

Forebyggelse af arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker

– et systematisk mapping review

10. semester – Kandidatspeciale i Folkesundhedsvidenskab Aalborg Universitet,
Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet
Institut for Medicin og Sundhedsteknologi

Studerende: Caroline Fischer

Vejleder: Kirsten Schultz Petersen

Anslag uden tabeller: 190.109

Referencesystem: Harvard

Afleveringsdato: 3. januar 2020

Resumé

Titel: Forebyggelse af arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker – et systematisk mapping review.

Baggrund: I Danmark er andelen af sygeplejersker, der bliver stresset stigende. Dette har konsekvenser på både et individ- og et samfundsmæssigt niveau. Der findes ingen specifik årsag til stress blandt sygeplejersker, men årsagen kan findes i et komplekst samspil mellem sygeplejerskernes arbejds- og privatliv. I Danmark er der en overvægt af behandling til personer med stress, mens forebyggelsen er sparsom. Derudover er fokus for forebyggelsen primært på et individuelt niveau, mens strukturelle interventioner sjældent anvendes. Hidtil er der ikke foretaget en systematisk kortlægning af virkningsfulde forebyggende interventioner mod arbejdsrelateret stress henvendt sygeplejersker, som inddrager forebyggelse på flere niveauer end på det individuelle.

Formål: At identificere virkningsfulde forebyggende interventioner mod arbejdsrelateret stress henvendt sygeplejersker, for herigennem at udarbejde et beslutningsgrundlag til forandring af forebyggelse af arbejdsrelateret stress henvendt sygeplejersker.

Metode: Der er udført et systematisk mapping review med inspiration i anbefalinger fra The Cochrane Handbook og Booth et al. Der er søgt i Embase, Cinahl, PubMed, PsycInfo og ProQuest. Der er søgt efter studier med virkningsfulde forebyggende interventioner mod arbejdsrelateret stress henvendt til sygeplejersker. Studierne mappes ud fra Dahlgren og Whiteheads socio-økologiske model, og forandringsperspektivet udgøres af Kotters forandringsmodel og Fixsens implementeringsteori.

Resultater: Det systematiske mapping review inkluderer ni studier, som bidrager med viden om, hvilke interventioner der er virkningsfulde ift. at forebygge arbejdsrelateret stress hos sygeplejersker, og hvilke virkningsfulde elementer interventionerne inkluderer. Der er en overvægt af interventioner som placeres på det individuelle niveau, mens der er tre interventioner som placeres på flere niveauer i den socio-økologiske model.

Konklusion: De inkluderede studier bidrager med viden til et beslutningsgrundlag vedrørende virkningsfuld forebyggelse af arbejdsrelateret stress til sygeplejersker. Beslutningsgrundlaget henvendes til både stat og regioner, hospitalsledelse samt sygeplejersker. Dog er der behov for yderligere forskning på området.

Abstract

Title: Preventing work-related stress among nurses – a systematic mapping review

Background: The number of nurses who are stress in Denmark is increasing. Stress among nurses has consequences at both an individual level and at a societal level. There is no specific cause of stress among nurses, but the cause can be found in a complex interplay between nurses' work life and private life. Stress in Denmark is mainly being treated while prevention of stress is sparse. In addition, the focus of prevention is primarily on an individual level, while structural interventions are lacking. Until now, no systematic mapping of effective prevention aiming work-related stress among nurses which involve prevention at more levels than the individual level has been conducted.

Aim: The aim of this study is to identify effective preventive interventions against work-related stress targeted nurse. This in order to make a basis for decision for preventing work-related stress among nurses.

Method: A systematic mapping review has been conducted. The methodology of the review is based on the approach of the Cochrane Handbook and Booth et al. The databases of Embase, Cinahl, PubMed, PsycInfo and ProQuest have been searched. The search included effective preventive interventions for work-related stress targeted nurses. The included studies are systematically mapped based on Dahlgren and Whitehead's socio-ecological model and the perspective on change is based on Kotter's model of change and Fixsen's theory of implementation.

Results: The systematic mapping review includes nine studies which contribute with knowledge on which interventions that are effective in preventing work-related stress among nurses and which effective elements the preventive interventions include. There is most interventions that are placed at the individual level, while three interventions are placed at multiple levels in the socio-ecological model.

Conclusion: The included studies contribute with knowledge towards a basis for decision-making for effective prevention of work-related stress targeted nurses. The decision-making is addressed at both state and regions, the hospital management and nurses. However, further research in this particular area is needed.

Forord

Dette speciale er udarbejdet på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet. Specialet er udarbejdet i perioden september 2019 til januar 2020 af Caroline Fischer.

I forbindelse med udarbejdelse af specialet er der flere, som har vejledt, hjulpet og støttet undervejs, som jeg gerne vil rette en tak imod.

Først og fremmest vil jeg gerne takke min vejleder Kirsten Schultz Petersen, som har bidraget med grundig og konstruktiv vejledning, og som har medvirket til, at specialeperioden blev en særdeles lærerig oplevelse.

Derudover skal rettes en tak til universitetsbibliotekar Mette Buje Grundsøe, som har vejledt i udformningen af den systematiske litteratursøgning til specialets review.

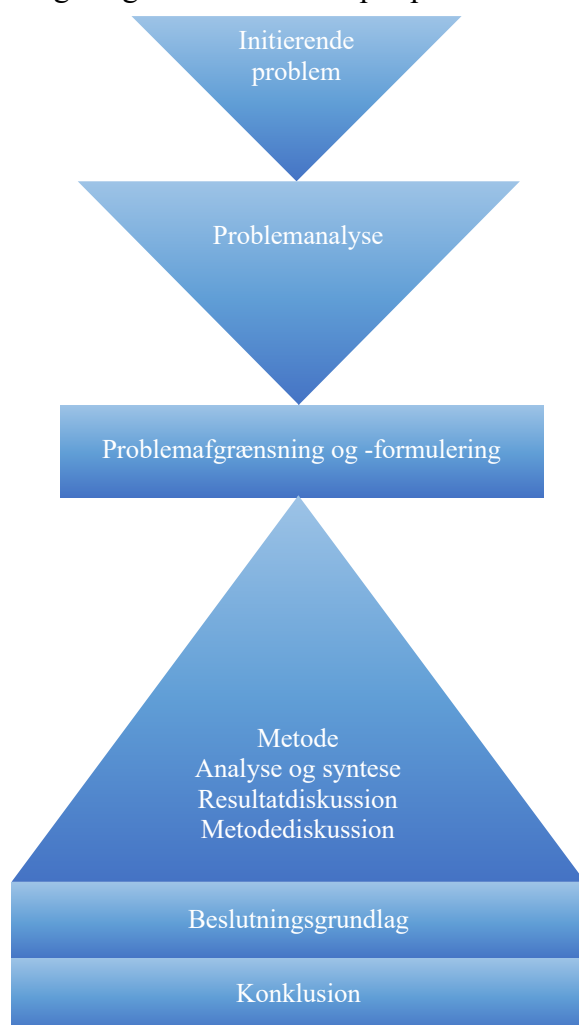
Jeg vil ligeledes benytte lejligheden til at takke min familie og mine venner, som har givet støtte samt tid og plads til specialeskrivningen.

God læselyst.

Caroline

Læsevejledning til dette speciale

Dette speciale er udformet med inspiration i Aalborg-modellen. Modellen er udviklet af Aalborg Universitet og tager udgangspunkt i princippet om problembaseret læring. Problembaseret læring har til formål at udvikle kompetencer til problemløsning, håndtering af viden, kommunikation og samarbejde (Holgaard *et al.*, 2016). Ved problembaseret læring søges endvidere at sammenkoble teori og praksis ved at tage udgangspunkt i et specifikt problem (Holgaard *et al.*, 2016). Specialets opbygning tager således udgangspunkt i Aalborg-modellen ved at det initierende problem indledningsvist beskrives, hvorefter dette udfoldes og analyseres i den efterfølgende problemanalyse. På baggrund af problemanalysen opstilles en problemafgrænsning, hvorefter problemformuleringen opstilles. Problemformuleringen er styrende for problembearbejdningen, som indeholder en beskrivelse af og begrundelse for de metoder der anvendes. Dernæst følger en analyse og syntese. Efterfølgende diskuteres resultaterne og de anvendte metoder, for herigennem at udforme et beslutningsgrundlag og slutteligt følger en konklusion på specialet.



