasientbehandling.	Ledelsen har ansvar for ivaretagelse av intensivsykepleiere. Intensivsykepleiere har ansvar for selvivaretagelse. Intensivsykepleiere har høy arbeidslojalitet. Intensivsykepleiere har behov for ivaretagelse fra kollegaer.

4.1 Intensivsykepleieren har behov for ivaretagelse og godt arbeidsmiljø

Temaet baserer seg på informantenes egne beskrivelser av hva de hadde behov for i arbeidshverdagen sin og inkluderer tre kategorier: 1) Intensivsykepleieren har behov for ivaretagelse, 2) intensivsykepleiere er forskjellige med ulike personligheter og behov, og 3) arbeidsmiljøet preges av samarbeid med kollegaer.

4.1.1 Intensivsykepleierne har behov for ivaretagelse

Det at intensivsykepleierne hadde behov for ivaretagelse kom frem hos alle informantene. Det mest fremtredende var behov for ivaretagelse etter opplevde krevende situasjoner. Flere av informantene trakk frem ønske om ivaretagelse i form av debrifing og veiledningsgrupper, ivaretagelse fra kollegaer, samtale med leder og mulighet for samtale med psykolog eller prest. Det var hos majoriteten av informantene behov for mer organiserte rutiner og rammer, for debrifing og veiledningsgrupper etter krevende pasientsituasjoner.

Jeg føler ikke det er noe organisert (...) Jeg føler det er behov for å snakke om ting, og det kunne vært satt i faste rammer – Informant 1.

Noen av informantene var imidlertid fornøyde med opplegget de hadde for ivaretagelse etter krevende situasjoner. Samtidig ble det uttrykket ønske om hyppigere arrangement av refleksjonsgrupper for ivaretagelse, og ikke bare etter åpenbart krevende situasjoner.

Jeg føler de er gode på det de driver med, og får frem perspektiver og at man veldig ofte, hvert fall når man går ut så sier folk at det var fint (...) Så er det ikke alltid alle har fått sagt alt de burde si og uttrykket alt de burde eller fått sin side av saken belyst på en god måte. Det føles veldig trygt, og jeg har aldri opplevd å bli hengt ut - Informant 6.

En av informantene fortalte om behov for ivaretagelse over tid, ikke bare kort tid etter den aktuelle krevende situasjonen. Informanten hevdet at ivaretagelse over tid kunne redusere langtidssykemeldinger og gi en bedre mental helse for intensivsykepleierne.

Jeg synes veldig mye ble gjort bra (...) men ettersom tiden har gått så føler jeg kanskje det er blitt litt borte fra ledelsen på en måte. At de som fremdeles sliter, føler ikke helt

at man blir sett (...) Jeg tenker det er et ledelsesansvar og se folk over tid – Informant 6.

En informant uttrykket behov for ivaretagelse i form av faglig veiledning og etisk refleksjon av pasientsituasjoner. Graden av ivaretagelse etter krevende situasjoner var ifølge informanten ikke alltid tilstrekkelig. Informanten var klar på at det vil være ulikt hva den enkelte har behov for av ivaretagelse i arbeidshverdagen og etter krevende pasientsituasjoner.

Det er defusing, debriefing og sånne ting. Så kan man jo snakke om man kunne hatt noe som heter faglig veiledning eller etisk refleksjon av pasientsituasjoner. Det er jo det å ha en plass på en måte. Å kunne snakke ut om tingene. Men det er jo ikke alltid du kan bli ivaretatt da heller – Informant 1.

Flertallet av informantene fortalte om manglende debriefing ved flere av pasientsituasjonene, hvor det hadde vært ønskelig med en slik oppfølging. Videre fortalte noen av informantene at de følte seg ivaretatt ved debriefing og at refleksjon kan styrke samarbeidet.

4.1.2 Intensivsykepleierne er forskjellige, med ulike personligheter og behov

Noen av informantene fortalte om at intensivsykepleierne er forskjellige med ulike personligheter og ulikt behov for ivaretagelse. Informanten uttrykket at det ville være ulikt hva den enkelte intensivsykepleieren hadde behov for av ivaretagelse. Informantene våre hadde også ulikt behov, men majoriteten av informantene ønsket veiledningsgrupper og etisk refleksjon. Få av informantene hadde ikke behov for å reflektere over krevende situasjoner.

Jeg har ikke selv tatt initiativ for å snakke med noen. Det følte jeg på en måte at jeg ikke trenger, fordi når jeg kommer hjem, så har jeg lagt det bak meg. Så (...) dukker det opp situasjoner som du tenker på hjemme - Informant 2.

Jeg er ikke en som trengte å bli tatt hensyn til. Så jeg kan nok ikke si at hensynet alltid ble tatt. For det kan godt hende at de som trengte å bli tatt hensyn til, ikke følte det ble tatt hensyn til dem – Informant 6.

Flere av informantene fortalte om en bevissthet rundt at intensivsykepleierne er forskjellige, og har ulike behov for ivaretagelse. Noen av våre informanter uttrykket at de ikke følte behov

for ivaretagelse, og heller ikke å bli tatt hensyn til etter krevende situasjoner. I tillegg fortalte noen av informantene at intensivsykepleierne har forskjellige måter å uttrykke sine behov på. Det fremkom at det var ulikt hvor godt informantene kjente intensivsykepleierne de jobbet samme med, og mulighet til å se hvilket behov de enkelte intensivsykepleierne hadde var avhengig av dette.

Det vil være individuelt for noen kjenner man bedre enn andre, noen har tydeligere kroppsspråk, noen gjør mer ut av det, noen holder ting inni seg (...) Det er litt hva jeg gjør selv, og hva jeg ber om tenker jeg. Det å si ifra om at dette her var så vanskelig, eller ble så vanskelig. Så dette synes jeg vi skal snakke om. Fordi vi er jo på jobb til alle døgnets tider. Og da tenker jeg at man ikke kan få til alt. Det er nok litt individuelle forskjeller på hva vi kjenner på - Informant 1.

En informant fortalte at yngre intensivsykepleiere var mer opptatt av det faglige, og de eldre mer opptatt av det etiske i pasientsituasjonene. Det mente informanten førte til at de etiske problemene kunne forsvinne litt i pasientbehandlingen hvor de yngste intensivsykepleierne hadde ansvaret.

Det har kanskje beveget seg veldig over til å bli litt mer faglig orientert, og det er veldig viktig. Men det er noen etiske ting som det er veldig lett at de kommer i bakgrunnen. Og det synes jeg også med mange yngre, de er veldig på hugget på det faglige og brenner for mange ting, mens det etiske kan komme litt i bakgrunnen – Informant 7.

4.1.3 Arbeidsmiljøet preges av samarbeid med kollegaer

Alle informantene gav uttrykk for at et godt arbeidsmiljø var svært viktig for å bli værende i jobben. Ifølge flere av informantene handlet det om samarbeid, og støtte fra kollegaer gjennom arbeidshverdagen. De mente det var viktig at kollegaer ønsket å hjelpe hverandre, stå sammen når det var tøft og dele kunnskap og kompetanse med hverandre. Alle informantene var fornøyde med arbeidsmiljøet på deres avdeling, og mente at godt arbeidsmiljø og gode kollegaer førte til økt motivasjon, og at de gledet seg til å gå på jobb.

Det er noen som er der på pletten, og gjerne i forkant. Det tror jeg gjør veldig mye for arbeidsmiljøet. At man har den innstillingen. At man skal hjelpe hverandre og stå

sammen i vanskelige situasjoner. At du ikke føler deg så alene når du er på jobb – Informant 2.

Flere informanter trakk frem at det kan være ulikt hva som ligger i et godt arbeidsmiljø. Faktorer som var gjentakende hos alle informantene var viktigheten av et godt samarbeid og omsorgsfulle kollegaer som brydde seg om hverandre.

4.2 Arbeidsrelaterte faktorer av betydning for intensivsykepleierne

Temaet handler om flere faktorer som påvirket informantene og var av betydning for hvordan de følte seg ivaretatt. Faktorene som var mest fremtredende var arbeidsbelastning, psykiske belastninger, kompetanse, pasientsikkerhet, behandling og tverrfaglig samarbeid. Overnevnte faktorer påvirket informantene i både positiv og negativ grad.

Temaet består av fem kategorier: 1) Graden av arbeidsbelastning påvirker pasientsikkerhet og selvivaretagelse, 2) intensivsykepleieren preges av mentale belastninger, 3) kompetanse er avgjørende hos intensivsykepleiere, 4) kontinuitet i arbeidet og, 5) tverrfaglig samarbeid har betydning for intensivsykepleiere og pasientbehandlingen.

4.2.1 Graden av arbeidsbelastning påvirker pasientsikkerhet og selvivaretagelse

Flere av informantene opplevde at arbeidsbelastningen hadde betydning for graden av pasientsikkerhet og tid til selvivaretagelse. En informant fortalte at høy arbeidsbelastning førte til uforsvarlig pasientbehandling, som igjen påvirket intensivsykepleieren.

Hvis det går på for mye arbeidsbelastning som på en måte går på livet løst til pasienter, det er belastende - Informant 1.

Noen av informantene fortalte at det var individuelle forskjeller for hvor mye belastning én intensivsykepleier tålte, og at noen intensivsykepleiere kunne stå med stor arbeidsbelastning over lengre tid enn andre. En informant fortalte at noen intensivsykepleiere kunne synes at det var utfordrende å stå med høy arbeidsbelastning, og tålte det dårlig.

Så blir det jo også litt sånn at noen ganger, og det er sikkert vanskelig å unngå, men noen ser at noen jobber mye, og da er det veldig lett å gi ting til dem. Og så er det

andre som ikke jobber like bra, de klarer så vidt og komme seg gjennom sine oppgaver, og trenger hjelp av et par tre, fire andre – Informant 7.

En annen informant fortalte om manglende tid til å ivareta seg selv og andre etter krevende situasjoner grunnet høy arbeidsbelastning. Den informanten trakk frem et ønske om en kort debrifing beskrevet som “hot debrifing” for å sette ord på opplevelser, og påpekte at det ville gjøre intensivsykepleierne mer reflektert, og rustet i en krevende arbeidshverdag.

Det er ikke så mye tid til å ta vare på hvordan opplevde du det, eller sånne ting. Jeg tror vi kunne vært litt bedre på det og lært litt av forsvaret med “hot debrifing”. Fordi da tror jeg vi kunne holdt ut mye lengre – Informant 3.

Flere av informantene opplevde at varierende arbeidsbelastning både inspirerte og motiverte, men også at det kunne være slitsomt. De beskrev mangel på overskudd etter høy arbeidsbelastning over tid, og følelse av et større behov for pauser etter travle perioder. Flere av informantene satt ofte pasientsikkerheten før egen ivaretagelse, spesielt i travle perioder. Det var ikke problematisk å stå i høy arbeidsbelastning så lenge det ikke gikk ut over pasientene. En informant fortalte at det den ikke rakk å gjøre på sin vakt, gikk videre til neste vakt. Videre at det som ble problematisk var manglende tid til ivaretagelse av pasienten, pårørende, kollegaer, og spesielt når det gikk utover pasientsikkerheten og intensivsykepleierne.

Det som sliter meg i hverdagen, det er ikke at jeg ikke får gjort ting, det er jo på det mellommenneskelige og mentale planet, det som er innenfor etikk og pasienter. Det er ikke så mye å gjøre med alt som jeg ikke rekker å gjøre - Informant 1.

4.2.2 Intensivsykepleierne preges av mentale belastninger

Det var gjennomgående at mentale belastningene påvirket informantene både fysisk og emosjonelt. Flere av informantene kjente på en følelse av ansvar overfor pasientene og pårørende i krevende situasjoner. De fortalte at det til tider kunne være mentalt belastende å stå i situasjoner med kritisk syke eller døende pasienter, og deres pårørende i krise.

Det er jo på en måte jobben vi har, at vi står i pasientsituasjoner som er tøffe. Jeg synset jo at det som kanskje er tøffest sånn følelsesmessig, det er å se andre

menneskers sorg. Så når du står i en situasjon hvor det er en pasient som dør, og det påvirker pårørende at de er i en krise, så er det tøft. Jeg kjenner jo selv på det – Informant 2.

En av informantene fortalte om å måtte kjempe mot tårene underveis i arbeidsdagen, og i etterkant. Flere informanter uttrykket at krevende pasientsituasjoner kunne prege dem når de viste emosjonell støtte til pasienter og pårørende. En av informantene fortalte om å måtte slutte å jobbe 12-timersvakter på grunn av den mentale belastningen.

På den måten at jeg kan være sliten når jeg går fra jobb, og har opplevd å kjempe mot tårene på vei ut av avdelingen, en sjelden gang. Men også det at man går ut med en følelse av utmattelse (...) Det er en av de grunnene som gjorde at jeg ikke orket den type ordning lenger, fordi at jeg hadde opplevelser med svært krevende pasienter eller pasientsituasjoner som gjorde at det over tid ble for tøft å stå i – Informant 2.

Alle informantene gav uttrykk for behov for ivaretagelse. Det kom frem flere eksempler hos informantene hvor mentale belastninger kunne vært unngått, dersom det hadde vært mulighet for debriefing, refleksjon, diskusjon eller veiledning. Krevende opplevelser uten mulighet for diskusjon og refleksjon hevdet en av informantene kunne resultere i frafall fra yrket, og mente derfor at forebygging av mentale belastninger var viktig hos intensivsykepleierne.