Figur 1: Illustration over specialets disposition

Indholdsfortegnelse

1. INITIERENDE PROBLEM	1
2. PROBLEMANALYSE.....	2
2.1. STRESS BLANDT SYGEPLEJERSKER SOM ET FOLKESUNDHEDSPROBLEM	2
2.2. FORSTÅELSE AF STRESS	3
2.3. ÅRSAGER TIL STRESS	5
2.3.1. DET STRUKTURELLE NIVEAU	6
2.3.2. MILJØ-NIVEAUET	8
2.3.3. DET SOCIALE NIVEAU	10
2.3.4. DET INDIVIDUELLE NIVEAU	12
2.3.5. DET BIOLOGISKE NIVEAU	13
2.3.6. WORK-LIFE BALANCE	14
2.4. INDIVIDUELLE OG SAMFUNDSMÆSSIGE KONSEKVENSER AF STRESS	15
2.5. FOREBYGGENDE INDSATSER MOD STRESS	17
2.6. AFGRÆNSNING	18
3. PROBLEMFORMULERING.....	20
4. METODE.....	21
4.1. VIDENSKABSTEORETISK POSITION.....	21
4.2. SYSTEMATISK REVIEW	22
4.3. INKLUSIONS- OG EKSKLUSIONSKRITERIER	24
4.4. SØGESTRATEGI	26
4.4.1. PICO.....	27
4.4.2. SØGETERMER.....	28
4.4.3. DATABASER.....	29
4.4.4. UDVÆLGELSE OG KVALITETSVURDERING AF RELEVANTE STUDIER.....	29
4.5. DATAEKSTRAKTION	31
4.6. ANALYSE- OG SYNTSESTRATEGI	32
4.7. TEORI TIL MAPPING	33
4.8. TEORI TIL FORANDRING OG IMPLEMENTERING	35
4.8.1. KOTTERS FORANDRINGSMODEL	35
4.8.2. IMPLEMENTERINGSTEORI AF FIXSEN.....	36
5. RESULTATER OG ANALYSE	39
5.1. REVIEW MATRIX	39
5.2. ANALYSE	49
5.2.1. INTERVENTIONER PÅ FLERE NIVEAUER	50
5.2.2. INTERVENTIONER PÅ DET INDIVIDUELLE NIVEAU	57
5.3. SYNTSE PÅ TVÆRS AF DE INKLUDEREDE STUDIER.....	65
5.4. ANBEFALINGER.....	68

5.5. SUCCESFULD IMPLEMENTERING AF FORANDRING AF FOREBYGGELSE	71
<u>6. RESULTATDISKUSSION</u>	<u>74</u>
6.1.UDPRÆGET FOKUS PÅ INDIVIDET I FOREBYGGENDE INTERVENTIONER MOD ARBEJDSRELATERET STRESS	74
6.2. ÆNDRING AF ARBEJDSVILKÅR OG ARBEJDSMILJØ.....	75
6.3. TILSIGTEDE OG UTILSIGTEDE KONSEKVENSER VED ANBEFALINGERNE	77
6.4. BARRIERER FOR FORANDRING	79
<u>7. METODEDISKUSSION.....</u>	<u>81</u>
7.1.STYRKER OG SVAGHEDER VED DEN ANVENDTE TEORI.....	81
7.2. STYRKER OG SVAGHEDER VED DEN ANVENDTE METODE	84
<u>8. BESLUTNINGSGRUNDLAG</u>	<u>87</u>
<u>9. KONKLUSION.....</u>	<u>92</u>
<u>10.REFERENCELISTE.....</u>	<u>94</u>
<u>11.BILAGSFORTEGNELSE</u>	<u>100</u>

1. Initierende problem

Andelen af danskere, der er stressede, er stigende, og stress udgør således et stigende folkesundhedsproblem, eftersom stress har konsekvenser på både individ- og samfundsniveau (Jensen *et al.*, 2018). Stress kan medføre individuelle konsekvenser i form af komorbiditeter så som hjertekarsygdom og forhøjet blodtryk, samtidig med at det kan medføre individuelle konsekvenser i form af depression samt at livskvaliteten og det almene velbefindende kan blive negativt påvirket (Rosengren *et al.*, 2004; Rugulies *et al.*, 2006; Kivimäki *et al.*, 2012; Liu *et al.*, 2017). Som følge af de individuelle konsekvenser medfører stress ligeledes samfundsøkonomiske omkostninger i form af bl.a. sygefravær (Rod, 2011).

Ifølge Arbejdsmarkedets Erhvervsråd oplevede hver fjerde offentlige ansatte i 2018 stress (Lichtenberg and Steinitz, 2018). Blandt sygeplejersker var andelen som ”hele tiden” eller ”ofte” følte sig stresset i 2018 22 %, hvilket er en stigning fra 2015, hvor andelen var 19 %. 57 % af sygeplejerskerne angiver arbejdet som årsag til stress, mens 36 % angiver både privatliv og arbejde som årsag til stress (Sygeplejeråd, 2018). Årsager til stress kan findes på et strukturelt-, miljømæssigt-, socialt-, individuelt og biologisk niveau, hvorfor stress blandt sygeplejersker er en kompleks problemstilling, eftersom årsagerne i de forskellige niveauer interagerer (Dahlgren and Whitehead, 2007). Ud over de samfundsøkonomiske og individuelle konsekvenser af stress, kan stress blandt sygeplejersker ligeledes medføre konsekvenser for patienter i form af dårligere helbredsudfald samt længere indlæggelsestid (Chen and Chen, 2018). Stress blandt sygeplejersker udgør således en folkesundhedsmæssig problemstilling, eftersom det medfører konsekvenser for individet, patienter og samfundet.

På baggrund af ovenstående er det således vigtigt at have fokus på stressforebyggende tiltag til sygeplejersker for at forebygge, at andelen af sygeplejersker, der er stresset, stiger. Dog er der ikke konsensus om, hvordan stress skal forebygges, samtidig med at eksisterende indsatser i højere grad baseres på ”sund fornuft” frem for evidensbaseret forskning (Nielsen *et al.*, 2007). Det anses derfor som relevant at udarbejde et vidensgrundlag for at skabe konsensus om forebyggelsen, samt sikre at forebyggelsen er baseret på evidensbaseret forskning, for herigennem virkningsfuldt at forebygge arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker.

2. Problemanalyse

Indledningsvist kortlægges stress blandt sygeplejersker som et folkesundhedsproblem samt forståelsen af stress. Efterfølgende udfoldes mulige årsager til stress blandt sygeplejersker med udgangspunkt i den socio-økologisk model. Slutteligt fremhæves eksisterende forebyggende indsatser i Danmark for at kunne klarlægge, hvilken virkning nuværende indsatser har samt for at kunne kortlægge et muligt behov for forandring af måden at forebygge stress blandt sygeplejersker.

2.1. Stress blandt sygeplejersker som et folkesundhedsproblem

Dansk Sygeplejeråd udførte i 2015 undersøgelsen *"Sygeplejerskers arbejdsmiljø, trivsel og helbred"*, for at kortlægge sygeplejerskers oplevelse af deres arbejdsmiljø. Undersøgelsen viste, at 19 % af sygeplejerskerne "hele tiden" eller "næsten hele tiden" havde følt sig stresset inden for de seneste fire uger (Sygeplejeråd, 2015). I 2018 blev undersøgelsen gentaget, og her var andelen af sygeplejersker som "hele tiden" eller "ofte" følte sig stresset steget til 22 % (Sygeplejeråd, 2018). Andelen af sygeplejersker, som føler sig stresset, er således steget fra 2015 til 2018. Dog blev der i undersøgelsen fra 2018 spurgt til de seneste to uger, og ikke fire uger som i undersøgelsen fra 2015, hvorfor tallene ikke er helt sammenlignelige. I undersøgelsen fra 2018 fremkommer endvidere, at sygeplejersker, som har oplevet underbemanding, har haft overarbejde samt ikke har nået alle deres arbejdsopgaver, oftere har følt sig stresset inden for de seneste to uger (Sygeplejeråd, 2018). Samtidig peger undersøgelsen på, at andelen af sygeplejersker, som har følt sig stresset, er højere blandt sygeplejersker som arbejder på medicinske afdelinger og skadestuer (Sygeplejeråd, 2015). Der er ikke identificeret tal for sygeplejerskers sygefravær samt sygemelding relateret til stress generelt, dog har Dansk Sygeplejeråd i 2019 foretaget en analyse af sygefravær relateret til det psykiske arbejdsmiljø blandt nyuddannede sygeplejersker med højst tre års anciennitet. I analysen fremkommer, at 8 % af de adspurgte nyuddannede sygeplejersker har været sygemeldt i en kortere eller længere periode pga. psykiske faktorer i arbejdsmiljøet (Sygeplejeråd, 2019). Sygeplejersker angiver arbejdet som den største årsag til stress (57 %), mens 36 % angiver både arbejde og privatliv som årsag til stress (Sygeplejeråd, 2018). Stress blandt sygeplejersker er ligeledes identificeret i internationale studier, som blandt andet viser, at mellem 69 % og 75 % af sygeplejersker har oplevet stress (Gheshlagh *et al.*, 2017; Kakemam *et al.*, 2019).

På baggrund af at andelen af sygeplejersker, som føler sig stresset, er steget, anses stress blandt sygeplejersker som en folkesundhedsmæssig problemstilling. Der ses således et potentiale i at undersøge, hvordan stress blandt sygeplejersker kan forebygges.

2.2. Forståelse af stress

Stress defineres i litteraturen på adskillige måder, og der findes således ikke en entydig definition (Cohen, Gianaros and Manuck, 2016). På grund af denne diskrepans mellem, hvad stress defineres som, vil dette afsnit indeholde flere forskellige forståelser af stress. Ifølge Cohen, Gianaros og Manuck (2016) findes tre traditioner inden for forståelsen af stress: den epidemiologiske tradition, den biologiske tradition samt den psykologiske tradition. Disse tre forståelser af stress vil analyseres i næstfølgende afsnit.