Det er ikke manglende tekniske ferdigheter som knekker deg i dette yrket. Det er mentale belastninger over tid, som du ikke får bearbeida og satt på plass, og får en bredere kompetanse på. Ikke får ut, blir værende inni deg som vokser til en sånn stor greie til slutt som gjør at du bare tenker her vil jeg bare ikke være. Og det tror jeg går på det at når det blir så stort, det blir så mange situasjoner som man ikke har fått snakket om, ikke tatt tak i, ikke fått plassert, ikke reflektert over, og så blir det mange sånne greier, så blir det den store greia, og det blir som denne gryta du legger lokk på som bare liksom eksploderer til slutt. I stede for så kanskje du knekker, og får deg en skikkelig mental brist, og tenker at her vil jeg bare ikke være, og så trekker du deg unna de vanskelige situasjonene, fordi det er noe her, som man ikke har klart å definere, som man ikke har klart å reflektere over, og sette på plass, og få ut - Informant 1.

En av informantene fortalte at utøvelse av behandling mot egen overbevisning førte til etiske og moralske dilemmaer for informanten. I tillegg mente informanten at slike situasjoner kunne gi mentale belastninger som ikke var mulig for intensivsykepleiere å stå i over tid.

Det er jo et kjempeansvar vi snakker om et liv. Men det å stå der som intensivsykepleier, i den situasjonen, og du kjenner liksom inni deg at, dette er ikke helt verdig, nå går vi liksom nesten over på døden. Dette blir feil. Og hvis man der ikke får gehør, og må holde på mot sin egen overbevisning, det kan være ganske tøft. Det er jo det som sliter i lengden – Informant 1.

4.2.3 Kompetanse er avgjørende hos intensivsykepleierne

Alle informantene fremhevet kompetanse som viktig for å oppleve trygghet og motivasjon i arbeidet. Noen av informantene trakk frem viktigheten av å ha tilstrekkelig mulighet for å øke kompetansen, og hevdet at det ville føre til at intensivsykepleiere mestret arbeidet, fikk økt selvtillit, og tilfredshet i arbeidet, som igjen ville føre til at de ble værende i yrket.

Det å føle seg utrygg i jobben, det gjorde for meg at jeg hata jobben. Men så er jeg så arbeidslojal at jeg tvang meg selv på jobben. Og det gikk over ganske lang tid. Hva den utryggheten var prøvde jeg å finne ut av. Så fant jeg ut at angrep er jo det beste forsvar. Jeg prøvde å ta tak i hvilke områder eller hva jeg manglet kompetanse på, som gjorde at jeg synstest det var så vanskelig at jeg følte meg utrygg på jobb – Informant 1.

Det kom frem hos noen av informantene at det å holde seg oppdatert og få mulighet til å øke kompetansen ikke alltid var prioritert og tilrettelagt for. Informantene fortalte om ulike måter for å øke kompetansen på. Noen av informantene hadde godt utbytte av kurs, konferanser, fagkvelder og fagdager, og andre hadde behov for planlagt avsatt tid i turnus for å øke kunnskap og kompetanse. Flere av informantene formidlet at intensivsykepleierne selv var ansvarlig for egen kompetanseøkning. Samtidig savnet noen av informantene mulighet til å delta på kurs og ulike undervisninger som var aktuelle.

Jeg skulle ønske det var litt mer avsatt tid i turnus til å oppdatere seg (...) Jeg får jo reise på kurs og konferanser inni mellom, og jeg blir sparket ut i de undervisningene som foregår i lunsjen. Hva jeg får ut av det, det er jo for mitt hode minimalt (...) Det

er jo opp til en selv å ha en liten plan på hvordan jeg vil oppdatere meg. Det kan være praktiske ting og det kan være teoretiske ting. Det kan være du vet at innenfor her har kunne jeg tenke meg å plukke på utstyr og sånne ting. Og det er det lov til. Ja, jeg tenker at det er mer tanker om at folk skal oppdatere seg enn at folk skal sitte og skravle i hvert fall – Informant 1.

Ved å øke kompetansen opplevde flere av informantene at jobben ble mer spennende. En av informantene fortalte at det var en utømmelig kompetansegrøte å forsyne seg av innen intensivsykepleie og intensivmedisin. Informanten hevdet at intensivsykepleierne aldri kunne bli ferdig utlært.

4.2.4 Kontinuitet i arbeidet

Flertallet av informantene fortalte at det var positivt med kontinuitet i arbeidet. Det å ha samme pasient over tid gav trygghet, og et godt samspill mellom pasienten og intensivsykepleieren. Det kom frem at det var spennende å være del av et primærsykepleieteam, hvor pasientene ble fulgt over tid, og hvor en får mulighet til å se effekten av behandlingen. Samtidig som at flere av informantene synes det var positivt med kontinuitet, var det også noen som hadde negative erfaringer med å følge pasienter over tid. En av informantene fortalte at det gjorde den utmattet, mens en annen ønsket mer variasjon.

At man kan oppleve det som positivt fordi du får en kontinuitet, du kjenner pasienten slipper å bruke lang tid på å sette seg inn i en ny case – Informant 2.

(...) man kan jo gå i den fella som jeg gjorde en gang, at du blir veldig sliten av det. Men jeg synes på mange måter at det er nesten vel så lett å følge opp samme pasient. Du blir jo kjent, og du kan tingene og sånt. Du vet hva du kommer til – Informant 8.

4.2.5 Tverrfaglig samarbeid har betydning for intensivsykepleierne og pasientene

Det kom frem at det tverrfaglige samarbeidet var viktig for de fleste informantene. Videre vektla noen av informantene at tverrfaglig samarbeid mellom legene og intensivsykepleiere kunne være utfordrende i ulike tilfeller, og påvirket intensivsykepleierne negativt. En informant fortalte at et dårlig tverrfaglig samarbeid kunne føre til etiske utfordringer når intensivsykepleier og leger ikke var enige om behandlingsnivået.

Og så blir man i denne skvisen, der du tenker at dette her er jo fullstendig uverdig, at et menneske som du ser heller gå mot døden enn livet skal ligge og ha vondt, at man ikke får lov til å gi smertestillende, man kjemper for livet til den pasienten, om han kan få lov til å gi smertestillende – Informant 1.

Jeg prøver å si, og gjentar meg selv i det uendelige, at det er en like stor etisk utfordring å sette i gang en behandling, som å avslutte en behandling. Det er noe man må tenke på. Jeg har nekta å gi maskebehandling til en kjempedårlig pasient en gang på nattevakt. Jeg sa til legen, hvis du mener det her, så får du værsgod stå her og gjøre det selv. Jeg piner ikke det mennesket, det kan du bare glemme – Informant 5.

4.3 Forebyggende ansvar ligger hos ledelsen, kollega og intensivsykepleieren

Temaet viser hvem informantene mener er ansvarlige for forebygging av omsorgstretthet blant intensivsykepleierne. Noen av informantene fortalte at ansvaret var fordelt mellom ledelse, kollega og intensivsykepleieren. En informant vektla også at høy arbeidslojalitet førte til at intensivsykepleiere tok en større del av det forebyggende ansvaret.

Temaet består av fire kategorier: 1) Ledelsen har ansvar for ivaretagelse av intensivsykepleiere, 2) intensivsykepleiere har behov for ivaretagelse fra kollegaer, 3) intensivsykepleiere har ansvar for selvivaretagelse, og 4) intensivsykepleiere har høy arbeidslojalitet.

4.3.1 Ledelsen har ansvar for ivaretagelse av intensivsykepleiere

Alle informantene fortalte om behov for ivaretagelse fra ledelsen i form av tilrettelegging av ulike tiltak, som for eksempel debriefing, veiledningsgrupper og mulighet for samtaler med leder, psykolog eller prest. Det kom frem at samtlige informanter kunne hatt behov for disse tiltakene oftere, og i mer organiserte rammer. Flere av informantene ønsket faste rutiner for ivaretagelse etter krevende pasientsituasjoner. Noen av informantene opplevde at hvorvidt dette ble gjennomført var avhengig av om ledelsen var på jobb, og graden av arbeidsbelastningen den aktuelle dagen.

Jeg opplevde at jeg fikk nok omsorg. Men jeg har mye livserfaring og tåler en støyt. I forhold til arbeidsmiljøet å bli ivaretatt for å stå i disse tøffeste situasjonene bør vi bli

enda bedre på å ha debriefing. Vi prøver å ha rutiner for det, men jeg ser det glipper, særlig når det er travelt. Så det er klart, vi burde ha det systematisk – Informant 5.

Poenget er at jeg føler ikke at det er noe organisert. Jeg føler at det er jo akkurat det behovet for å snakke om ting som sikkert kunne vært satt i faste rammer. Det er naturlig at det oppstår et sånt behov. Og det er ikke det at vi ikke får utløp for det, men det hadde vært greit, og en fordel å ha litt fastere former for møter. For det er jo avhengig av hvem du er på jobb med, og hvem som er koordinator – Informant 4.

Flere av informantene fortalte at de ikke forventet at ledelsen skulle se alt, men ta tak i åpenbart vanskelige situasjoner. Noen informanter følte ledelsen tilrettela for samtaler, debriefing og videreformidling av kontakt med psykolog og prest ved behov. Andre informanter opplevde å ikke bli ivaretatt fra ledelsen, og fortalte at det var et nederlag å gå til leder for å fortelle at de trengte mer støtte.

Hvis jeg på en måte senser litt at dette her kanskje burde vært snakket om. Da går jeg til lederen min og sier at du skal ha et ekstra øye på akkurat den situasjonen. Men da opplever jeg mange ganger at det allerede er på plass. Jeg føler at her er øyet ganske åpent (...) For mitt vedkommende opplever jeg at min avdelingsleder har en veldig tanke og evne til å få gjennomført debriefing. Jeg har vært på debriefing på andre avdelinger, hvor jeg har vært kontaktet av min leder for å høre om jeg vil være med. Der opplever jeg at det er helt fremme i pannebrasken til min leder – Informant 1.

En av informantene hadde ikke fått tilbud om noen form for ivaretagende tiltak, selv om den hadde opplevd å stå i flere krevende pasientsituasjoner.

Jeg kan ikke huske å ha vært i noen pasientsituasjoner hvor det har blitt gjort sånn defusing eller debriefing etterpå - Informant 4.

4.3.2 Intensivsykepleierne har behov for ivaretagelse fra kollegaer

Den viktigste formen for ivaretagelse mente alle informantene kom fra kollegaer i form av kollegial støtte. Flere av informantene mente det var viktig å ha noen å snakke med som hadde forståelse for det de hadde opplevd i krevende situasjoner, og at de selv kunne relatere.

Jeg føler vi er opptatt av å se hverandre, se hvem som er slitne og hvem som har det tøft. Passe på at alle får pause. Og det å støtte hverandre – Informant 6

I forhold til eventuelt å være i vanskelige situasjoner, kanskje mest på det mentale planet, situasjonen man står oppi, så er det jo sånn at man skal få mulighet til å blåse ut hvis det har vært noe der og da, med de man er sammen med – Informant 1

Noen av informantene fortalte at de viste støtte til sine kollegaer, ved å ta litt ekstra ansvar når de var koordinator på avdelingen. En informant fortalte at dersom noen sto i krevende situasjoner når den var koordinator, fikk de mulighet for en pause til å snakke om situasjonen i etterkant. Noen av informantene poengterte at det også var mulig å kontakte ledelsen på andres vegne, dersom den så et behov for ekstra ivaretagelse.

Jeg går som koordinator og når vi har sånne vanskelige ting i avdelingen. Så går jeg og spør om de har behov for at vi skal blåse ut de som er i den settingen. Og da er det jo opp til dem. Jeg kan prøve å samle og koordinere noen ting. Men det skal jo helst skje rett etterpå - Informant 1

Majoriteten av informantene fortalte om flere situasjoner hvor ivaretagelsen kom fra kollegaer. En informant fortalte om en lang og god samtale med legen som hadde stått i samme situasjon.

Det skjedde parallelt med alt annet kaos vi hadde. Det var ikke mulighet for noe debriefing i forhold til den hendelsen. Han anestesilegen som var på vakt, han og jeg hadde en lang og god prat etterpå - Informant 5

Det var gjennomgående at informantene hadde behov for å bli sett av sine kollegaer på jobb. Videre at de ønsket god kommunikasjon og godt samarbeid mellom kollegaer, for å kunne snakke, støtte og avlaste hverandre i tunge perioder.

4.3.3 Intensivsykepleierne har ansvar for selvivaretagelse

Flere av informantene fortalte om et eget ansvar for selvivaretagelse. De mente intensivsykepleieren selv var ansvarlig, og måtte ta tak i situasjoner og gi uttrykk for sitt behov til ledelsen. De fortalte at dersom det hadde oppstått hendelser uten mulighet for refleksjon og tilstrekkelig bearbeidelse, måtte ledelsen informeres. De hevdet at ledelsen ikke kunne se alt, og de var derfor avhengig av at intensivsykepleieren selv gav beskjed til ledelsen.

Sånn i det daglige så er vi så mange at man ikke forventer at ledelsen skal se det (...) Og der forventer jeg heller på ingen måte at det skal ligge noen sånne voldsomme greier fra avdelingens side. Der forventer jeg at vi som medmennesker og kollegaer bistår hverandre (...) Men så har man også selv et ansvar for å si at man har en dårlig dag, at man trenger litt mer støtte, eller at i dag fikser jeg det ikke. Så det er jo ikke bare avdelingens ansvar, det er også et eget ansvar å ta seg av seg selv. (...) Og så er det kanskje ting som dukker opp senere som du ikke har tenkt på akkurat der og da. Jeg tror at hvis man kjenner på at denne pasientsituasjonen går jeg og bærer på. Og denne situasjonen her er faktisk vanskelig (...) Der tenker jeg at man har et eget ansvar for å si fra. Er det mulig å få en samtale på denne pasienten - Informant 1.

En av informantene fortalte at når den sto i krevende situasjoner kunne det være utfordrende å definere hva som påvirket emosjonelt, og at vanskelige følelser kunne komme i etterkant av hendelsen. En annen informant fortalte at den som regel gikk til andre enn lederen for å reflektere over hendelser som hadde vært krevende, og videre fortalte informanten om et behov for å skjerme seg selv i krevende situasjoner.

Da ble jeg fryktelig redd. Og det gjorde noe med meg. Akkurat da skulle jeg kanskje gått til ledelsen og spurt om noe mer, men det gjorde jeg ikke for jeg klarte ikke å definere det for meg selv (...) Ta tak i det du kjenner på når du går hjem, prøv å se litt på det, snakk med noen om det. For det er ikke alt som jeg tenker man har lyst å snakke med lederen om. Man må finne noen samarbeidspartner, og det er vi nesten nødt til for vi har jo ikke noen veiledningsgrupper – Informant 1

Jeg hadde lyst til å dra min del av belastningen (...) Men da husker jeg at jeg følte at det ble jeg litt sånn at jeg tenkte at jeg skulle passe litt bedre på meg selv og sette grenser – Informant 4

4.3.4 Intensivsykepleierne har høy arbeidslojalitet

Det var fremtredende hos samtlige informanter at intensivsykepleierne hadde høy arbeidslojalitet, og tok på seg mye ansvar. En informant var opptatt av at intensivsykepleierne selv var ansvarlig for å inneha tilstrekkelig kompetanse, og skaffe det som trengs for å stå i jobben. Flere av informantene fortalte om en spesielt høy arbeidslojalitet under korona pandemien. Videre fortalte noen av informantene om stor usikkerhet og manglende kompetanse i møte med pandemien, men holdningen var at intensivsykepleierne skulle klare dette sammen.

Det var jo litt holdningen. Nå bretter vi opp armene, nå gjør vi en innsats. Så var det jo ingen som forsto hvor lang den perioden skulle bli – Informant 2.

Ifølge en av våre informanter skjulte mye av bemanningsproblemene seg på grunn av at intensivsykepleierne hadde høy arbeidslojalitet. Denne informanten trakk frem at de ofte strakk seg langt for å dekke ledige vakter, grunnet dårlig samvittighet overfor kollegaene på jobb. Informanten mente at sykehusledelsen driftet med for høy risiko, og at intensivsykepleiere tok ekstravakter, jobbet doble vakter og gikk overtid for å få driften på avdelingen til å gå rundt, noe som preget pasientsikkerheten, og økte intensivsykepleierens mentale belastninger. Videre trakk en annen informant sammenligninger til brannvesenet, hvor de alltid har beredskap for å håndtere situasjoner, og informanten mener beredskapstanken i helsevesenet er borte.

Det er vanskelig for det er økonomisk, politisk regulert. Det skorter på ressursene hver gang. Det kuttes ned til beinet, selv om vi er freda så merker vi det. Det kjøres med en høyere risiko, med færre på natt. Man tar sjansen på at det går bra. Det kan bli et irritasjonsmoment for man vil ha ryggen fri når det kommer til sikkerhet. Det blir irriterende, man føler man er i en gruppe som ikke tas seriøst. Hvis det skjer alvorlige ting, er det ikke så farlig for det skjedde bare den ene natten, de andre gikk bra. Det er ikke nærmeste leder, det er høyere oppe i systemet. De har en vilje til å

kjøre med høy risiko – Informant 7.

Det er ingen som tenker på at brannmennene sitter på brannstasjonen hele kvelden, og så var det ikke noe brann. Men hvis vi sitter, og det er stille en hel kveld, da er det liksom ramaskrik med en gang. Man tror det er for mye folk på jobb, og man omprioriterer ressurser – Informant 8.

Flere av informantene mente at ansvaret for bemanning og beredskapstankegang ikke ligger på nærmeste leder, men høyere oppe i systemet. Noen av informantene mente at beredskapstanken var blitt borte, og at intensivsykepleiere i helsevesenet skulle jobbe hele tiden. Disse informantene fortalte at ved gjentatte vakter med lav arbeidsbelastning, kunne det bli omprioriteringer av ressurser, noe som informantene mente førte til redusert mulighet for ivaretagelse av intensivsykepleierne.

5.0 Diskusjon

I det følgende kapittelet vil oppgavens resultater diskuteres med utgangspunkt i tidligere teori og forskning. Hensikten med masterstudien var å få dypere kunnskap om hvordan intensivsykepleiere i Norge opplever at intensivavdelinger forebygger omsorgstretthet. Resultatene i denne masterstudien viser at intensivsykepleiere har behov for ivaretagelse, og et godt arbeidsmiljø for forebygging av omsorgstretthet. Det var flere arbeidsrelaterte faktorer som var av betydning for hvordan ivaretagelsen, og arbeidsmiljøet på avdelingen artet seg. Ifølge informantene, bør ansvaret for forebygging av omsorgstretthet fordeles mellom ledelsen, kollega og intensivsykepleieren.

5.1 Intensivsykepleierne har behov for ivaretagelse og godt arbeidsmiljø

Behovet for ivaretagelse hos våre informanter var størst i etterkant av krevende pasientsituasjoner. Det ble formidlet et ønske om ivaretagelse i form av støtte, debrifing, refleksjon og veiledningsgrupper, sammen med kollegaer, leder, psykolog eller prest. Det er naturlig at det oppstår reaksjoner hos intensivsykepleierne, spesielt etter krevende pasientsituasjoner. Debrifing, veiledning og refleksjon er måter å håndtere, reagere, sortere og bearbeide reaksjonene på (Isdal, 2017). En av våre informanter påpekte viktigheten av å finne kollegaer å snakke med etter krevende pasientsituasjoner, grunnet manglende mulighet for refleksjonsgrupper. Ifølge flere av informantene var det ingen rutinemessig gjennomføring av debrifing der de jobbet, og de ønsket organiserte tiltak som var satt i system. Flere studier viser at regelmessig og planlagt debrifing vil kunne øke motstandsdyktigheten, og redusere forekomsten av omsorgstretthet (Arbios et al., 2022; Jeong & Shin, 2023; Schmidt & Haglund, 2017). En informant trakk frem at helsevesenet kan lære av hvordan forsvaret gjennomfører debrifing som blir beskrevet som “hot debrifing”. Ifølge tidligere studier vil en slik type debrifing kunne føre til at intensivsykepleiere klarer stå lengre i jobben (Nerovich et al., 2023). Årsaken til at debrifing ikke blir gjennomført regelmessig i intensivavdelingen kan skyldes høyt arbeids- og tidspress. I tillegg foreligger det lite forskning som tilsier at debrifing er en egnet metode for å ivareta intensivsykepleiere tilstrekkelig etter krevende pasientsituasjoner. Til tross for lite kunnskapsgrunnlag om debrifing, fant vi tidligere studier som anbefaler debrifing i form av kumulativ stress debrifing (CSD) og Rapid Review of Resuscitation (R3) (Arbios et al., 2022; Nerovich et al., 2023). Intensivsykepleiere som deltok på CSD fikk økt arbeidstilfredshet, mindre symptomer på omsorgstretthet og redusert sannsynlighet for å slutte i sin stilling (Arbios et al., 2022). Resultatene av R3 metoden viste

ingen markant forebygging av omsorgstretthet, men informantene i R3 studien fortalte at den var “hjelpsom” (Nerovich et al., 2023). Overnevnte studier kan indikere at opprettelse av en debrifing rutine kan være nyttig, for å øke arbeidstilfredshet og redusere symptomer på omsorgstretthet.

Informantene trakk frem refleksjonsgrupper som et nyttig verktøy for ivaretagelse. Noen av informantene fortalte at det ikke ble gjennomført refleksjonsgrupper, og de gav uttrykk for et ønske om å legge til rette for å gjennomføre dette. De informantene som hadde refleksjonsgrupper ønsket at gjennomføringen skulle være hyppigere. De hadde behov for å sette ord på egne opplevelse i mer organiserte rammer og mulighet for å reflektere rundt ulike situasjoner sammen. Ifølge Vråle (2015) kan både refleksjonsgrupper og debrifing være hensiktsmessige tiltak for å sette organiserte rammer for ivaretagelse av intensivsykepleieres opplevelser. Veiledning kan være et nyttig tiltak for dem som arbeider tett på pasienter (Vråle, 2015). Veiledning ser på hvordan intensivsykepleieren reagerer, og hvilke følelser som oppstår i møte med krevende situasjoner. Effekten av veiledning vil kunne være forebyggende mot omsorgstretthet (Bang, 2003). Samtidig bidrar veiledning til å gi intensivsykepleiere økt oppmerksomhet på etiske refleksjoner i arbeidet (Vråle et al., 2017). Tiltak for ivaretagelse som er godt planlagt og gjennomført, styrker den enkeltes mestingsfølelse og trygghet i arbeidshverdagen (Haavik & Toven, 2020). Flere studier indikerer at intensivsykepleiere bør få mulighet for debrifing, refleksjonsgrupper og eller veiledning, for å bli ivaretatt (Arbios et al., 2022; Kessler et al., 2015; Malt, 2019; Nerovich et al., 2023; Schmidt & Haglund, 2017). Det kan gjennomføres individuelt eller i grupper basert på deres behov, og situasjonen det gjelder (Arbios et al., 2022; Bang, 2003; Haavik & Toven, 2020; Nerovich et al., 2023).

Flere av informantene gav uttrykk for manglende ivaretagelse over tid. De hevdet at dersom intensivsykepleierne ble ivaretatt over tid, ville det redusere langtidssykemeldinger og frafall fra yrket. Informantene mente ivaretagelse over tid var viktig, sammen med tiltak gjennomført umiddelbart etter krevende hendelser. Situasjoner som intensivsykepleiere opplever, kan sette dype spor (Bratås, 2009). Ifølge Bakke et al. (2021) er sykefraværet hos de som jobber i helse- og sosialtjenester i Norge 38 prosent høyere enn sykefraværet hos resten av populasjonen (Bakke et al., 2021, s. 178). Intensivsykepleiere er en av faggruppene innenfor de 38 prosentene med høyest arbeidsrelatert sykefravær, psykiske plager som angst, søvnproblemer og posttraumatisk stresslidelse (Bakke et al., 2021; Ukom, 2023). Disse

plagene kan være relatert til høye krav på jobb, langvarig eksponering av emosjonelle situasjoner, lav kontroll, vold, trusler om vold, og manglende støtte fra ledere og kolleger. Det å få sosial støtte kan være en viktig faktor for arbeidsmiljøet, selv om det er få studier som peker på redusert sykefravær som den viktigste faktoren (Bakke et al., 2021; Ukom, 2023). Det indikerer viktigheten av å innføre tiltak for å redusere sykefraværet.

Informantene trakk frem kollegaer som den viktigste delen av arbeidsmiljøet. Gode kollegaer var grunnen til at informantene våre klarte stå i en krevende og travel arbeidshverdag over tid. De trakk frem kollegaer som støttende og hjelpsomme, og var en av årsakene for at de gledet seg til å gå på jobb. Det handler om å “spille hverandre gode” (Haavik & Toven, 2020), om å ha et lagspill i arbeidshverdagen, gjennom ivaretagelse av hverandre som kollegaer (Haavik & Toven, 2020). Det å skape gode relasjoner, og få støtte fra kollegaer og ledere, kan bidra til å redusere forekomsten av risikofaktorer for utvikling av omsorgstretthet (Graystone, 2019; Ukom, 2023). Arbeidsmiljøet til intensivsykepleiere kan påvirke i hvilken grad omsorgstretthet forekommer. Ifølge Graystone (2019) er det viktig at lederen skaper et støttende miljø, og at det er en tilstedeværende leder som ser intensivsykepleierne og lar dem få påvirke arbeidsmiljøet. Informantene gav uttrykk for et ønske om en tilstedeværende ledelse hvor det var lav terskel for kontakt ved behov. Ifølge Ukom (2023) vil det være viktig med god ledelse for å skape et godt arbeidsmiljø. Kollegastøtteordning er et tiltak som kan forbedre arbeidsmiljøet ved ivaretagelse av intensivsykepleierne. Det er et tiltak hvor to eller flere medarbeidere med lik rolle får et ekstra ansvar for å være tilgjengelig for hjelp og veiledning, for dem som skulle ha det vanskelig på jobb (Gratland & Nergård, 2017; Ukom, 2023). Ivaretagelse gjennom arbeidsmiljø er regulert av arbeidsmiljøloven (Arbeidsmiljøloven, 2005). Den stiller høye krav til hvordan arbeidsmiljøet skal være, og konkrete tiltak i forhold til det psykososiale og helse-, miljø og sikkerhet i arbeidet (Arbeidsmiljøloven, 2005). Det kan være faktorer som bidrar til et godt arbeidsmiljø for intensivsykepleiere, og på sikt kunne redusere forekomsten av omsorgstretthet.

Intensivsykepleiere er forskjellige med ulike personligheter og behov, og det vil trolig være ulikt hva den enkelte føler er tilstrekkelig ivaretagelse (Haavik & Toven, 2020; Isdal, 2017). Informantene våre gav uttrykk for at intensivsykepleierne er unike, men at det bør finnes overordnede tiltak som kan ivareta flertallet. Omsorgsteorien til Martinsen (2003) sier at intensivsykepleiere har behov for støtte og omsorg. Samtidig trekker den frem viktigheten av at intensivsykepleieren tar imot støtte av andre, for å unngå en opphopning av egne følelser,

som kan føre til overbelastning og utvikling av omsorgstretthet (Kirkevold, 1998; Martinsen, 2003).