Ifølge den epidemiologiske tradition udgør begivenheder eller belastninger, også kaldet stressorer, en trussel mod individets fysiske og sociale velvære, hvilket kan forårsage stress (Cohen, Gianaros and Manuck, 2016). Stressorer er defineret ved eksterne belastninger, som f.eks. kan være livsbegivenheder så som skilsmisse eller død, belastninger i det daglige f.eks. trafikforsinkelser eller specifikke karakteristika ved individets psykosociale arbejdsmiljø f.eks. arbejdsomængde eller indflydelse på arbejde (Nielsen and Kristensen, 2007). Stressorerne kan anskues som værende forhold, som udgør en trussel mod individets sundhed. Der er i den epidemiologiske tradition lavet forskellige modeller, som afgør, hvorvidt en begivenhed eller belastning forårsager stress (Cohen, Gianaros and Manuck, 2016). Det vil sige, at stress, ifølge den epidemiologiske tradition, ikke er individuel, da en specifik belastning eller begivenhed vil medføre en tilsvarende mængde stress for alle individer, som udsættes herfor.

Ifølge den biologiske tradition anses stress som værende ændringer i det fysiologiske system som følge af belastninger, som individet oplever som truende (Cohen, Gianaros and Manuck, 2016). Ændringerne, som forekommer i det fysiologiske system, er øget udskillelse af stresshormonerne adrenalin, noradrenalin og kortisol. Som følge af den øgede udskillelse af de tre stresshormoner sker en øget aktivitet i det sympatiske nervesystem samt en nedsat aktivitet i det parasympatiske nervesystem, som bl.a. medvirker til stigning i blodtrykket og øget spænding i musklerne. Disse fysiologiske ændringer forekommer ved akut stress, og kan, hvis de foregår over en kort periode, være støttende ift. mestring. På lang sigt kan ændringerne dog resulterer i en kronisk stresstilstand, eftersom kroppen har brug for en afslappende periode for at opretholde homeostase, hvilket kan medføre sygdomsrisiko (Schibye and Klausen, 2013; Cohen, Gianaros and Manuck, 2016).

Den psykologiske tradition betragter, modsat den epidemiologiske tradition, stress som værende individuel, eftersom den samme begivenhed eller belastning kan være stressende for nogle men ikke for andre. Stress afhænger således ikke af, hvilken begivenhed individet udsættes for men individets

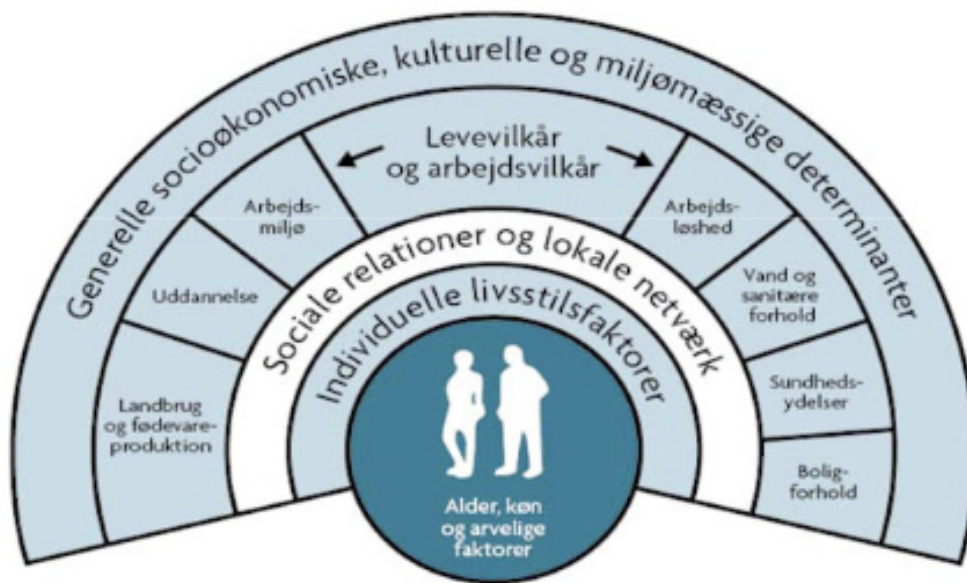
oplevelse af belastningen (Cohen, Gianaros and Manuck, 2016). Den psykologiske tradition er baseret på Lazarus og Folkmans forståelse af stress, hvilken de beskriver som et særligt forhold mellem individ og omgivelser, der opfattes som en belastning af individet, eller som overstiger individets ressourcer og truer dets velbefindende (Lazarus and Folkman, 1984). Centralt for denne tradition er også Lazarus og Folkmans coping-begreb. Coping er, ifølge Folkman og Lazarus (1984), mentale og adfærdsmæssige reaktioner på udfordringer og belastninger. Det ser derfor ud til, at den psykologiske tradition lægger vægt på individets oplevelse af stress og dets coping i forhold til at overkomme stress.

De tre traditioner inden for forståelsen af stress har forskellige syn på sundhed, hvilke kan opdeles i et sundhedsfundamentalistisk og sundhedsrelativistisk syn på sundhed jf. Steen Wackerhausen (1995). Sundhedsfundamentalismens syn på sundhed er, ifølge Wackerhausen (1995), præget af biologiske og objektive forklaringer, som afgør, hvorvidt individet er sundt eller ej. På baggrund heraf anses den epidemiologiske og den biologiske tradition for at have et sundhedsfundamentalistisk fokus, eftersom der er fastlagte pointsystemer og biologiske forklaringer, som er bestemmende for, om individet har stress eller ej. Anderledes er den psykologiske tradition præget af sundhedsrelativismen, fordi denne har fokus på lægperspektivet, og på at sundhed er individuelt kropserfaret (Wackerhausen, 1995). Den psykologiske tradition af forståelsen af stress kan således anskues som sundhedsrelativistisk, eftersom fokus er på individets oplevelse af belastning. En konsekvens af sundhedsfundamentalismen er, at individets perspektiv undertrykkes, hvilket understøttes af Arthur Kleinmans (1980) perspektiv på sundhed og sygdom, hvilket han benævner *illness* og *disease* (Kleinman, 1980). *Illness* definerer Kleinman som individets subjektive oplevelse af et fænomen, som kan ses i relation til den psykologiske tradition, hvorimod *disease* defineres som ekspertsynet på sundhed og sygdom, og hvor fokus er på det biologiske fænomen, hvilket i denne sammenhæng kan sidestilles med den epidemiologiske og den biologiske tradition (Kleinman, 1980). En konsekvens af forståelsen af stress ud fra den biologiske og den epidemiologiske tradition er, at individets oplevelse af stress kun anerkendes, såfremt biologiske og epidemiologiske indikatorer finder sted. Manglende inddragelse af lægperspektivet kan, ifølge Kleinman (1980), medføre non-compliance pga. manglende motivation fra individet (Kleinman, 1980). En konsekvens af forståelsen af stress ud fra den psykologiske tradition er, at det er op til individet at definere sundhed og sygdom, hvilket kan få individet til at føle sig ladet alene, samtidig med at det er et stort ansvar for individet (Wackerhausen, 1995; Otto, 2009).

Det ser dermed ud til, at der hersker forskellige forståelser af stress, og det tyder endvidere på, at de forskellige perspektiver kan have utilsigtede konsekvenser for individet, såfremt de står alene. Når dette sammenholdes med Cohen, Gianaros og Manucks (2016) perspektiv på stress, vil det sige, at der bør anvendes et mere holistisk syn på stress, hvor de tre traditioner inden for stress integreres i en samlet forståelse.

2.3. Årsager til stress

Følgende afsnit har til hensigt at identificere mulige årsager til stress blandt sygeplejersker med udgangspunkt i Dahlgren og Whiteheads (2007) socio-økologiske model. Den socio-økologiske model inddrager determinanter til sundhed på et strukturelt-, miljø-mæssigt, socialt, individuelt- og biologisk niveau (Dahlgren and Whitehead, 2007). Ifølge Dahlgren og Whitehead (2007) interagerer de forskellige niveauer med hinanden og skaber en gensidig påvirkning. Ifølge Dahlgren og Whitehead bør der i interventioner fokuseres på flere niveauer i modellen for effektivt at håndtere de bagvedliggende årsager (Dahlgren and Whitehead, 2007). Anvendelse af den socio-økologiske model forventes dels at kunne klarlægge mulige årsager til stress på de forskellige niveauer og dels at kunne tydeliggøre, hvordan de forskellige niveauer interagerer med hinanden. De næstkommende afsnit er struktureret fra den socio-økologiske models yderste lag omhandlende det strukturelle niveau og ind til det inderste lag omhandlende det biologiske niveau.



Figur 2: Determinanter til sundhed på et strukturelt-, miljømæssigt-, socialt-, individuelt og biologisk niveau. De forskellige niveauer interagerer, hvorfor modellen er dynamisk (Dahlgren & Whitehead, 2007).