I forarbeidet på denne masterstudien ble det utformet en antakelse om at nyutdannede intensivsykepleiere ikke hadde nok arbeidserfaring til kunne ha opplevd omsorgstretthet. Vi ekskluderte derfor intensivsykepleiere som hadde mindre enn fem års arbeidserfaring. Forskning viser imidlertid at intensivsykepleiere med mindre enn fem års arbeidserfaring, er mer utsatt for å utvikle omsorgstretthet (Wijdenes et al., 2019). I tillegg er lav kompetanse, emosjonell ustabilitet og høy grad av pasientkontakt risikofaktorer (Chen et al., 2018; Wijdenes et al., 2019). Forskning viser at det å være yngre enn 40 år, singel, og kvinne gir økt sjanse for å utvikle omsorgstretthet (Carmassi et al., 2022; Chen et al., 2018; Wijdenes et al., 2019). Overnevnte studier indikerer at det kan være hensiktsmessig å sette inn tiltak, og være oppmerksom på utvikling av tidlige tegn på omsorgstretthet hos denne gruppen intensivsykepleiere. Tidlig forebygging er viktig, og ledelsen bør iverksette tiltak i løpet av det første ansettelsesåret (Bang, 2003; Wijdenes et al., 2019).

Informantene våre påpekte at yngre sykepleiere var mer faglig fokusert, mens de eldre var mer opptatt av det etiske perspektivet hos pasientene. Dermed, kan det tenkes at unge intensivsykepleiere kan glemme det etiske perspektivet, som vi antar kan gjøre jobben mer utfordrende. Informantene trekker frem at det er viktig å være bevisst på egne grenser, og samtidig være medmenneskelig og profesjonell. Omsorgsteorien til Martinsen (2003) underbygger viktigheten av å være bevisst egne grenser i møte med pasient og pårørende. En av informantene forklarte at det kan være vanskelig å ikke la seg påvirke av pasienter, pårørende og situasjoner som oppstår i arbeidshverdagen. Når intensivsykepleiere blir påvirket mentalt i arbeidet, kan det føre til manglende mulighet for å være en omsorgsperson når de kommer hjem. Intensivsykepleiere må kunne ha en profesjonell nærhet, og en personlig avstand til pasientene (Haavik & Toven, 2020; Isdal, 2017; Martinsen, 2003). Allikevel er det en styrke at intensivsykepleiere har evne til å vise medfølelse og empati for pasientene, men kan samtidig gjøre intensivsykepleiere sårbare (Martinsen, 2003). Flere av informantene trakk frem viktigheten av å ha noen å snakke med utenfor jobb. De understreket at dersom det var manglende mulighet for å "blåse ut" på jobb, var det viktig å kunne bli ivaretatt av familie eller venner på hjemmebane. En informant fortalte om viktigheten av å ha venner på jobb, og utenom som de kunne snakke med om stressende opplevelser og bekymringer. Videre at venner på jobb lettere kunne forstå hva intensivsykepleierne opplevde

av belastninger i arbeidet. Helsepersonell har taushetsplikt, noe som kan gjøre det vanskelig å dele med familie og venner. Det er imidlertid mulig å dele egne følelser og opplevelser fra situasjonene intensivsykepleiere har stått i på jobb. Intensivsykepleiere kan ikke alltid fortelle om situasjonene de opplever hos pasienten, selv om identifiserende informasjon utelukkes. Det kan ha betydning for deres grad av ivaretagelse (Bang, 2003; Figley, 1995; Helsepersonelloven, 1999).

5.2 Arbeidsrelaterte faktorer av betydning for intensivsykepleierne

Informantene fremhevet flere faktorer av betydning for hvordan de opplevde forebygging av omsorgstretthet i avdelingene. Arbeidsbelastning og pasientsikkerhet påvirket intensivsykepleierne i ulik grad. Hyppigheten av mentale belastninger, og mulighet for å øke kompetanse var avgjørende for informantene. Andre viktige faktorer var deres opplevelser av kontinuitet i arbeidet, og det tverrfaglige samarbeidet med andre profesjoner.

Informantene fortalte om flere krevende situasjoner som hadde påvirket den psykiske helsen deres. Intensivsykepleiere er omsorgsgivere, og denne type omsorg kan være belastende og innebære stor risiko for overbelastning (Martinsen, 2003). Åndelig velvære trekkes frem som en viktig forebyggende faktor (Ünlügedik & Akbaş, 2023). Det er avgjørende for intensivsykepleiere å ha sterkt åndelig velvære, god psykisk helse og evne til å forstå og håndtere egne følelser. Flere studier indikerer at det å være bevisst på, kjenne på og sette ord på følelser kan være av betydning for å øke intensivsykepleieres motstandskraft, og forebygge utvikling av omsorgstretthet (Crowe, 2016; Jeong & Shin, 2023; Martinsen, 2003). Det samsvarer med noen av resultatene i vår masterstudie, hvor blant annet en av informantene opplevde at manglende forståelse for egne følelser medførte belastning og frykt for å gå på jobb. Informanten synes det var vanskelig å få hjelp til å forstå egne følelser. Det kan illustrere at det kan være vanskelig å be om hjelp og ivaretagelse i en situasjon som er belastende. Et rutinemessig system hvor intensivsykepleiere får hjelp til å sette ord på egne følelser, vil styrke intensivsykepleierne, og øke motstandskraften mot omsorgstretthet. Det vil gjøre at en blir bevisst egne følelser og grenser i møte med pasientene (Crowe, 2016; Jeong & Shin, 2023; Kirkevold, 1998; Martinsen, 2003). Det kan således underbygge at det er viktig at intensivsykepleiere får tilbud om debriefing, refleksjon og veiledning for å ha mulighet til å bearbeide og bli bevisst egne følelser. Det vil også være viktig med et arbeidsmiljø som

bygger på støtte fra kollegaer, for å ivareta intensivsykepleiere (Lied et al., 2021; Martinsen, 2003; RVTS, 2023; Ukom, 2023).

En informant trakk frem at ledelsen på sykehuset hadde fokus på effektivisering av arbeidet, og gjennomførte driften med lav bemanning på kveld og natt. Dette opplevdes belastende for informanten vår, som ikke ønsket å ta ansvar for driften med høy risiko. Informanten bekymret seg for forekomsten av uønskede hendelser. Denne opplevelsen kan ses i sammenheng og underbygges av en rapport gjennomført av Arbeidstilsynet som hevder at nattarbeid har høyere risiko for ulykker og uønskede hendelser enn dagtid. De hevder at det forekommer grunnet lavere reaksjons- og beslutningsevne, og redusert prestasjon. Rapporten viser til en stor studie gjennomført i Danmark, som viser at antallet feil nesten tredobles på nattetid (Aglén et al., 2020).

Informantene fortalte at arbeidsbelastningen på intensivavdelingen var høy til tider. Videre at intensivsykepleierne er avhengige av å være sammen med pasientene over tid, for å kunne innhente viktig informasjon om pasienten, og for at pasientene skal kunne føle seg trygge i en kritisk situasjon (Bratås, 2009; NSFLIS, 2017). Intensivsykepleiere som arbeider pasientnært og under høyt press, står for den høyeste forekomsten av mentale helseutfordringer (Chirico et al., 2021). Blant informantene våre kom det frem at arbeidsbelastningen hadde stor betydning for både pasientsikkerheten, og tid til selvivaretagelse. Videre snakket informantene om individuelle forskjeller om hvor mye arbeidsbelastning intensivsykepleiere tålte. Noen kunne arbeide med høy belastning over lengre tid, mens andre tålte mindre. Alle informantene var enige om at når arbeidsbelastningen gikk ut over pasientsikkerheten, førte det til økt belastning hos intensivsykepleierne. Stress og arbeidsbelastning med høyt pasientbelegg, hyppige nattevakter, tredelt turnus, og kort hviletid mellom vakter klassifiseres som høy yrkesrisiko, og kan føre til dårligere pasientsikkerhet (Arbeidsmiljøloven, 2005; Bernstrøm & Ellingsen, 2018). Riksrevisjonen har undersøkt bemanningsutfordringer i helseforetakene, og undersøkelsen indikerer at avdelinger med høy andel heltidsansatte i full stillingsprosent har et høyere sykefravær, noe som begrunnes med høy arbeidsbelastning (Riksrevisjonen, 2019-2020). Spørsmålet er om påkjenningskravene beregnet for en full stilling, i utgangspunktet er for høye for en intensivsykepleier. Arbeidstilsynet presenterer argumenter for at turnusarbeid påvirker prestasjonsevnen, og gir følgeeffekter av redsel for å gjøre feil, som videre skaper uheldig stressbelastning med økt sannsynlighet for å gjøre feil (Aglén et al., 2020). Flere av informantene fortalte at de tok mange ekstravakter for å dekke

opp ledige vakter under pandemien. Det resulterte i mye overtidsarbeid, og slitne intensivsykepleiere. Det kan tenkes at kvaliteten på arbeidet som intensivsykepleiere utøvde ble påvirket av dette og at det igjen førte til nedsatt pasientsikkerhet (Helsedirektoratet, 2017).

Lav arbeidsbelastning fører til god pasientsikkerhet, tid til selvivaretagelse, og mulighet for kompetanseøkning (Bernstrøm & Ellingsen, 2018; Helsedirektoratet, 2017). Informantene våre fortalte om høy arbeidsbelastning og begrenset mulighet for selvivaretagelse. Flere av dem opplevde at det ikke ble lagt til rette for å vedlikeholde eller øke kompetansen i travle perioder. Det er lovfestet at intensivsykepleiere skal utøve et pasientsikkert arbeid (Helsedirektoratet, 2017; Helsepersonelloven, 1999; I trygge hender 24/7, 2022; Pasient- og Brukerrettighetsloven, 1999). Informantene ønsket å jobbe pasientsikkert, men opplevde at det ikke alltid lot seg gjøre. De trakk frem at manglende tid til ivaretagelse av pasient, pårørende og kollegaer følte belastende, og gav dem dårlig samvittighet. Det var de mellommenneskelige forholdene som påvirket informantene, og førte til utfordringer i arbeidet. Informantene våre fremhevet utfordrende arbeidsforhold under pandemien, uten mulighet til pauser. Intensivsykepleierne valgte å ikke spise, og drakk lite grunnet manglende mulighet for avlastning til å gå på toalettet. Her kan det stilles spørsmål om en intensivsykepleier uten mat, drikke og pause er en intensivsykepleier som utøver pasientsikkert arbeid (Haavik & Toven, 2020; Kirkevold, 1998).

Informantene våre mente at økt kunnskap gir trygghet, selvtillit og motivasjon til å stå i arbeid lengre. Intensivsykepleieres personlige egenskaper og faglige opplæring, kan føre til at egne behov, problemer og bekymringer blir nedprioritert, dette for å ivareta pasientenes behov. Det er derfor ikke uvanlig at tegn på omsorgstretthet blir oversett, til tross for at de er merkbare (Barnett et al., 2007). Intensivsykepleiere som ikke tar hensyn til egne behov, kan oppleves av kollegaer som en sterk omsorgsperson, noe som vil kunne utgjøre en betydelig risiko for at omsorgstretthet kan forårsake nedsatt faglig kompetanse (Barnett et al., 2007). Informantene ønsket mulighet til å vedlikeholde og øke egen kompetansen. Det vil kunne være hensiktsmessig fordi det kan føre til mindre personalomsetning, lavere sykefravær og lavere frafall fra yrket (Helsedirektoratet, 2021). Videre er det nedfelt i lovverket at “intensivsykepleieren skal etter endt utdanning kunne bidra til en bærekraftig utvikling av helsetjenesten” (Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning, 2021, § 2). Mulighet for å vedlikeholde og øke kompetansen er viktig for en bærekraftig og pasientsikker intensivavdeling. Pasientene har rett på riktig kompetanse, og manglende

kompetanse på området vil være brudd på pasient- og brukerrettighetsloven (I trygge hender 24/7, 2022; Pasient- og Brukerrettighetsloven, 1999). Informantene våre opplevde at de ble fratatt tilbud om kurs og veiledning, på grunn av nedskjæring, innsparing og effektivisering av helsevesenet. Dette hevder Isdal (2017) at er tilfellet i helsevesenet. Kompetanse er viktig, men når den teoretiske kunnskapen ikke samsvarer med virkeligheten i intensivavdelingen, kan det bli utfordrende, spesielt for nyutdannede intensivsykepleiere (Haavik & Toven, 2020). Det er derfor nødvendig at intensivsykepleiere lærer ulike verktøy for å håndtere uforutsigbare hendelser som er den virkelige arbeidshverdagen på intensivavdelingen. Forskning viser at det er lite fokus på omsorgstretthet i utdanningen (Marcial et al., 2013). Det er betydningsfullt at ledere og intensivsykepleiere har kompetanse relatert til omsorgstretthet. Det øker bevisstheten rundt symptomer, og gjør det mulig å igangsette forebyggende tiltak på et tidlig tidspunkt (Sandanger, 2020; Schmidt & Haglund, 2017). Eksempler på undervisning som kan gjøres i intensivavdelingen er seminarer, e-læringskurs og fagdager om selvivaretagelse. Det vil gi intensivsykepleiere økt kunnskap og bevissthet om fenomenet (Marcial et al., 2013). Videre kan omsorgstretthet være fokus i veiledningsgruppene.