2.3.1. Det strukturelle niveau

Nedenstående afsnit tager udgangspunkt i den socio-økologiske models yderste niveau, som omfatter strukturelle omgivelser, herunder generelle socioøkonomiske og politiske forhold, som påvirker individets sundhedsadfærd (Dahlgren and Whitehead, 2007). Afsnittet vil omhandle normeringer i sundhedsvæsenet samt sygeplejerskens rolle ift. sundhedsydelser, da disse kan have indflydelse på sygeplejerskers følelse af stress (Aiken *et al.*, 2002; Vahey *et al.*, 2004; Sveinsdóttir, Biering and Ramel, 2006).

2.3.1.1. Normeringer i sundhedsvæsenet

Sundhedsvæsenet i de forskellige regioner bliver dels finansieret af staten med ca. 81 % og af kommunerne med ca. 18 %. Der er frihed for den enkelte region til at prioritere, hvordan ressourcerne fordeles, dog skal overordnede rammeaftaler overholdes (PricewaterhouseCoopers and McKinsey&Company, 2018). På sygehusene er det hospitalsledelsen, der bestemmer de enkelte afdelingers budget og normeringer, dog i dialog med de enkelte afdelinger (PricewaterhouseCoopers and McKinsey&Company, 2018). Normeringerne på sygehusene fastlægges således overordnet af hospitalsledelsen, som får deres budget fra staten og kommunen, hvorfor normeringer er en del af det yderste lag i den socio-økologiske model, da de er indbefattet af strukturelle og politiske forhold.

Som tidligere beskrevet lavede Dansk Sygeplejeråd i 2018 en undersøgelse af sygeplejerskers arbejdsmiljø og trivsel, hvor 22 % af de adspurgte sygeplejersker ”hele tiden” eller ”ofte” følte sig stresset, hvortil 57 % angav arbejdet som hovedårsag til, at de følte sig stresset (Sygeplejeråd, 2018). Blandt årsagerne til stress hos sygeplejerskerne var arbejdspress, overarbejde samt underbemanding (Sygeplejeråd, 2018). Årsagen til stress blandt sygeplejersker kan således til dels tilskrives normeringerne på sygehusene, eftersom underbemanding, overarbejde og arbejdspress er et resultat af normeringerne. Dette understøttes i litteraturen, som finder, at normeringer, herunder underbemanding, og arbejdspress heraf, er en årsag til stress blandt sygeplejersker. En spørgeskemaundersøgelse blandt sygeplejersker i USA, finder en positiv association mellem antal patienter per sygeplejerske og stress, hvor flere patienter per sygeplejerske var associeret med en højere risiko for stress (Aiken *et al.*, 2002). Dette understøttes af en anden spørgeskemaundersøgelse fra USA, som viser, at der er en sammenhæng mellem bemanning og stress, hvor utilstrækkelig bemanning medfører højere rapportering af stress (Vahey *et al.*, 2004).

På baggrund af ovenstående kan underbemanding, arbejdspress og overarbejde som følge af normeringer anses som årsag til, at sygeplejersker føler sig stresset. Det arbejdspress som sygeplejersker oplever, kan, udover at være forårsaget af normering, også være forårsaget af sygeplejerskens alsidige arbejde, som sammen med lave normeringer kan forårsage stress blandt sygeplejersker. Næstfølgende afsnit vil således omhandle sygeplejerskens alsidige arbejde og arbejdsopgaver, for at få en forståelse for, hvorledes dette kan medvirke til, at sygeplejersker føler sig stresset.

2.3.1.2. Sygeplejerskens opgaver

I Sundhedsloven fremkommer, hvilket formål og hvilke opgaver sundhedsvæsenet, og herunder sygeplejersken, skal yde til patienterne, hvorfor sygeplejerskens arbejdsopgaver er politisk bestemt og befinder sig således i det yderste lag af den socio-økologiske model. I Sundhedslovens §1 står, at sundhedsvæsenets formål er at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom for den enkelte patient (Sundheds- og ældreministeriet, 2019). §2 i Sundhedsloven fastsætter endvidere, at der skal være respekt for det enkelte menneske og dets medbestemmelse (Sundheds- og ældreministeriet, 2019). Sygeplejersken skal således fremme, forebygge og behandle sygdom, samtidig med at sikre at patienten bliver medinddraget. Flere studier har vist, at sygeplejefaget er et anstrengende arbejde, og at arbejdsrelateret stress er velkendt blandt sygeplejersker (Elfering *et al.*, 2002; Lee and Wang, 2002; Santos *et al.*, 2003; Sveinsdóttir, Biering and Ramel, 2006).

Sygeplejersker der arbejder indenfor forskellige specialer vil blive konfronteret med forskellige arbejdsopgaver og arbejdsforhold, f.eks. nattevagter samt stressede og følelsesmæssige situationer f.eks. lidende og døende patienter, hvilket også har betydning for, hvorvidt sygeplejersker bliver stresset eller ej (Sveinsdóttir, Biering and Ramel, 2006). Derudover fungerer sygeplejersker som gatekeepere i sundhedsvæsenet, eftersom de besidder roller i form af planlæggere, koordinatore og plejeyder (Sveinsdóttir, Biering and Ramel, 2006). Sygeplejersker udfører derudover et utal af opgaver uddelegeret af andre for at behandle sygdom samtidig med, at de udfører sygeplejefaglige opgaver for at fremme sundhed og styrke reaktioner på sygdom (Sveinsdóttir, Biering and Ramel, 2006). Der er således få opgaver, der når frem til patienten, som ikke først har været igennem sygeplejersken. Som det største bindeled til sundhedsydelser har sygeplejersker derfor en betydningsfuld rolle ift. kvaliteten af patienternes behandling (Jones, Hamilton and Murry, 2015). Sygeplejerskens mange roller og opgaver i sundhedsvæsenet kan således være en medvirkende årsag til stress. Sygeplejerskens alsidige arbejde og normeringer i sundhedsvæsenet kan altså medvirke til øget arbejdspress, som således kan anskues som årsag til, at sygeplejersker føler sig stresset.

2.3.1.3. Opsamling af det yderste lag samt interageren med næste lag

På baggrund af de ovenstående afsnit kan mulige årsager til stress blandt sygeplejersker således være strukturelle og politiske forhold i samfundet. Sygeplejersker rapporterer arbejdspress, underbemanding samt overarbejde som årsag til, at de føler sig stresset. Dette kan være influeret af normeringer i sundhedsvæsenet, som gør, at sygeplejersker oplever et større arbejdspress, fordi de har ansvar for flere patienter, hvilket kan lede til højere rapporteringer af stress. Derudover kan arbejdspresset være påvirket af sygeplejerskens alsidige arbejde, som sammen med lave normeringer kan fører til stress. Det øgede arbejdspress har betydning for sygeplejerskers arbejdsmiljø, eftersom arbejdsmiljø bl.a. indbefatter balancen mellem ressourcer og krav. Arbejdsmiljøet kan derfor anskues som at være determineret af og interagerer således med de strukturelle og politiske faktorer i det yderste lag i den socio-økologiske model, da normeringer og sygeplejerskens arbejdsopgaver har betydning for sygeplejerskernes arbejdsmiljø.

2.3.2. Miljø-niveauet

Følgende afsnit tager udgangspunkt i den socio-økologiske models andet niveau, som vedrører de sociale og materielle forhold, som mennesker arbejder og lever under, hvilket har betydning for deres

sundhed (Dahlgren and Whitehead, 2007). Afsnittet vil omhandle sygeplejerskers fysiske og psykosociale arbejdsmiljø.

Det fysiske arbejdsmiljø udgør de bevægelser, kropsspositioner og aktiviteter som sygeplejersken udfører i arbejdstiden (Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2014). Ifølge rapporten *Sygeplejerskers arbejdsmiljø og trivsel* fra 2018 arbejder mere en hver fjerde sygeplejerske i foroverbøjet stilling mindst halvdelen af tiden, samt hver femte arbejder i stillinger, hvor de vrider i ryggen mindst halvdelen af tiden. Samtidig har hver fjerde sygeplejerske inden for de sidste 12 måneder inden undersøgelsen været udsat for en eller flere arbejdsulykker (Sygeplejeråd, 2018). Et studie omhandlende arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker finder, at årsager til stress blandt sygeplejersker blandt andet er det fysiske arbejdsmiljø (Santos *et al.*, 2003). På baggrund heraf er sygeplejersker i risiko for at blive stresset, eftersom de, har et risikofyldt fysisk arbejdsmiljø, jævnfør resultater fra rapporten *Sygeplejerskers arbejdsmiljø og trivsel* fra 2018 (Sygeplejeråd, 2018).

Det psykosociale arbejdsmiljø omfatter adskillige faktorer, som kan påvirke arbejdsmiljøet, det kan f.eks. være forholdet til kollegaer og leder, balancen mellem ressourcer og krav samt balancen mellem indsats og belønning (Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2014). Ifølge rapporten *Psykisk arbejdsmiljø blandt sygeplejersker* er især skadestuer, medicinske afdelinger samt psykiatrien særligt belastede på det psykiske arbejdsmiljø. Sygeplejerskers arbejdsmængde og krav overstiger ofte sygeplejerskernes ressourcer, hvilket f.eks. kommer til udtryk ved, at 23,3 % tilkendegiver, at de ofte ikke når alle deres arbejdsopgaver (Sygeplejeråd, 2013). I forhold til social støtte tilkendegiver 74 %, at de altid eller ofte får hjælp og støtte fra kollegaer. Derudover svarer 62 % af sygeplejerskerne, at deres leder altid eller ofte lytter til deres problemer, dog er dette antal mindre end de danske lønmodtagere, hvor 76 % svarer, at deres leder altid eller ofte lytter til deres problemer. (Sygeplejeråd, 2013). Årsager til stress blandt sygeplejersker er, som tidligere nævnt, ifølge rapporten fra Dansk Sygeplejeråd, arbejdspress, overarbejde og underbemanding (Sygeplejeråd, 2018), hvortil litteraturen angiver arbejdsmængde, personlig ansvarlighed, arbejds erfaring, uforudsigelighed samt de organisatoriske forhold, som årsager til stress (Sveinsdóttir, Biering and Ramel, 2006). På baggrund heraf har det psykosociale arbejdsmiljø betydning for, at sygeplejersker føler sig stresset. Ifølge Arbejdsmiljøloven er det juridiske ansvar for arbejdsmiljøet, både det fysiske og psykosociale arbejdsmiljø, lederens. Dog har medarbejdere, ifølge Arbejdsmiljøloven, et medansvar for at sikre et godt arbejdsmiljø (Beskæftigelsesministeriet, 2019). På baggrund heraf kan stress forårsaget af

sygeplejerskens arbejdsmiljø ikke alene tilskrives lederen på arbejdspladsen, men arbejdsmiljøet skal anskues som et fælles ansvar.

Til vurdering af arbejdsrelateret stress findes *Job Strain modellen*, som arbejder med dimensionerne krav og kontrol, hvor der findes 4 belastningstilstande: en aktiv tilstand (høje krav, høj kontrol), en belastende tilstand (høje krav, lav kontrol), en passiv tilstand (lave krav, lav kontrol) og en afslappende tilstand (lave krav, høj kontrol) (Nielsen and Kristensen, 2007). Arbejdsrelateret stress opstår som et resultat af høje krav og lav kontrol (*high job strain*). Modellen er senere blevet udvidet med dimensionen social støtte (Nielsen and Kristensen, 2007). På baggrund heraf vil sygeplejersker som oplever høje krav og lav kontrol samt lav social støtte være i risiko for at opleve arbejdsrelateret stress, hvilket således er i overensstemmelse med sygeplejerskens ovennævnte arbejdsmiljø, hvorfor arbejdsmiljøet er en muligt årsag til stress blandt sygeplejersker.

En del af arbejdsmiljøet er som tidligere nævnt, social støtte, hvorfor næstfølgende afsnit vil omhandle dette. Såfremt der er lav social støtte kan det have indflydelse på arbejdsmiljøet, hvorfor de to niveauer interagerer i den socio-økologiske model. Denne interageren mellem årsagerne, arbejdsmiljø og støttemuligheder, betyder, at forebyggelse af stress blandt sygeplejersker ikke kun kan have fokus på f.eks. arbejdsmiljø, da social støtte har indflydelse på arbejdsmiljøet, og såfremt sygeplejersker oplever lav social støtte, vil dette påvirke arbejdsmiljøet, hvor der i en intervention mod stress skal være opmærksomhed på niveauernes interageren.

2.3.3. Det sociale niveau

Følgende afsnit tager udgangspunkt i det tredje niveau i den socio-økologiske model. Dette niveau omhandler støttemuligheder, herunder sociale og familiære støttemuligheder, som findes i individets netværk, og som har betydning for individets sundhed (Dahlgren and Whitehead, 2007). Ifølge Dahlgren og Whitehead har individet større mulighed for at modstå påvirkninger, som truer sundheden, såfremt det indgår i et stærkt og positivt netværk (Dahlgren and Whitehead, 2007). Formålet med følgende afsnit er således at fremanalysere betydningen af sygeplejerskers sociale netværk ift. stress.

I en metaanalyse fremkommer, at sociale relationer har betydning for individets fysiske og psykiske helbred (Holt-Lunstad *et al.*, 2015). Dette kommer til udtryk ved, at individer med stærke sociale relationer oftere har et bedre helbred, bliver sjældnere ramt af sygdom samt hurtigere kommer sig

over sygdom sammenlignet med personer med svage sociale relationer (Lund, 2011; Holt-Lunstad *et al.*, 2015; Sundhedsstyrelsen, 2018a). Sociale relationers betydning for helbredet, kommer ligeledes til udtryk ved stress. I den Nationale Sundhedsprofil fra 2017 er andelen med et højt stressniveau større ved enlige sammenlignet med gifte (Sundhedsstyrelsen, 2018a). Positive og stærke sociale relationer kan således anskues som en beskyttende faktor imod stress. Sociale relationer som en beskyttende faktor kommer ligeledes til udtryk ved sygeplejersker. Flere studier finder, at sygeplejersker, der oplever høj social støtte, har en lavere følelse af stress (AbuAlRub, 2004; Woodhead, Northrop and Edelstein, 2016). Et studie finder, at sygeplejersker, som får meget social støtte fra sine kollegaer, rapporterer en lavere oplevelse af arbejdsrelateret stress (AbuAlRub, 2004). Et andet studie som har undersøgt forskellige former for social støtte, herunder familiær støtte, kollegial støtte og støtte fra leder, finder ingen signifikant forskel i forhold til, hvilken form for støtte individet får sin sociale støtte fra, men finder at jo højere grad af social støtte des lavere følelse af stress (Woodhead, Northrop and Edelstein, 2016). På baggrund heraf udledes, at en lav grad af social støtte kan være en årsag til, at sygeplejersker føler sig stresset, samtidig med at positive og stærke sociale relationer kan være en beskyttende faktor mod stress.

Måden hvorpå social støtte kan fungere som en beskyttende effekt i forhold til stress, kan forklares ved hjælp af to modeller; *stress-buffer-modellen* og *main effect-modellen*. Stress-buffer-modellen forklarer, hvordan individer, som er udsat for stresspåvirkninger, har en gavnlig effekt af sociale relationer (Otto, 2009). Forklaringen på dette, vha. stress-buffer-modellen, er, at social støtte enten medvirker til at mindske stresspåvirkningens skadelige effekt på helbredet eller ved at afværge stresspåvirkning (Otto, 2009). Således udgør social støtte en buffer mellem stresspåvirkning og sygdomsudfald, hvilket betyder, at individer med højere grad af social støtte påvirkes mindre af stresspåvirkninger. Main effect-modellen forklarer, hvordan social støtte har en generel gavnlig helbredseffekt, som er uafhængig af stresspåvirkningen. Den gavnlige helbredseffekt formodes at skyldes en kontinuerlig følelse af tilhørsforhold, stabilitet samt forudsigelighed, som skyldes den sociale støtte (Otto, 2009). Sociale relationer og social støtte har således afgørende betydning for, hvorvidt sygeplejersker føler sig stresset eller ej. Såfremt sygeplejersken har høj social støtte kan denne anvendes til at mindske stress samt få et bedre generelt helbred jf. stress-buffer-modellen og main effect-modellen.

Link og Phelan argumenterer ligeledes for, at social støtte har betydning for individets helbred. Ifølge Link og Phelan (2010) udgør sociale relationer en "fundamental cause" til sygdom, hvilket henleder

til, at sociale relationer og herigennem social støtte er en ressource, som kan medvirke til at afgøre omfanget af sygdom. En "fundamental cause" er således, ifølge Link og Phelan (2010), en distal risikofaktor, som kan være afgørende for, om proksimale risikofaktorer medfører sygdom (Phelan, Link and Tehranifar, 2010). Således kan sociale relationer og social støtte anskues som en årsag til, hvorvidt individet udvikler sygdom, hvilket ligeledes kan henføres til stress.

På baggrund af ovenstående udledes, at sociale relationer kan være en mulig årsag til, at sygeplejersker føler sig stresset, eftersom studier viser, at en lav grad af social støtte medfører en højere følelse af stress. Derudover kan sociale relationer virke som en buffer ift. stress som enten mindsker eller afværger stresspåvirkningen, eller sociale relationer kan give en generel helbredseffekt, da social støtte kan medvirke til en følelse af tilhørsforhold og stabilitet i livet, hvilket understøttes af, at social støtte kan anskues som en fundamental årsag til stress, såfremt graden af social støtte er lav. Årsager til stress kan dog også, jf. Dahlgren og Whitehead (2007), anskues ud fra et individuelt perspektiv og afhænge af individets livsstil og individuelle faktorer, hvorfor næste afsnit vil omhandle dette.

2.3.4. Det individuelle niveau

Næstfølgende afsnit vil omhandle den socio-økologiske models fjerde niveau, som omhandler individuelle livsstilsfaktorer, såsom kost, rygning, alkohol og motion. Derudover vil dette niveau indeholde individuelle faktorer, som har betydning for individets sundhed. Ifølge Dahlgren og Whitehead (2007) har de individuelle faktorer betydning for individets sundhed.