Primærgruppe gir intensivsykepleiere mulighet til å få inngående kunnskap om pasienter og pårørende, og samtidig skape en god relasjon med pasienter og pårørende. Primærgruppe vil gjøre det lettere for intensivsykepleiere å planlegge og koordinere behandlingen (Gonçalves et al., 2023). De fleste informantene opplevde primærgrupper som noe positivt. Primærgruppe er en organisasjonsmodell, hvor en gruppe faste ansatte har et overordnet ansvar for en pasient over tid. Ved bruk av primærgrupper blir det økt kontinuitet for intensivsykepleiere og omsorgen til pasientene (Goode & Rowe, 2001). Noen av informantene synes det var negativt med primærgrupper. De synes det var stressende med samme pasient over tid, og likte ikke den nære kontakten intensivsykepleieren fikk med pasienten og pårørende. Forskning viser at det er viktig å avlaste intensivsykepleiere fra ansvaret ved bruk av primærgruppe, for å redusere stresset intensivsykepleiere kan oppleve for å beskytte dem mot omsorgstretthet (Goode & Rowe, 2001). Forskning viser ingen sammenheng mellom bruk av primærgruppe og omsorgstilfredshet blant intensivsykepleiere, men det viser tydelig positiv effekt på pasient og pårørende, hvilket kan påvirke ledelsen i hvordan de organiserer arbeidet til de ansatte. Det som kan øke omsorgstilfredsheten er støtte og oppmuntring fra kollegaer i primærgruppen (Bratås, 2009).

Tverrfaglig samarbeid på intensivavdelinger er avgjørende for å kunne gi omsorg av høy kvalitet til pasientene (Donovan et al., 2018; Pasient- og Brukerrettighetsloven, 1999; Xyrichis & Rose, 2024). Tverrfaglig samarbeid har en positiv effekt hos pasientene. Det finnes derimot lite forskning om hvordan ulike profesjoner skal fremme tverrfaglig samarbeid (Xyrichis & Rose, 2024). Intensivsykepleiere jobber vanligvis sammen med andre profesjoner. Ifølge Bratås (2009) er det tverrfaglige samarbeidet mellom intensivsykepleiere og leger av stor betydning for pasientbehandlingen, og intensivsykepleieres opplevelse i arbeidet. Informantene trakk frem viktigheten av å oppleve respekt og trygghet. Noen av informantene opplevde at det var trygt å snakke og diskutere behandlingen med andre profesjoner, mens andre beskrev det som utfordrende til tider, grunnet uenigheter om behandling og behandlingsnivået hos pasientene. En informant trakk frem at uenighet om behandling førte til store smerter og ubehag hos en pasient. Det kan være flere utfordringer ved et tverrfaglig samarbeid, for eksempel maktfordeling, personlighet og faglig ståsted, som kan føre til forskjellige prioriteringer og et utfordrende samarbeid (Xyrichis & Rose, 2024). En informant fortalte om en negativ opplevelse, som førte til etiske utfordringer. Lege og intensivsykepleier var ikke enig om behandlingsnivå, og det var krevende for informanten å utøve behandling mot egen overbevisning. Forskning viser at det kan være hensiktsmessig å skape en kultur på intensivavdelingen bestående av gjensidig respekt, tillit og felles beslutningstaking (Kvilhaugsvik & Husøy, 2017; Xyrichis & Rose, 2024). God kommunikasjon, evner til å håndtere konflikter og reflektere over etiske utfordringer, kan øke kvaliteten på samarbeidet. Et godt tverrfaglig samarbeid vil kunne resultere i økt kvalitet i pasientomsorg. Samtidig støtte faglig utvikling hos intensivsykepleierne, som kan føre til økt omsorgstilfredshet (Kvilhaugsvik & Husøy, 2017; Xyrichis & Rose, 2024).

5.3 Forebyggende ansvar ligger hos ledelsen, kollega og intensivsykepleierne

Informantene i denne masterstudien mente at det forebyggende ansvaret burde være fordelt mellom intensivsykepleierne og ledelsen. De fortalte om ulike tiltak som kan gjøres av ledelse, kollega og intensivsykepleieren selv, for å forebygge omsorgstretthet.

Våre informanter uttrykte et ønske om at ledelsen tilrettelegger for ivaretagelse i mer organiserte rammer. De trakk frem at gjennomføring av debriefing, var avhengig av om ledelsen var på jobb. Flere av informantene følte en større trygghet for ivaretagelse i arbeidet når ledelsen var til stede. Ledelsen har et juridisk ansvar som er nedfelt i arbeidsmiljøloven,

og som handler om ivaretagelse av intensivsykepleiere (Arbeidsmiljøloven, 2005). Videre bør ledelsen tilrettelegge for forebygging av omsorgstretthet gjennom eksempelvis kollegastøtteordninger, og et arbeidsmiljø som oppfordrer til selvivaretagelse (Arbeidsmiljøloven, 2005; NSF, 23; NSFLIS, 2017). Arbeidet som intensivsykepleieren utøver skal være meningsfullt, og gi intensivsykepleieren motivasjon, glede og økt omsorgstilfredshet i arbeidet. Det bør ikke være fare for at intensivsykepleiere arbeider slik at det kan føre til fysisk eller psykisk skade. Ledelsen er ansvarlig for å tilrettelegge, og sikre at arbeidet til intensivsykepleieren ikke blir skadet av arbeidet (Arbeidsmiljøloven, 2005). Samtidig som ledelsen er ansvarlig for å tilrettelegge, har intensivsykepleieren et selvstendig ansvar for å unngå og arbeide på en måte som fører til skade (Arbeidsmiljøloven, 2005; Isdal, 2017; Martinsen, 2003). Ledelsen er ansvarlig for å gi intensivsykepleiere opplæring i hvordan de kan beskytte sin egen helse i arbeidshverdagen, for eksempel i form av internundervisning, fagkveld eller fagdag (Arbeidsmiljøloven, 2005; Haavik & Toven, 2020). Informantene ønsket økt kunnskap, noe som tilsier at det er flere intensivsykepleiere som opplever mangel på undervisning om omsorgstretthet i utdanningen og på arbeidsplassen (Crowe, 2016; Kessler et al., 2015; Marcial et al., 2013). Arbeidsmiljøloven skal beskytte intensivsykepleiere, men i intensivavdelingen kan det være vanskelig å sette klare rammer, grunnet intensivsykepleieres uforutsigbare arbeidshverdag (Arbeidsmiljøloven, 2005; Haavik & Toven, 2020). Noen informanter mente lederen var flink til å se behov for oppfølging, og tilrettelegge for ivaretagelse, mens andre ønsket en mer tilstedeværende ledelse. Ifølge Graystone (2019) må en leder se og anerkjenne de utfordrende arbeidsoppgavene intensivsykepleiere har i sitt arbeid. Det er viktig at ledelsen er til stede og er opptatt av hvordan intensivsykepleieres psykiske helse er. Det er også viktig at intensivsykepleiere får mulighet til å medvirke i ledelsens valg (Graystone, 2019). En studie viser at slike tiltak kan ha effekt ved å gi lavere risiko for utvikling av omsorgstretthet (Indregard et al., 2018).

Informantene i denne masterstudien opplevde at den viktigste formen for ivaretagelse var støtte fra kollegaer, og mente kollegaer er de som vet best hva som oppleves i løpet av en arbeidshverdag. I tillegg er kollegastøtte den faktoren som gjør at flest intensivsykepleiere klarer å stå i den krevende jobben over tid (Gratland & Nergård, 2017; Haavik & Toven, 2020; Martinsen, 2003). Ifølge arbeidsmiljøloven har intensivsykepleiere en medvirkningsplikt §2-3, som innebærer det å være en god kollega gjennom å utøve kollegastøtte (Arbeidsmiljøloven, 2005). Våre informanter fortalte om god støtte fra sine kollegaer. De hjalp hverandre, var på tilbudssiden og gav hverandre pauser. Flere av

informantene opplevde at det var en kultur for å snakke sammen spesielt etter utfordrende pasientsituasjoner. Noen av informantene hadde erfart at jobben kunne være følelsesmessig, og en samtale med kollega kunne være avgjørende for hvordan intensivsykepleierne håndterte egne følelser. Noen av informantene synes det var lettere å snakke med kollegaer enn å gå til ledelsen. En av informantene fortalte om åpenhet for å diskutere og reflektere om pasientsituasjoner, og at det var viktig for å utvikle seg som intensivsykepleier. Martinsen (2003) hevder at omsorg for hverandre er noe av det mest fundamentale hos intensivsykepleiere, og er en forutsetning for at arbeidshverdagen gir mening. Det er avgjørende at intensivsykepleiere har tid til hverandre, og jobber for et ivaretagende kollegafelleskap (Haavik & Toven, 2020). Det kan være utfordrende ved høy arbeidsbelastning, fordi underbemanning og tidspress kan føre til manglende omsorg for kollegaer (Martinsen, 2003). Kollegastøtteordning kan være hensiktsmessig for å forebygge omsorgstretthet. Det gir økt åpenhet rundt vanskelige situasjoner, arbeidsbelastning og stress på jobben (Gratland & Nergård, 2017). Det kan også relateres til omsorgsteoriens formål om å vise omsorg, og forståelse for hverandre som kollegaer (Kirkevold, 1998; Martinsen, 2003). I tillegg har ledelsen et juridisk ansvar for systematiske ivaretagende tiltak (Arbeidsmiljøloven, 2005, § 3-1). Kollegastøtteordning kan være et nyttig tiltak å innføre på intensivavdelingen, for å gi økt fokus på å støtte hverandre som kollegaer.

Informantene fortalte at de selv hadde ansvar for å gi beskjed til ledelsen om egne behov. Det kunne for eksempel være behov for hjelp til å håndtere vanskelige følelser, ønske om kompetanseøkning for økt trygghet i jobben, eller pauser og avlastning for å ivareta egen mental helse. Ifølge Isdal (2017) er intensivsykepleiere selv ansvarlige for å sørge for den ivaretagelsen den enkelte har behov for. Norsk sykepleie forbund (NSF) har utarbeidet yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Under punkt to er det nedfelt at sykepleieren er ansvarlig for å utøve en sykepleiepraksis som forebygger sykdom, lidelse og fremmer helse (NSF, 23). Det tolkes som forebygging hos pasienten, men også forebygging hos intensivsykepleieren. Blant annet den forebyggingen intensivsykepleiere gjør knyttet til seg selv, for å være i stand til å ivareta pasientene. Ifølge Isdal (2017) må intensivsykepleiere ivareta seg selv for å være i stand til å ivareta pasientene. Samtidig må intensivsykepleiere selv be om hjelp ved behov, og ta imot støtte for ivaretagelse (Kirkevold, 1998). Det er avgjørende for at ledelsen skal kunne forebygge omsorgstretthet (Isdal, 2017; RVTS, 2023). Intensivsykepleiere kan oppleve å ikke mestre ansvar og krav som intensivavdelingen stiller, som kan føre til stress (Arbeidstilsynet, 2024). I tillegg kan intensivsykepleieres krav til seg

selv være høye (Bang, 2003). Selvivaretakelse vil derfor være relevant for å forebygge omsorgstretthet (Crowe, 2016). Intensivsykepleiere må gjøre en egeninnsats for selvivaretakelse i arbeidshverdagen, men også for et langt å godt privat- og yrkesliv (Haavik & Toven, 2020).

6.0 Metodediskusjon

I det følgende kapittel diskuteres masterstudiens styrker og svakheter, og det gjøres rede for studiens troverdighet.

6.1 Design og metode

Kvalitativ metode med et utforskende design var en velegnet metode for å kunne svare på problemstillingen i masterstudien. Gjennom å bruke kvalitative forskningsintervju fikk vi en dypere forståelse av informantenes opplevelser av fenomenet omsorgstretthet (Malterud, 2017). Kvalitativ metode gir ikke eksakte eller repeterbare svar, og det passet godt for vår masterstudie da vi ønsket å utforske de subjektive opplevelsene til informantene (Kvale et al., 2015). Planleggingen av masterstudien begynte ved at vi utformet en prosjektskisse, og en fremdriftsplan som klargjorde når vi skulle arbeide med de ulike delene av oppgaven og var et godt verktøy når masterstudien skulle gjennomføres.

Det var utfordrende å rekruttere informanter og det kan være en svakhet at bare to intensivavdelinger var positive til å delta i masterstudien. Det gav oss et mindre representativt utvalg og kan være en svakhet. Rekrutering av informanter ble utført ulikt ved de to avdelingene, som kan være en svakhet da utvalget ikke kan regnes å være tilfeldig. På den ene avdelingen rekrutterte intensivsykepleiere seg selv til avdelingslederen, og på den andre var det avdelingsleder som rekrutterte aktuelle informanter på jobb den aktuelle dagen. Vi ønsket i utgangspunktet et tilfeldig utvalg, gjennom at de kunne ha gitt oss større mangfold (Kvale et al., 2015; Malterud, 2017), allikevel opplevde vi at informantene representerte seg selv, og at det var et mangfold i utvalget vårt. På den ene siden opplevde vi at informantene hadde et sprik i erfaringer, tanker og refleksjoner rundt fenomenet, som har gitt oss rikelig med data å analysere, og resultat. På den andre siden opplevde vi at informantene våre var svært enige i mange av opplevelsene rundt forebygging av omsorgstretthet. Inklusjons- og eksklusjonskriterier kan ha vært en svakhet da det kan være tøffere for en nyutdannet intensivsykepleier å arbeide på en intensivavdeling, og forskning viser at intensivsykepleiere med mindre enn fem års arbeidserfaring har større sannsynlighet for å utvikle omsorgstretthet (Wijdenes et al., 2019). Det kan ha vært en styrke å ikke inkludere intensivsykepleiere med mindre enn fem års erfaring, da det ville ha gitt oss en mindre homogen gruppe. Vi tenker det er mer hensiktsmessig med vårt utvalg, da disse informantene har kompetanse til å kunne si noe om omsorgstretthet (Graneheim & Lundman, 2004). En av våre informanter var

fagsykepleier, som betyr at intensivsykepleieren har et faglig ansvar på avdelingen. Det kan være en svakhet ved at denne informanten har bidratt med en annen synsvinkel, da fagsykepleieren gjerne har mer innsikt i hva som er ønskelig at avdelingen skal gjøre i forhold til forebygging av omsorgstretthet. Samtidig som det kan være en styrke da dette var en informant med lang erfaring og kunnskap om temaet. Denne masterstudien inkluderte mannlige og kvinnelige informanter og kan ha påvirket resultatene, da det kan være en forskjell på kvinner og menn, og hvordan opplevelsen av emosjonell påvirkning oppleves. (Carmassi et al., 2022). Vi opplevde ingen markant forskjell mellom de kvinnelige og mannlige informantene.