I Den Nationale Sundhedsprofil 2017 associeres et højt stress niveau med at være daglig ryger, svært overvægtig samt inaktivitet (Sundhedsstyrelsen, 2018a). Dog er Den Nationale Sundhedsprofil 2017 en tværsnitsundersøgelse, hvorfor det ikke kan konkluderes, hvorvidt stress er en konsekvens af risikofaktorerne, eller risikofaktorerne er en konsekvens af stress (Juul, 2012). Stress forbindes dog også i litteraturen med de forskellige livsstilsfaktorer. Ifølge en metaanalyse falder stressniveauet ved individer, som ophører med at ryge, mens stressniveauet forbliver det samme ved individer, som fortsætter med at ryge (Taylor *et al.*, 2014). Dog er metanalysen foretaget på baggrund af observationsstudier, hvorfor der også kun findes en association, og derved ikke om det er rygeophøret, der har forårsaget mindre stress, eller om det er mindre stress, der har medvirket til rygeophør. Overvægt er i litteraturen ligeledes associeret med stress. Et kohortestudie viser, at der

findes en association mellem højere oplevet stress og højere BMI (Mouchacca, Abbott and Ball, 2013). Dog kan årsagssammenhængen ikke forklares ud fra kohortestudiet og Den Nationale Sundhedsprofil, hvorfor det ikke vides om stress er årsag til overvægt, eller om overvægt er årsag til stress. Associationen mellem højt stressniveau og inaktivitet findes ligeledes i litteraturen. Et studie finder, at fysisk aktivitet kan fungere som en beskyttende effekt ift. stress, hvilket medvirker til, at inaktivitet kan associeres med stress (Hamer, 2012).

Denne forskellighed ift. niveauet af stress, kan også skyldes individets individuelle coping. Lazarus og Folkman definerer coping, som en konstant kognitiv og adfærdsmæssig forandring for at håndtere specifikke eksterne og/eller interne krav (Lazarus and Folkman, 1984). Der findes, ifølge Lazarus og Folkman, to formål med coping, hvilke er at regulere stressfulde følelser og ændre omgivelserne, som forårsager stress (Lazarus and Folkman, 1984). Overordnet findes to coping-strategier; *problemfokuseret coping* og *emotionsfokuseret coping*. Den problem-fokuseret coping består af adfærdsmæssige og kognitive forsøg på at modificere eller eliminere den påvirkning, som forårsager stress hos individet. Den emotions-fokuserede coping handler modsat om at regulere de emotionelle reaktioner, som er fremkaldt af påvirkningen (Lazarus and Folkman, 1984). Om individet bliver stresset, kan altså på baggrund af Lazarus og Folkman (1984), skyldes individets grad af coping.

På baggrund af Taylor et al. (2014), Mouchacca, Abbott og Ball (2013), Hamer (2012) samt Sundhedsstyrelsen (2018) anskues livsstilsfaktorerne som værende mulige årsager til, at individet føler sig stresset. Dog medvirker studierne design til, at det ikke er muligt at afgøre årsagssammenhængen. Sammenhængen mellem livsstilsfaktorer og stress kan forklares ved hjælp af individets coping, som har betydning for individets håndtering af stressfulde påvirkninger, og derved oplevelsen af stress. Dog kan biologiske faktorer også være medvirkende til individets oplevelse af stress, hvilket næste afsnit vil omhandle.

2.3.5. Det biologiske niveau

Næstfølgende afsnit omhandler det inderste niveau i den socio-økologiske model, hvor biologiske faktorer, så som køn, alder og genetik findes, hvilke har betydning for individets sundhed (Dahlgren and Whitehead, 2007). Faktorerne i det inderste niveau af modellen er uforanderlige, og de er ikke årsager til stress, men det at besidde en specifik alder og et specifikt køn, kan sammen med de andre årsager medvirke til stress.

Ifølge Den Nationale Sundhedsprofil 2017 er andelen med højeste stressniveau, set ift. alder, størst i aldersgruppen 16-24 år, hvorefter andelen falder til aldersgruppen =>75 år, hvor andelen stiger igen (Sundhedsstyrelsen, 2018a). Denne fordeling af stress ift. alder ses også hos sygeplejersker, da sygeplejersker under 30 år angiver oftere at have følt sig stresset inden for de seneste to uger, end ældre sygeplejersker (Sygeplejeråd, 2018). I Den Nationale Sundhedsprofil fra 2017 fremkommer, at der er flere kvinder (29 %) end mænd (21 %), der har et højt stress niveau (Sundhedsstyrelsen, 2018a). Dette findes ligeledes i et studie, som finder, at kvinder rangerede sig signifikant højere end mænd ift. stress (Matud, 2004). Denne kønsforskel kan, ifølge Matud (2004), skyldes at kvinder finder påvirkninger mere stressende end mænd. Alder og køn kan således være medvirkende mulige årsager til stress blandt sygeplejersker.

2.3.6. Work-life balance

Gennem problemanalysen er fremanalyseret, at der findes flere forskellige årsager til, at sygeplejersker føler sig stresset, og at disse årsager interagerer på de forskellige niveauer i den socio-økologiske model. Denne interageren mellem de forskellige årsager kan beskrives ud fra begrebet *work-life balance*. Begrebet work-life balance indbefatter, hvorvidt individet har lige meget engagement i sit arbejdsliv og sit privatliv, og hvorvidt der opstår konflikt i forhold hertil (Sirgy and Lee, 2018). Konflikter i work-life balancen, såfremt der er mere engagement det ene sted end det andet, kan forårsage stress og lavere selvvurderet helbred (Sirgy and Lee, 2018). Dette kommer til udtryk i en undersøgelse foretaget af Dansk Sygeplejeråd, som omhandler sygeplejerskers arbejdsmiljø og helbred, hvor det fremkommer, at sygeplejersker i stigende grad oplever en ubalance mellem deres arbejdsliv og deres privatliv. Dette kommer til udtryk ved, at 35 % af de adspurgte sygeplejersker "helt sikkert" eller "til en vis grad" må ændre deres fritidsplaner pga. arbejdet, 32 % tænker "altid" eller "ofte" på uløste eller utilstrækkeligt udførte opgaver, når de har fri, samt 9 % bliver ofte bedt om at møde på arbejde, når de har fri (Sygeplejeråd, 2018). Disse faktorer gør således, at mange sygeplejersker oplever, at der er en ubalance mellem deres arbejdsliv og deres privatliv. Dertil rapporterer sygeplejersker, som føler sig stresset, en højere ubalance mellem arbejds- og privatliv i forhold til sygeplejersker, der ikke følte sig stresset (Sygeplejeråd, 2018).

Hvis sygeplejersken pga. øget arbejdspress samt alsidige arbejder ligger meget af sit engagement i arbejdslivet, kan der komme konflikter i privatlivet. Dette kan f.eks. gå ud over sociale relationer,

som kan have en beskyttende effekt ift. stress. Årsagerne til stress interagerer således, såfremt der ikke er en balance i arbejdsliv- og privatliv, som derfor kan medføre, at sygeplejersken føler sig stresset. Dog afhænger udfaldet af stress også af individets individuelle coping, hvorfor de andre årsager til stress ligeledes interagerer med det individuelle niveau. På baggrund heraf er det essentielt at anskue stress ud fra et holistisk synspunkt og anerkende, at stress er et komplekst problem, som har interagerende årsager, hvorfor det ikke vil være virkningsfuldt at forebygge på ét niveau, da de andre niveauer fortsat vil påvirke det niveau, der forebygges på.

2.4. Individuelle og samfundsmæssige konsekvenser af stress

Stress kan medføre individuelle konsekvenser på både fysisk og psykisk niveau, samtidig med at stress kan medføre samfundsmæssige konsekvenser. Stress er associeret med forskellige følgesygdomme så som hjertekarsygdomme, hypertension og type-2 diabetes (Rosengren *et al.*, 2004; Heraclides *et al.*, 2009; Kivimäki *et al.*, 2012; Liu *et al.*, 2017). Psykisk er stress forbundet med depression, nedsat livskvalitet samt generelt dårligere mentalt helbred (Rugulies *et al.*, 2006; Moksnes, Espnes and Haugan, 2014). Derudover er stress forbundet med risikofyldt sundhedsadfærd i form af usunde kostvaner, inaktivitet, rygning samt højt alkoholindtag (McKenzie and Harris, 2013; Manzanares *et al.*, 2014; Rutters *et al.*, 2014).