Vi har gjennomført to pilotintervju, som vi anser som en styrke (Kvale et al., 2015). Det gav oss erfaring på selve intervjusituasjonen, og vi fikk mulighet til å prøve ut intervjuguiden vår og sett at spørsmålene var relevante og gav oss relevante svar om fenomenet omsorgstretthet. Videre erfarte vi at rekkefølgen på spørsmålene måtte endres, da det ble litt brått for informantene å starte med tema som omhandlet krevende pasientsituasjoner.

Det at fire av intervjuene ble gjennomført med kun en av oss til stede, og at de fire siste ble gjennomført av begge sammen kan anses som en svakhet, grunnet ulikheten i situasjonen, og en potensiell opplevelse av maktskjevhet (Kvale et al., 2015). Intervju som metode kan være en svakhet i at beskrivelsene under intervjuet kan være justert fra den reelle hendelsen i gjenfortellingene, basert på hukommelsen, villigheten til å dele og gjennom tolkning fra intervjuene (Kvale et al., 2015).

Analyseprosessen har en styrke ved at den har blitt gjennomført av oss begge og, med hjelp fra veileder. Ved å være flere om analysen reduseres antakelig bias, mistolkninger og andre uhensiktsmessige tanker som kan oppstå ved å være kun én. Vi satt sammen gjennom hele analyseprosessen og diskuterte med hverandre fra kondensert meningsenhet og frem til tema (Graneheim & Lundman, 2004; Malterud, 2017).

6.2 Studiens troverdighet

I kvalitativ forskning skal forskningsresultatene være så troverdige som mulig. Begreper som gyldighet, pålitelighet og overførbarhet brukes for å vurdere studiens troverdighet.

Troverdighet av studien vurderes ut fra beskrivelsen av innhenting av data, og analysering i

forhold til studiens hensikt (Graneheim & Lundman, 2004).

Gyldighet handler om at metoden som er brukt undersøker det den skal, og om den studerer det fenomenet den er ment for å studere. Dersom en studie fremtrer gyldig, forteller det at leseren kan stole på funnene i studien (Polit et al., 2021). Metoden som er brukt påvirker gyldigheten. Problemstillingen bestemmer hvilke metode som skal brukes, og vi mener bruken av kvalitativ metode var hensiktsmessig i denne masterstudien da vi ønsket informantenes opplevelser i forhold til fenomenet omsorgstretthet. Vi mener at bruken av kvalitativt forskningsintervju for å undersøke intensivsykepleieres opplevelse av forebygging av omsorgstretthet, er et godt metodevalg for vår masterstudie. Kvalitativt forskningsintervju er hensiktsmessig for å svare på en problemstilling hvor vi ønsker opplevelser verbalt fortalt fra informantene (Malterud, 2017). I metodekapittelet blir det beskrevet nøye hvordan vi har gått frem ved datainnsamling, rekruttering av informanter og inklusjonskriterier for å delta i studien (Graneheim & Lundman, 2004). Gyldigheten er viktig gjennom hele forskningsprosessen fra tematisering, planlegging, intervjuer, transkripsjon, analyse og rapportering. Det kan være en risiko for at elementer har gått tapt gjennom tolkninger i analyseprosessen. Meningsenhetene i analysen må ikke være for store eller for små. Kategorier og temaer må dekke innholdet i meningsenhetene i studien (Graneheim & Lundman, 2004). For at leseren lettere kan vurdere gyldigheten av analysen vår, har vi valgt å presentere en tabell som viser prosessen fra meningsenhet til tema. Vi har vært to som har gjennomført analysen sammen og fått veiledning underveis, som vi anser som en styrke. Sitater fra informantene er presentert under resultat kapittelet, for å gi leseren et innblikk, og for å øke gyldighet (Graneheim & Lundman, 2004).

Pålitelighet sier noe om nøyaktigheten og stabiliteten til datamaterialet. Det at masterstudien er pålitelig er en forutsetning for at masterstudien har gyldighet (Polit et al., 2021). Intern pålitelighet handler om vår fremgangsmåte, hvordan datamaterialet ble samlet inn og bearbeidet gjennom innholdsanalysen. Ekstern pålitelighet handler om hvordan resultatene presenteres. Vi viser en detaljert beskrivelse av innholdsanalysen vår, som gir andre forskere mulighet for å etterprøve studien. Dersom studien kan etterprøves med tilsvarende resultat har den høy pålitelighet. Det trekkes frem sitater fra informantene som vil være med på å styrke studiens pålitelighet (Kvale et al., 2015). Samtidig vil kvalitativ forskning som er basert på intervjuer kunne bestå av flere subjektive betydninger. Et intervju er en interpersonlig situasjon som fører til at ingen forskere vil kunne gjennomføre nøyaktig

samme intervju som oss (Graneheim & Lundman, 2004). Dette er noe å ta i betraktning med tanke på studiens pålitelighet. Det vil ikke være mulig å gjennomføre samme studie med nøyaktig samme resultat. Selv om de samme informantene ble intervjuet med samme intervjuguide vil det kunne være variasjon i datamaterialet.

Overførbarheten sier noe om studien kan gjøre seg gjeldende i andre sammenhenger enn hvor studien har funnet sted (Graneheim & Lundman, 2004). Vi har prøvd å sikre overførbarheten ved å gi en detaljert beskrivelse av konteksten og informantene i metodekapittelet. Om studien er overførbar, generaliserbar og fremstiller resultater å stole på, er det leseren som bestemmer. Vi som har gjennomført denne masterstudien kan kun komme med forslag til overførbarhet (Graneheim & Lundman, 2004; Polit et al., 2021). Intensivsykepleiere med samme erfaring som informantene som studien tar utgangspunkt i kan trolig kjenne seg igjen i resultatene av masterstudien. Det er viktig med en nøyaktig presentasjon av resultater og presentasjon av sitater fra informantene, for å kunne øke overførbarheten (Graneheim & Lundman, 2004). Vi har i resultat delen brukt direkte sitat fra informantene for å understreke den tolkningen vi har gjort av datamaterialet, og på den måten gir vi leseren innsyn i datamaterialet, samt at sitatene viser variasjoner hos informantene. Dette er en masterstudie som er gjennomført hos intensivsykepleiere, men den vil trolig kunne være overførbar til alle som jobber med pasienter, og i et annet hjelperyrke.

7.0 Konklusjon

Intensivsykepleiere opplevde at det var ulike måter intensivavdelingene forebygde omsorgstretthet og videre faktorer som var betydningsfulle i gjennomføring av forebyggingen. Det handlet om å utvikle et ivaretagende arbeidsmiljø gjennom økt oppmerksomhet på intensivsykepleieres selvivaretagelse og ivaretagelse av kollegaer. Videre å redusere intensivsykepleieres arbeidsbelastning, øke den faglige kompetansen og forbedre det tverrfaglige samarbeidet. Den enkleste måten å utbedre det forebyggende arbeidet mot omsorgstretthet på, er åpen og ærlig kommunikasjon. Ledelsen og intensivsykepleiere må sammen rette større oppmerksomhet mot omsorgstretthet, øke kunnskapen og iverksette felles tiltak for å bekjempe fenomenet omsorgstretthet. Det vil kunne føre til en bedre arbeidshverdag for intensivsykepleiere og ledelse, et lavere sykefravær og forhåpentligvis en lavere personalomsetning og frafall fra yrket.

Intensivsykepleiere opplevde at et forebyggende ansvar var fordelt mellom ledelse og intensivsykepleiere, med ulike ansvarsområder. Hovedansvaret ligger hos ledelsen hvor de legger til rette for et trygt og godt arbeidsmiljø. De skal imøtekomme den enkelte intensivsykepleieren, og har et gjennomførende ansvar ved debrifing, refleksjonsgrupper og veiledning, ved behov og etter kritiske hendelser. Det kan se ut til at det er en kompleks oppgave for arbeidsgiver. Intensivsykepleiere er medansvarlige for å bidra til et godt arbeidsmiljø, og for å ivareta sine kollegaer gjennom å vise omsorg, støtte, samtale og gi oppmuntring gjennom arbeidshverdagen. Videre har intensivsykepleiere ansvar for selvivaretagelse gjennom å fortelle hva de trenger for å forebygge omsorgstretthet. Det vil være ulikt og derfor er det essensielt at behovet uttrykkes til ledelsen for at det skal bli møtt, tilrettelagt og ivarettatt.

Intensivsykepleiere i Norge opplever høy arbeidsbelastning, noe som øker viktigheten av ivaretagelse og forebygging av omsorgstretthet. Det å forebygge omsorgstretthet er en kompleks oppgave og det er manglende oppmerksomhet rettet mot temaet. Ansvaret faller ofte på intensivsykepleieren selv og kollegaer. Derfor vil det være behov for økt oppmerksomhet på forebygging av omsorgstretthet på ledelsesnivå gjennom økt kunnskap, bevisstgjøring og undervisning. Videre å innføre faste rammer for tiltak som debrifing, veiledning og refleksjonsgrupper. Det vil trolig kunne styrke forebygging av omsorgstretthet i intensivavdelingen.

Implikasjoner for praksis

Resultatene i denne masterstudien kan impliseres videre i utdanning og praksis da det er ønskelig å øke kunnskapen om omsorgstretthet og hvordan omsorgstretthet kan forebygges. Praksis kan bruke kunnskapen og prioritere ivaretagelse av intensivsykepleiere, og være seg bevisst på viktigheten av oppfølging over tid etter krevende situasjoner.

Implikasjoner for videre forskning

Videre forskning som kan være relevant er å kartlegge effekten av og intensivsykepleieres behov for rutinemessig debriefing, veiledning og refleksjonsgrupper. Det kunne være å se på ulike tiltak som kan igangsettes for å ivareta intensivsykepleiere i arbeidet. Videre om tiltakene er hensiktsmessig for å ivareta intensivsykepleiere i arbeidet og etter kritiske situasjoner. Det kunne vært nyttig å undersøke intensivavdelinger som allerede har iverksatt tiltak for å forebygge omsorgstretthet i Norge, og effekten av disse. Det kunne vært evaluert om det er økt omsorgstilfredshet hos intensivsykepleieren i intensivavdelinger med økt oppmerksomhet på å forebygge omsorgstretthet. En kunne også sett på hvilke grad tidspress og arbeidspress spiller en rolle for mulighet til å forebygge omsorgstretthet hos intensivsykepleiere. Videre også om økonomi er en avhengig faktor for i hvilken grad intensivavdelingen tilrettelegger for forebygging.

Referanseliste

- Aglen, H., Eriksen, T. & Danielsen, T. E. (2020). *Arbeidsmedisinske kommentarer om arbeidstid* (978-82-90112-85-6). Arbeidstilsynet.
- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)* (LOV-2005-06-17-62). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/2005-06-17-62>
- Arbeidstilsynet. (2024, 16.04.2024). *Stress*.
<https://www.arbeidstilsynet.no/tema/stress/pageAsPdf?showAsImage=true>
- Arbios, D., Srivastava, J., Gray, E., Murray, P. & Ward, J. (2022). Cumulative Stress Debriefings to Combat Compassion Fatigue in a Pediatric Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*, 31(2), 111-118.
<https://doi.org/10.4037/ajcc2022560>
- Bakke, B., Degerud, E., Gravseth, H. M., Hanvold, T. N., Løvseth, E. K., Mjaaland, B. B., Sterud, T. & Øygaardslia, H. (2021). *Faktabok om arbeidsmiljø og helse* (1502-0932). Statens arbeidsmiljøinstitutt. Statens arbeidsmiljøinstitutt.
<https://stami.brage.unit.no/stami-xmlui/handle/11250/2757495>
- Bang, S. (2003). *Rørt, rammet og rystet: faglig vekst gjennom veiledning*. Gyldendal akademisk.
- Barnett, J. E., Baker, E. K., Elman, N. S. & Schoener, G. R. (2007). In Pursuit of Wellness: The Self-Care Imperative. *Professional psychology: research and practice*, 38(6), 603-612. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.6.603>
- Bernstrøm, V. H. & Ellingsen, D. (2018). *Arbeidstidsordninger, ansattes helse og pasientsikkerhet del 1& 2*. I. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet ved OsloMet.
- Bratås, O. (2009). Tilpasset turnus, gode kolleger og variasjon genererer jobbtilfredshet. *Sykepleien forskning* (14), 33-37.
<https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2002.0039>
- Carmassi, C., Dell'Oste, V., Bertelloni, C. A., Pedrinelli, V., Barberi, F. M., Malacarne, P. & Dell'Osso, L. (2022). Gender and occupational role differences in work-related post-traumatic stress symptoms, burnout and global functioning in emergency healthcare workers. *Intensive and Critical Care Nursing*, 69, 103154-103154.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103154>
- Chen, Y. P., Tsai, J. M., Lu, M. H., Lin, L. M., Lu, C. H. & Wang, K. W. K. (2018). The influence of personality traits and socio - demographic characteristics on paediatric

- nurses' compassion satisfaction and fatigue. *Journal of Advanced Nursing*, 74(5), 1180-1188. <https://doi.org/10.1111/jan.13516>
- Chirico, F., Afolabi, A. A., Ilesanmi, O. S., Nucera, G., Ferrari, G., Sacco, A., Szarpak, L., Crescenzo, P., Magnavita, N. & Leiter, M. (2021). Prevalence, risk factors and prevention of burnout syndrome among healthcare workers: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Journal of health and social sciences*, 6(4), 465-491. <https://doi.org/10.19204/2021/prvl3>
- Cragun, J. N., April, M. D. & Thaxton, R. E. (2016). The Impact of Combat Deployment on Health Care Provider Burnout in a Military Emergency Department: A Cross-Sectional Professional Quality of Life Scale V Survey Study. *Military Medicine*, 181(8), 730-734. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-15-00420>
- Crowe, L. (2016). Identifying the risk of compassion fatigue, improving compassion satisfaction and building resilience in emergency medicine. *Emergency Medicine Australasia*, 28(1), 106-108. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12535>
- Donovan, A. L., Aldrich, J. M., Gross, A. K., Barchas, D. M., Thornton, K. C., Schell-Chaple, H. M., Gropper, M. A., Lipshutz, A. K. M., Turner, K., McCullough, J., Schwarz, J., Liu, K. D., Anderson, W., Khanna, R., Agarwal, P., Engel, H., Daniel, B., Timothy, K., Lencioni, A., Newton, R., Biagini, T., Rathfon, M., Garwood, C., Cimino, J., Zhu, M., Blum, M., Rajkomar, A. & Pathak, C. (2018). Interprofessional Care and Teamwork in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(6), 980-990. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003067>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Faiza, H., Badil, Altaf, H. & Sadaqat, A. (2023). Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, Burnout and its Associated Factors among Nurses Working in Critical Care Area of Tertiary Care Hospital, Karachi, Pakistan. *Liaquat National Journal of Primary Care*, 5(2), 66-72. <https://doi.org/10.37184/lmjpc.2707-3521.5.13>
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. I C. R. Figley (Red.), *Compassion fatigue: secondary traumatic stress disorders from treating the traumatized* (1. utg., s. 1-20). Brunner/Maze.

- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical Psychology, 58*(11), 1433-1441.
<https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning. (2021). *Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning* (FOR-2021-10-26-3094). LOVDATA. <https://lovdata.no/forskrift/2021-10-26-3094>
- Gilje, N. & Grimen, H. (1995). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger: innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Gonçalves, I., Mendes, D. A., Caldeira, S., Jesus, É. & Nunes, E. (2023). The Primary Nursing Care Model and Inpatients' Nursing-Sensitive Outcomes: A Systematic Review and Narrative Synthesis of Quantitative Studies. *International journal of environmental research and public health, 20*(3), 2391.
<https://doi.org/10.3390/ijerph20032391>
- Goode, D. & Rowe, K. (2001). Perceptions and experiences of primary nursing in an ICU: a combined methods approach. *Intensive and Critical Care Nursing, 17*(5), 294-303. <https://doi.org/10.1054/iccn.2001.1600>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today, 24*(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Gratland, W. & Nergård, A. (2017). Også hjelperne kan bli traumatisert. *Sykepleien forskning, e-63864*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.63864>
- Graystone, R. (2019). Prevent Compassion Fatigue and Burnout With a Magnet Culture. *The Journal of Nursing Administration, 49*(5), 231-233.
<https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000743>
- Helsedirektoratet. (2017, 05-04-2024). *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/formal-og-virkeomrade#paragraf-1-formalet-med-forskriften>
- Helsedirektoratet. (2021). *Behovet for sykepleiere med klinisk breddekompetanse i sykehus – Faglige og tjenestemessige behov*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/behovet-for-sykepleiere-med-klinisk-breddekompetanse-i-sykehus--faglige-og-tjenestemessige->

- behov/situasjonsbeskrivelse-kompetansebehov-i-spesialisthelsetjenesten/rekruttering-og-turnover-for-sykepleiere
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven)* (LOV-2008-06-20-44). LOVDATA. <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)* (LOV-1999-07-02-64). LOVDATA. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Helseregisterloven. (2014). *Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger* (LOV-2014-06-20-43). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2014-06-20-43>
- Haavik, M. & Toven, S. (2020). *Ivaretagelse av hjelpere: er vi ikke betalt for å tåle dette?* Universitetsforlaget.
- I trygge hender 24/7. (2022, 24.03.2022). *Om pasientsikkerhet*. I trygge hender 24/7. Hentet 05.04.24 fra <https://www.itryggehender24-7.no/om-pasientsikkerhet>
- Indregard, A.-M. R., Ulleberg, P., Knardahl, S. & Nielsen, M. B. (2018). Emotional Dissonance and Sickness Absence Among Employees Working With Customers and Clients: A Moderated Mediation Model via Exhaustion and Human Resource Primacy. *Frontiers in psychology*, 9, 436-436. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00436>
- Isdal, P. (2017). *Smittet av vold: om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelpeyrkene*. Fagbokforlaget.
- Jeong, Y. J. & Shin, S. (2023). The relationship between secondary traumatic stress and burnout in critical care nurses: The mediating effect of resilience. *Intensive and Critical Care Nursing*, 74, 103327-103327. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103327>
- Kessler, D. O., Cheng, A. & Mullan, P. C. (2015). Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide. *Annals of Emergency Medicine*, 65(6), 690-698. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.10.019>
- King, N., Brooks, J. & Horrocks, C. (2019). *Interviews in qualitative research* (2. utg.). Sage.
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering* (2. utg.). Ad notam Gyldendal.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.

- Kvilhaugsvik, B. & Husøy, G. (2017). Må samarbeide mer på tvers. *Sykepleien forskning*, (3), 64-67. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.60913>
- Lai, L. (2021). *Strategisk kompetanseledelse* (4. utg.). Fagbokforlaget.
- Lied, I. B., Lindgren, M. L. & Helberget, L. K. (2021). Tidspress blant sykepleiere kan påvirke kvalitet og pasientsikkerhet: en systematisk review. *Klinisk sykepleie*, 35(3), 242-254. <https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2021-03-05>
- Malt, U. (2019). Debriefing. I Store norske leksikon (Red.), *Store Norske Leksikon* (5. utg.). Hentet 06.04.2024 fra <https://sml.sn.no/debriefing>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Marcial, L., Brazina, M., Diaz, A., Jaramillo, C., Marentes, G. & Mazmanian, N. (2013). A Brief Article: Is This the Cost of Caring? A Student Perspective on Compassion Fatigue. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 32(1), 18-21. <https://doi.org/10.1097/DCC.0b013e31826bc687>
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Mason, V. M., Leslie, G., Clark, K., Lyons, P., Walke, E., Butler, C. & Griffin, M. (2014). Compassion Fatigue, Moral Distress, and Work Engagement in Surgical Intensive Care Unit Trauma Nurses: A Pilot Study. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 33(4), 215-225. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000056>
- Meneses Echavez, J. F., Borge, T. C., Nygård, H. T., Gaustad, J.-V. & Hval, G. (2022). *Psykologisk debriefing for helsepersonell involvert i uønskede pasienthendelser: en systematisk oversikt*. Folkehelseinstituttet, Område for helsetjenester.
- Mikkelsen, S. (2005). *Hva er forebygging?* Hentet 19.04.2024 fra <https://www.forebygging.no/artikler/2007-1998/hva-er-forebygging/>
- Nerovich, C., Derrington, S. F., Sorce, L. R., Manzardo, J. & Manworren, R. C. B. (2023). Debriefing After Critical Events Is Feasible and Associated With Increased Compassion Satisfaction in the Pediatric Intensive Care Unit. *Critical care nurse*, 43(3), 19-27. <https://doi.org/10.4037/ccn2023842>
- NSF. (23). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 18.10.23 fra <https://www.nsf.no/group/725/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>
- NSF. (u.å). *Fag, utdanning og forskning*. Hentet 17.10.23 fra <https://www.nsf.no/fg/intensivsykepleierne-nsf/fag-utdanning-og-forskning>

- NSFLIS. (2015). *Bemanningsstandard for intensivsykepleie* (NSFs Landsgruppe av intensivsykepleiere). NSF. <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/rsyGhR3uL7SwEdYapOfY8eqX2azywFKv8Kgf0hg19vbfr4lc15.pdf>
- NSFLIS. (2017). *Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier* Hentet 17.10.23 fra <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/czwgg4sqZCCRzfiNDM56nSWsxlgGCkwVuoUe0fcXZ6NYPysIQb.pdf>
- Pasient- og Brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Polit, D. F., Beck, C. T. & Polit, D. F. (2021). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice* (10. utg.). Wolters Kluwer.
- Riksrevisjonen. (2019-2020). *Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene*. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2019-2020/bemanningsutfordringerhelseforetakene.pdf>
- RVTS, Ø. (2023, 1.03.2023). *Ivaretagelse av hjelpere*. RVTS ØST. <https://www.snakkomselvmord.no/ivaretagelse-av-hjelpere/>
- Sandanger, H. (2020). Bevissthet om signaler på omsorgstretthet *Omsorg*, 4(20), 21-25. <https://blai bok.fagbokforlaget.no/FagbokforlagetA/2021/omsorg-2020-bevissthet-om-signaler-paa-omsorgstretthet/?page=1>
- Schmidt, M. & Haglund, K. (2017). Debrief in Emergency Departments to Improve Compassion Fatigue and Promote Resiliency. *Journal of Trauma Nursing*, 24(5), 317-322. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000320>
- Shingler-Nace, A., Gonzalez, J. Z. & Heuston, M. M. (2018). Conquering compassion fatigue: Lessons learned for the nurse manager. *Nursing Management*, 49(12), 38-45. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000547836.02707.ee>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). LOVDATA. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- Stamm, B. H. (2010, 2010). *The concise ProQOL manual*. ProQOL.org. Hentet 11.04.23 fra <https://img1.wsimg.com/blobby/go/dfc1e1a0-a1db-4456-9391-18746725179b/downloads/ProQOL%20Manual.pdf?ver=1622839353725>
- Statens helsetilsyn. (1999). *Gjennomgang av landets sykehus – Delrapport 2 kartlegging av kapasitets- og driftforhold ved intensivavdelingene*. S. helsetilsyn. <https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/andrepublikasjoner/kapasitet-drift-intensivavd-delrapport2-1998.pdf>

- Stubberud, D.-G. (2020). Intensivsykepleierens funksjon og ansvar. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (4. utg., s. 41-78). Cappelen Damm akademisk.
- Teigen, K. H. (2020). Opplevelse. I Store norske leksikon (Red.). Hentet 22.02.2024 fra <https://snl.no/oplevelse>
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal akademisk.
- Ukom. (2023). *Erfaringer fra kollegastøtteordninger*. Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten. <https://ukom.no/rapporter/erfaringer-fra-kollegastotteordninger/sammendrag>
- Unhjem, J. V. (2020). Studentene lærer om helserisikoer med å jobbe i et hjelperyrke. *Sykepleien forskning* e-82726. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.82726>
- Vråle, G. B. (2015). *Veiledning når det røyner på*. Gyldendal akademisk.
- Vråle, G. B., Borge, L. & Nedberg, K. (2017). Etisk refleksjon og bevisstgjøring i veiledning. *Sykepleien forskning* e-61626. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61626>
- Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene*. Universitetsforlaget.
- Wijdenes, K. L., Badger, T. A. & Sheppard, K. G. (2019). Assessing Compassion Fatigue Risk Among Nurses in a Large Urban Trauma Center. *The Journal of Nursing Administration*, 49(1), 19-23. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000702>
- World Medical Association. (2013, 06.09.22). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hentet 22.04.24 fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Xyrichis, A. & Rose, L. (2024). Interprofessional collaboration in the intensive care unit: Power sharing is key (but are we up to it?). *Intensive and Critical Care Nursing*, 80, 103536-103536. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103536>
- Ünlügedik, M. & Akbaş, E. (2023). The effect of spiritual well-being on compassion fatigue among intensive care nurses: A descriptive study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 77. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103432>
- Yu, H., Jiang, A. & Shen, J. (2016). Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: A cross-sectional

survey. *International Journal of Nursing Studies*, 57, 28-38.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.012>

PICo – skjema

			Engelske søkeord
P	Population	Intensivsykepleiere	Intensive care nurse* Nurse* Critical nurse* Critical care*
I	Interest	Opplevelser av forebygging av omsorgstretthet	Compassion fatigue* Prevent* Prevention*
Co	Context	Intensivavdeling	ICU* Intensiv care unit*

Søkestreng

Database	Søkeord	Antall treff
ORIA	Omsorgstretthet	22 treff
	Compassion fatigue* ICU* Prevent*	2 treff
	Compassion fatigue* ICU* Prevention*	16 treff
Nursing reference center plus (EBSCO)	Compassion fatigue	4 treff
Pubmed/CINAHL (EBSCO host)	Compassion fatigue*	102 treff
	Compassion fatigue* Intensiv care unit*	92 treff
	Compassion fatigue* Intensiv care unit* Prevention*	30 treff
Embase/Ovid	Compassion fatigue*	1527 treff (Ikke lest)
	Compassion fatigue* Intensive care*	50 treff
	Compassion fatigue* Prevention*	41 treff

Intervjuguide

Problemstilling - Hvordan opplever intensivsykepleieren at intensivavdelinger forebygger omsorgstretthet?