Stress medfører ligeledes samfundsmæssige konsekvenser i form af samfundsøkonomiske konsekvenser samt konsekvenser for patientsikkerheden (Tarnow-Mordi *et al.*, 2000; Hegney, Plank and Parker, 2003; Juel, 2006; Jones, Hamilton and Murry, 2015; Hegney *et al.*, 2019). Det kan være problematisk at sige præcist, hvilke samfundsøkonomiske konsekvenser stress har for det danske samfund, eftersom stress, som før nævnt, er forbundet med adskillige individuelle konsekvenser (Nielsen and Kristensen, 2007). Statens Institut for Folkesundhed har dog i rapporten *Risikofaktorer og Folkesundhed i Danmark* fra 2006 udregnet de samfundsøkonomiske omkostninger for psykiske arbejdsbelastninger, som de associerer med stress (Juel, 2006). I rapporten fremgår, at arbejdsbelastninger er årsag til 1400 dødsfald om året samt 1,5 millioner sygedage om året. Derudover udgør psykiske arbejdsbelastninger 6,8 % af alle hospitalsindlæggelser, 3,1 % af al lægekontakt samt 18,9 % af alle førtidspensionister. Dette medfører årligt et produktionstab på 13,96 milliarder kroner, samt et merforbrug af sundhedsvæsenet på 686 millioner kroner (Juel, 2006). Disse tal er dog udregnet på baggrund af psykiske arbejdsbelastninger og udgør således kun et vejledende estimat af de samfundsøkonomiske omkostninger af stress, sammenholdt med at rapporten er udgivet

for 12 år siden, hvorfor de samfundsøkonomiske omkostninger af stress ikke nødvendigvis vil være det samme nu.

Ud over at stress kan være medvirkende til ovenstående individuelle og samfundsøkonomiske konsekvenser, kan stress hos sygeplejersker have konsekvenser for patientsikkerheden (Tarnow-Mordi *et al.*, 2000; Hegney, Plank and Parker, 2003; Jones, Hamilton and Murry, 2015; Hegney *et al.*, 2019). Som tidligere nævnt er en af årsagerne til, at sygeplejersker føler sig stresset, underbemanding og arbejdspress (Sygeplejeråd, 2018). Et kvantitativt studie har undersøgt dødeligheden blandt patienter på et intensivt afsnit relateret til arbejdspress hos sygeplejersker. Studiet finder, at der var flere patienter, der døde, når arbejdspresset var højt hos sygeplejerskerne (Tarnow-Mordi *et al.*, 2000). Et andet studie som har undersøgt sygeplejerskers opfattelse af faktorer, som påvirker arbejdspresset og betydningen af disse, finder at en tredjedel af de sygeplejersker, som arbejder i ældreplejen, samt en fjerdedel af de sygeplejersker der arbejder inden for akutafsnit samt i den private sektor, oplever sjældent eller aldrig at kunne nå at fuldføre deres opgaver på grund af arbejdspresset (Hegney *et al.*, 2019). En spørgeskemaundersøgelse foretaget blandt australske sygeplejersker finder, at ca. tredjedelen af de adspurgte sygeplejersker oplever problemer med at imødekomme patienternes behov på grund af utilstrækkeligt personale (Hegney, Plank and Parker, 2003). Et review, som har undersøgt betydning af, at sygeplejersker ikke kan nå at fuldføre deres opgaver, finder, at patienternes behov for undervisning om sygdom samt følelsesmæssige og psykiske behov ikke bliver mødt, når sygeplejerskerne ikke har tid til at fuldføre deres sygeplejefaglige opgaver (Jones, Hamilton and Murry, 2015). På baggrund heraf har arbejdsrelateret stress hos sygeplejersker konsekvenser for kvaliteten af patientplejen, hvilket kan have fatale konsekvenser for patienterne.

Stress blandt sygeplejersker har således konsekvenser på både individ- og samfundsniveau, hvorfor det er relevant at forebygge stress blandt sygeplejersker. På baggrund heraf vil næstfølgende afsnit omhandle forebyggende og behandlende indsatser mod stress for at kortlægge, hvilke indsatser der tilbydes, og på hvilke niveauer, i den socio-økologiske model, indsatserne har baggrund i, for herigennem at identificere et muligt behov for forandring af måden at forebygge stress blandt sygeplejersker.

2.5. Forebyggende indsatser mod stress

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet forebyggelsespakker, som kommunerne kan anvende som retningslinjer for forebyggelsesarbejdet (Sundhedsstyrelsen, 2018b). Forebyggelsespakkerne er et evidensbaseret værktøj, hvori der findes faglige anbefalinger, som skal bidrage til at prioritere og kvalitetsudvikle det kommunale forebyggelsesarbejde (Sundhedsstyrelsen, 2018b). Der findes dog ingen forebyggelsespakke direkte relateret til stress. Det er tidligere fremanalyseret, at der findes adskillige mulige årsager til stress, som interagerer med hinanden, hvorfor indsatser til forebyggelse af stress bør inddrage mulige årsager på flere niveauer. Dette understøttes af Statens Institut for Folkesundhed, som i *Folkesundhedsrapporten* fra 2007 udlægger, at forebyggelse af stress bør rettes mod nedsættelse af belastninger både på det strukturelle og miljø-mæssige niveau samt det individuelle niveau (Kjøller, Juel and Kamper-Jørgensen, 2007). Der kan derfor argumenteres for et bredere fokus inden for forebyggelse af stress, som formår at inddrage flere aspekter og årsager til stress.

Statens Institut for Folkesundhed udgav i 2007 rapporten *Forebyggelse og behandling af stress i Danmark*, for at kortlægge hvilke indsatser mod stress der eksisterede samt, hvorvidt indsatserne var baseret på evidens (Nielsen *et al.*, 2007). I rapporten fremkom, at størstedelen af de identificerede indsatser foregik på individniveau, mens indsatser i mindre grad foregik på et strukturelt og miljø-mæssigt niveau. Derudover var de fleste indsatser baseret på egen erfaring, og der var således begrænset brug af evidensbaseret forskning (Nielsen *et al.*, 2007). Center for Psykisk Sundhed lavede i 2017 en undersøgelse af indsatserne fra førnævnte undersøgelse, for at undersøge status for de kommunale strategier til stressforebyggelse og -behandling i 2017 samt for at undersøge, hvilke evidensbaserede indsatser der eksisterede (Jensen, Hansen and Andersen, 2017). Resultaterne af undersøgelsen viste, at størstedelen af kommunerne ikke havde målrettede tilbud til hverken stressforebyggelse eller -behandling samt, at størstedelen af tilbuddene ikke var evidensbaseret (Jensen, Hansen and Andersen, 2017). På baggrund heraf mangler der således indsatser mod stress, som inddrager både et individuelt og et strukturelt samt miljø-mæssigt element samt evidensbaserede indsatser. Dette understøttes af et review, som undersøger forebyggelsesinterventioner mod stress og burnout, som finder, at 68 % af de identificerede forebyggende interventioner var individuelle interventioner, mens kun 8 % er strukturelle interventioner, mens de sidste 24 % var en blanding af de to (Awa, Plaumann and Walter, 2010). Reviewet finder derudover, at de personrettede interventioner havde en kortvarig virkning, mens interventionerne som var en kombination havde den

længste positive virkning (Awa, Plaumann and Walter, 2010). Derudover er der i den indledende søgning ikke identificeret reviews, som identificerer interventioner på både et individuelt og et strukturelt niveau målrettet sygeplejersker. De identificerede reviews har primært fokus på individuelle interventioner i forhold til forebyggelsen af stress (Nowrouzi *et al.*, 2015; Burton *et al.*, 2017), samtidig med at de identificerede reviews efterspørger interventioner som inddrager både et strukturelt og et individuelt niveau (Caulfield *et al.*, 2004). På baggrund af ovenstående mangler der således viden om, hvilke virkningsfulde forebyggende interventioner mod arbejdsrelateret stress henvendt sygeplejersker der eksisterer, og hvilke niveauer disse interventioner udføres på, for at kunne kortlægge et muligt behov for forandring af måden at forebygge stress blandt sygeplejersker.

2.6. Afgrænsning

Det er identificeret, at andelen af sygeplejersker, som føler sig stresset, er steget, samt at der er både individuelle og samfundsmæssige konsekvenser forbundet hertil, hvorfor stress blandt sygeplejersker udgør en folkesundhedsmæssig problemstilling. Det er relevant at undersøge arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker, da de har nogle specielle arbejdsmæssige forhold, som gør, at de er i risiko for at udvikle stress. De arbejdsmæssige forhold, som medvirker til, at sygeplejersker er i risiko for at udvikle stress, er blandt andet deres alsidige arbejde, som indbefatter komplekse arbejdsopgaver, samtidig med at normeringerne på sygehusene er lave, hvilket medvirker til øget arbejdspress og underbemanding. Årsager til stress blandt sygeplejersker kan endvidere findes i arbejdsmiljøet, sygeplejerskers sociale forhold samt individuelle forhold så som håndtering af stressfulde påvirkninger. Eftersom der er identificeret flere mulige årsager til, at sygeplejersker er i risiko for at udvikle stress, anses forebyggelse af arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker som relevant. Ifølge Dahlgren og Whitehead (2007) interagerer determinanter til sundhed med hinanden og skaber en gensidig påvirkning, hvorfor det er nødvendigt at forebygge på flere niveauer, for at en intervention er virkningsfuld. På baggrund af at stress blandt sygeplejersker kan udløses af forskellige årsager på forskellige niveau, jævnfør den socio-økologiske model, bør forebyggelse af arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker fokusere på flere af årsagerne, for virkningsfuldt at forebygge stress. Ifølge Nielsen *et al.* (2007) samt Jensen, Hansen og Andersen (2017) er der i Danmark mangel på forebyggende indsatser mod stress, som inddrager både et individuelt og et strukturelt og miljømæssigt niveau, samtidig med at indsatser i højere grad skal baseres på evidens. Derudover er der ikke identificeret reviews omhandlende interventioner mod arbejdsrelateret stress henvendt sygeplejersker, som inddrager både et individuelt og strukturelt niveau, samtidig med at forebyggelse

med en kombination af det individuelle og det strukturelle medvirker til en længere positiv forebyggende virkning. Det findes derfor relevant at få et overblik over virkningsfulde interventioner mod arbejdsrelateret stress henvendt sygeplejersker. Overblikket over virkningsfulde interventioner mod arbejdsrelateret stress, skal således medvirke til at kortlægge et muligt behov for forandring af måden at forebygge stress blandt sygeplejersker.