Gjennomføring av intervju

Dette intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd som vi vil ha lagret frem til 2024, og slettes etterpå. Vi vil ha taushetsplikt for hverandre, så om vi skal snakke om andre mennesker eller situasjoner må dette være anonymisert. Vi skal snakke om opplevelser i krevende pasientsituasjoner, hvordan arbeidsmiljøet og arbeidsbelastning påvirker omsorgstretthet og til slutt tiltak på ledelse og organisasjonsnivå som gjøres i forebyggende arbeid mot omsorgstretthet.

Arbeidsmiljøet i forebygging av omsorgstretthet

- Hvordan opplever du arbeidsmiljøet på avdelingen?
- Hvordan opplever du at arbeidsmiljøet bidrar til forebygging av omsorgstretthet?
- Hvilke tiltak opplever du at avdelingen gjør for å ivareta deg?
 - Eksempel på hva som blir gjort: Massasjestol? Mulighet for pause? Jevnlig veiledning? Debrief? Variasjon i arbeidet? Åpenhet for å ta opp utfordrende tema?

Opplevelser av krevende pasient situasjoner

- Kan du fortelle om en eller flere krevende anonymiserte pasientsituasjoner?
 - Hvordan opplevde du denne krevende pasientsituasjonen?
 - Kan du fortelle hvordan det har påvirket deg?
- Hvordan opplevde du å bli ivaretatt i og etter disse situasjonene? Og opplevde du å bli ivaretatt?
 - Eksempler: Kollegastøtte? Hverandre ivaretakelse? Debrief? Samtale med prest, psykolog, fagsykepleier eller leder? Veiledning? Veiledningsgrupper?
- Hva opplever du at kunne vært gjort for å ivareta deg?

Arbeidsbelastning i forebygging av omsorgstretthet

- Hvordan opplever du arbeidsbelastningen på avdelingen?
- Hvordan opplever du at arbeidsbelastningen påvirker din opplevelse av omsorgstretthet?
 - Føler du at mer arbeidsbelastning fører til mer omsorgstretthet? Og motsatt?
- Dersom du har hatt en pasient over lengre tid, hvordan påvirker det deg?
 - Hvordan vil det oppleves for deg å bytte pasient?

- Hva er ditt forhold til primærgrupper?
- Hvordan opplever du en forskjell fra før covid og nå?
- Opplever du tilfredshet i arbeidet og ønsker du fortsette med denne jobben?

Tiltak som gjøres på ledelse og organisasjonsnivå

- Kan du fortelle hvordan du opplever at ledelse legger til rette for bearbeiding etter krevende situasjoner?
 - Eksempel: Debrief, veiledning av sykepleier,
- Hvilke tiltak opplever du at gjøres på avdelingen for å forebygge omsorgstretthet?
- Hvilke tiltak mener du burde blitt gjort for å forebygge omsorgstretthet? Og har du forslag til tiltak som kan gjøres?
- Hvordan føler du at ledelse legger til rette for å heve din kompetanse?
- Føler du at du har behov for mer kompetanse i ditt arbeid og hvordan er muligheten til å heve kompetansen?
 - Eksempel: Kurs, konferanse, fagdager, faglunsj, egenstudier, internundervisning
- Opplever du at økt kompetanse har noe å bety for at du blir i jobben?

SIKT Godkjenning

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

22.08.2023, 18:22

[Meldeskjema](#) / [Compassion fatigue hos intensivsykepleiere](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

121174

Vurderingstype

Automatisk

Dato

08.08.2023

Tittel

Compassion fatigue hos intensivsykepleiere

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Prosjektansvarlig

Hege Kristin Aslaksen Kaldheim

Student

Marie Tunheim

Prosjektperiode

14.08.2023 - 31.12.2024

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.12.2024.

[Meldeskjema](#) **Grunnlag for automatisk vurdering**

Meldeskjemaet har fått en automatisk vurdering. Det vil si at vurderingen er foretatt maskinelt, basert på informasjonen som er fylt inn i meldeskjemaet. Kun behandling av personopplysninger med lav personvernulempe og risiko får automatisk vurdering. Sentrale kriterier er:

- De registrerte er over 15 år
- Behandlingen omfatter ikke særlige kategorier personopplysninger;
 - Rasemessig eller etnisk opprinnelse
 - Politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning
 - Fagforeningsmedlemskap
 - Genetiske data
 - Biometriske data for å entydig identifisere et individ
 - Helseopplysninger
 - Seksuelle forhold eller seksuell orientering
- Behandlingen omfatter ikke opplysninger om straffedommer og lovovertridelser
- Personopplysningene skal ikke behandles utenfor EU/EØS-området, og ingen som befinner seg utenfor EU/EØS skal ha tilgang til personopplysningene
- De registrerte mottar informasjon på forhånd om behandlingen av personopplysningene.

Informasjon til de registrerte (utvalgene) om behandlingen må inneholde<https://meldeskjema.sikt.no/64d12091-4f62-43a9-a538-bcbdaecb8ebb/vurdering>

Side 1 av 2

- Den behandlingsansvarliges identitet og kontaktopplysninger
- Kontaktopplysninger til personvernombudet (hvis relevant)
- Formålet med behandlingen av personopplysningene
- Det vitenskapelige formålet (formålet med studien)
- Det lovlige grunnlaget for behandlingen av personopplysningene
- Hvilke personopplysninger som vil bli behandlet, og hvordan de samles inn, eller hvor de hentes fra
- Hvem som vil få tilgang til personopplysningene (kategorier mottakere)
- Hvor lenge personopplysningene vil bli behandlet
- Retten til å trekke samtykket tilbake og øvrige rettigheter

Vi anbefaler å bruke vår [mal til informasjonsskriv](#).

Informasjonssikkerhet

Du må behandle personopplysningene i tråd med retningslinjene for informasjonssikkerhet og lagringsguider ved behandlingsansvarlig institusjon. Institusjonen er ansvarlig for at vilkårene for personvernforordningen artikkel 5.1. d) riktighet, 5.1. f) integritet og konfidensialitet, og 32 sikkerhet er oppfylt.

Fakultetets etiske komite godkjenning



Marie Tunheim

Tidspunkt for godkjenning: : 25/08/2023

Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - Omsorgstretthet hos intensivsykepleiere - RITM0225317

Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent.

Kommentar fra godkjenner:

Hilsen
Forskningsetisk komite
Fakultet for helse - og idrettsvitenskap
Universitetet i Agder

UNIVERSITETET I AGDER
POSTBOKS 422 4604 KRISTIANSAND
TELEFON 38 14 10 00

Samtykke skjema

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Intensivsykepleiers opplevelse av hvordan intensivavdelinger forebygger omsorgstretthet»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et mastergradstudium, hvor formålet er å undersøke hvordan du opplever at det gjøres forebyggende tiltak mot omsorgstretthet i intensivavdelingen. Opplysningene og dataene som kommer frem i forskningsprosjektet skal brukes til det formålet som er beskrevet. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med denne studien er å se på intensivsykepleierens opplevelse knyttet til forebyggende tiltak mot omsorgstretthet i noen utvalgte generelle intensivavdelinger. Vi har sett at det finnes et kunnskapshull når det kommer til forebygging av omsorgstretthet.

Problemstilling: Hvordan opplever intensivsykepleieren at intensivavdelinger forebygger omsorgstretthet?

Hensikten med studien er å få en dypere forståelse for hva som kan ha en forebyggende faktor i en intensivsykepleiers hverdag.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Agder er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi ønsker å intervju intensivsykepleiere med tilstrekkelig erfaring fra intensivavdeling. Det er tatt kontakt med fagsykepleier på intensivavdelinger i Helse Sør-Øst, hvor det ble spurt etter intensivsykepleiere i større stillinger (>75 % stilling) og minimum 5 års erfaring fra intensivavdeling. Fagsykepleiere har fått oppgaven å informere avdelingen om prosjektet, hvor deltagelse vil være frivillig. Dersom flere ønsker å delta, vil det gjøres en tilfeldig trekning. For å sikre tilstrekkelig data, vil det gjennomføres anslagsvis 8 intervjuer.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du sier ja til å delta i et intervju med oss i prosjektgruppen. Dette vil gjennomføres på et egnet rom ved din arbeidsplass. Intervjuet tas opp på lydbånd og deretter vil det transkriberes.

Opptakene lagres sikkert, som beskrevet under personvern, og slettes ved prosjektslutt

Det er frivillig å delta

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

- Kontaktperson: Mastergradsstudent Mona Hofstad Ellseth monahe15@uia.no

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- Ved Universitetet i Agder, vil kun prosjektgruppen bestående av mastergradsstudentene; Mona Hofstad Ellseth, Marie Tunheim, og veileder Hege Kristin Aslaksen Kaldheim ha tilgang til dine opplysninger.
- For å sikre ditt personvern, vil ditt navn erstattes med en kode som vil lagres på en egen oversikt som lagres adskilt fra øvrig data. Transkribert data vil også være aidentifisert, og behandles som personopplysninger. Datamaterialet lagres kryptert via Nettskjema.
- Du vil ikke kunne være gjenkjennbar i en eventuell publikasjon, men det kan være enkelte sitater du selv kan gjenkjenne.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes desember 2024 og datamaterialet med dine personopplysninger vil da slettes.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Agder har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, personverntjenester for forskning vurdert at personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

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

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

- Mastergradsstudent Mona Hofstad Ellseth, monahe15@uia.no telefon: 45866280
- Universitetet i Agder ved Hege Kristin Aslaksen Kaldheim, hege.kaldheim@uia.no, telefon: 372 33 423/910 07 380
- Vårt personvernombud: Trond Hauso, trond.hauso@uia.no telefon: 936 01 625

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- Epost: personverntjenester@sikt.no eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Opplevelse av forebyggende tiltak mot omsorgstretthet», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til å delta i et individuelt intervju som beskrevet i informasjonsskrivet.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet desember 2024.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Godkjenning fra personvernombud 1

 **Personvern**
SV: Masteroppgave om omsorgstretthet
Til: Mona Hofstad Ellseth

13. september 2023 kl. 12:17

Hei, Mona,

Jeg har ingen innvendinger til prosjektet, under forutsetning av at prosjektspørsmål må godkjennes av avdelingsleder siden det ble stilt mange spørsmål om arbeidsmiljø. Det er også viktig at ansattes svar ikke avslører konfidensiell informasjon.

Du kan gå videre med avdelings leder, og lykke til videre til prosjektet.

Med Vennlig Hilsen

Personvernombud, PhD.

Godkjenning fra personvernombud 2



SV: 23/09627-1 - Søknad om datainnsamling – masteroppgave - Hvordan opplever intensivsykepleieren at intensivavdelinger forebygger omsorgstretthet? - Mona Hofstad Ellseth og Marie Tunh...
Til: monahe15@student.uia.no

20. september 2023 kl. 08:51

[Detaljer](#)

Hei
Personvernombud har godkjent datainnsamlingen.

Godkjenning fra informasjonssikkerhetsleder

SV: 23/09627-1 - Søknad om datainnsamling – masteroppgave - Hvordan opplever intensivsykepleieren at intensivavdelinger forebygger omsorgstretthet? - Mona Hofstad Eliseth og Marie Tunh...

6. oktober 2023 kl. 08:42

Til: monahe15@student.uia.no

[Detaljer](#)

Hei

Informasjonssikkerhetsleder skriver:

Søknaden tilrådes godkjent, ref endringer i tekst som gjelder behandling av transkriberte data.

Det er riktignok fortsatt en liten inkonsistens i informasjonsskrivet ved at det under «Hva innebærer det for deg å delta» fortsatt står:

«Svarene du gir vil anonymiseres og lagres sikkert, som beskrevet under personvern.»

Opptaksfiler vil aldri være anonyme, så begrepet kan med fordel fjernes. Setningen, sammen med etterfølgende kulepunkt kan fx erstattes med (gitt at søker er enig) «Opptakene lagres sikkert, som beskrevet under personvern, og slettes ved prosjektslutt.»

Hvis du er enig i dette, kan du sende informasjonsskrivet på nytt så vil jeg lagre det på saken.

██████████

Arbeidsfordeling

Planlegging av gjennomføring av denne masterstudien gjorde vi sammen. Søknads- og rekrutteringsprosessen fordelte vi der Marie hadde ansvar for søknader til SIKT og FEK, mens Mona hadde ansvar for søknader til sykehus og kontakt via mail, Marie tok ansvar for å ringe der det var behov for det. Gjennomføringen av intervjuene ble først fordelt slik at vi tok to intervjuer hver på det ene sykehuset, mens på det andre var vi begge. Der Mona ledet ordet, men Marie hadde noen innslag med oppfølgingsspørsmål. Analysen ble utført som beskrevet i analysekapittelet under metode. Arbeidet med teoretisk forankring og metode ble fordelt mellom oss, hvor Marie har gjort mest på metodekapittelet og Mona har gjort mest på teoretisk forankring. Resultat og diskusjon er fordelt mellom oss. Der hvor vi har fordelt arbeidet mellom oss har vi i ettertid korrekturlest den andres arbeid, sånn at de ulike delene henger fint sammen. Vi har også lest gjennom oppgaven sammen og endret slik at store deler av teksten består av en god blanding av begges arbeid. Arbeidet med denne oppgaven har foregått i Word OneDrive for å hele tiden kunne være oppdatert på den andres arbeid. Mona har hatt ansvar for referansearbeidet med Endnote, da vi valgte å kun bruke en data for dette.