Formålet med specialet er at bidrage med et beslutningsgrundlag til forandring af forebyggelse af arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker. Dette baseres på en systematisk gennemgang, kritisk kvalitetsvurdering samt analyse og syntese af tilgængelig evidens inden for forebyggende interventioner mod arbejdsrelateret stress, som henvender sig til sygeplejersker.

3. Problemformulering

Hvordan forebygges arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker virkningsfuldt, og hvordan kan dette omsættes til forandring i måden, hvorpå arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker i hospitalssektoren forebygges?

Forskningsspørgsmål

Hvilke interventioner har en forebyggende virkning på arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker, på hvilket niveau i den socio-økologiske model placeres de, og hvilke virksomme elementer indeholder de?

Hvordan kan en forandring i måden at forebygge arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker implementeres succesfuldt?

4. Metode

Specialets formål er at bidrage med et beslutningsgrundlag til forandring af forebyggelse af arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker. Til dette formål udarbejdes et systematisk review for at skabe overblik over og systematisk analysere, hvilke virkningsfulde interventioner der findes til at forebygge arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker, for herigennem at udarbejde anbefalinger og et beslutningsgrundlag til forebyggelsen af arbejdsrelateret stress henvendt sygeplejersker. Det fremkom i problemanalysen, at der ikke er identificeret reviews, omhandlende forebyggende interventioner mod arbejdsrelateret stress henvendt sygeplejersker, som inddrager både et individuelt og et strukturelt niveau (Caulfield *et al.*, 2004; Nowrouzi *et al.*, 2015; Burton *et al.*, 2017). Det fremkom ligeledes, at interventioner som inddrager både et individuelt og et strukturelt niveau er mangelfuld i Danmark, samtidig med at forebyggende interventioner mod arbejdsrelateret stress ofte ikke er baseret på evidens (Nielsen *et al.*, 2007; Jensen, Hansen and Andersen, 2017). På baggrund heraf anses udarbejdelse af et systematisk review omhandlende virkningsfulde forebyggende interventioner mod arbejdsrelateret stress på både et individuelt og et strukturelt niveau, at være en relevant metode i forhold til at besvare specialets problemformulering. Et systematisk review bidrager, ifølge Booth, Sutton og Papaioannou (herefter Booth *et al.*) (2016), til at sikre at der identificeres omfattende viden om et specifikt emne, hvilket i dette speciale er, at identificere virkningsfulde forebyggende interventioner mod arbejdsrelateret stress. Et systematisk review kan uden for forskningsverdenen henvende sig mod praksis og beslutningstagere, som skal forme rammer og retningslinjer bl.a. i det offentlige (Rieper, 2013). I den sammenhæng har det systematiske review til formål at skabe overblik over forebyggende interventioner mod stress, for herigennem at udarbejde evidensbaseret anbefalinger til forebyggelse af arbejdsrelateret stress henvendt sygeplejersker som kan implementeres i hospitalssektoren. Det systematiske review udarbejdes med inspiration i The Cochrane Handbook (2011) samt Booth *et al.* (2016), for at sikre at reviewet udføres systematisk, transparent og reproducerbart. I de følgende afsnit bliver specialets metodiske valg præsenteret og begrundet.

4.1. Videnskabsteoretisk position

Dette speciales problemformulering søges besvaret ved hjælp af et systematisk review, eftersom denne metode anses som værende velegnet til at fremsøge viden om, hvilke forebyggende interventioner der er virkningsfulde i forhold til at forebygge arbejdsrelateret stress blandt

sygeplejersker. Det systematiske reviews resultater skal bidrage til viden, som kan føre til forandring i måden, hvorpå arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker forebygges. Pragmatismen anvendes således som dette speciales videnskabsteori, eftersom metodevalget inden for pragmatismen afhænger af, om metoderne er velegnede til at undersøge problemstillingen (Creswell, 2003; Langergaard, Sørensen and Rasmussen, 2006). I pragmatismen er virkeligheden formgivet, men dog foranderlig (Langergaard, Sørensen and Rasmussen, 2006). Udvalgte handlinger i virkeligheden formgives af menneskets erfaringer, samtidig med at formgivningen af virkeligheden udvider og beriger menneskets erfaring (Langergaard, Sørensen and Rasmussen, 2006). Hermed har menneskets handling betydning for erkendelsen, hvorfor erkendelse ikke er en passiv betragtning af virkeligheden, og handling er derfor betydningsfuld i forhold til at skabe viden. Handling inden for pragmatismen kaldes ”interaktion med virkeligheden” (Langergaard, Sørensen and Rasmussen, 2006). Handling og dermed ny viden skabes derfor i dette speciale ved at tage udgangspunkt i danske sygeplejersker, og dermed virkeligheden.

Med en pragmatisk tilgang anses viden som gyldig, såfremt viden ud fra kritisk vurdering medvirker til at skabe værdi for det område, der undersøges og de mennesker det henvender sig til (Langergaard, Sørensen and Rasmussen, 2006). I pragmatisme handler det således om at skabe brugbar viden, og ikke om at finde en endegyldig sandhed funderet i ét paradigme. Ifølge pragmatismen handler det om at benytte sig af de bedste midler for at nå frem til målet, hvilket i dette speciale gøres ved at udarbejde et systematisk review for at besvare problemformuleringen. Derudover kan både kvantitativ og kvalitativ empiri have værdi, så længe der benyttes de bedste metoder, for at nå frem til målet, hvilket i pragmatismen kaldes for ”handlingsrationalet” (Langergaard, Sørensen and Rasmussen, 2006). På baggrund heraf udelukker specialets systematiske review ikke enten kvalitativ eller kvantitativ empiri, da begge slags empiri kan indeholde erkendelse, som er relevant for formålet med det systematiske review.

4.2. Systematisk review

Et systematisk review er, ifølge Booth et al. (2016), kendetegnet ved, at det baseres på systematik, stringens og transparens, hvorved der søges systematisk i udvalgte databaser, uanset hvilke effektmål der er valgt, at studierne skal indeholde (Booth, Sutton and Papaioannou, 2016). Ifølge Rieper (2013) er et systematisk review endvidere kendetegnet ved at kortlægge primærstudier inden for et specifikt område eller problemfelt (Rieper, 2013). Ifølge Cochrane Handbook (2011) samt Booth et al. (2016)

er det i udarbejdelsen af et systematisk review essentielt, at der udarbejdes specifikke forudbestemte inklusions- og eksklusionskriterier (Higgins and Green, 2011; Booth, Sutton and Papaioannou, 2016). Formålet med specifikke inklusions- og eksklusionskriterier er, at sikre transparens og stringens, således at det fremstår klart og tydeligt, hvorfor de inkluderede studier er valgt at inddrage i det systematiske review, og kriterierne medvirker således til, at udvælgelsesprocessen bliver systematisk (Higgins and Green, 2011; Booth, Sutton and Papaioannou, 2016). Den systematiske tilgang i udførelsen af et review, er ifølge Booth et al. (2016), essentielt i forhold til at imødekomme kvalitetskriterierne omhandlende validitet samt transparens (Booth, Sutton and Papaioannou, 2016). Den systematiske tilgang søger at imødegå transparensen ved at skabe en gennemsigtig struktur igennem det systematiske review, for herigennem at gøre det lettere for læseren at forstå og fortolke resultaterne i det systematiske review (Booth, Sutton and Papaioannou, 2016). En klar og transparent metode gør det endvidere mere overskueligt for læseren at bedømme, hvad der i reviewet er blevet gjort, og hvad der ikke er blevet gjort (Booth, Sutton and Papaioannou, 2016). For at sikre transparensen er der udarbejdet et forskningsspørgsmål og derudover er søgestrategien ekspliciteret, for at klargøre formålet med reviewet. Transparensen forsøges endvidere sikret ved, at der er opstillet specifikke eksklusions- og inklusionskriterier, hvilket medvirker til, at læseren kan genkende, hvorfor studier er blevet inkluderet eller ekskluderet. Den interne validitet søges imødekommet igennem systematikken ved, at der er opstillet inklusionskriterier og udvælgelsesstrategi i forhold til udvælgelse af relevante studier, hvilke skal medvirke til, at der ikke forekommer selektionsbias, hvor studier udvælges såfremt de positivt støtter specialets hypotese. Den systematiske udvælgelsesproces sikre således, at studier udvælges på baggrund af deres relevans og grundighed og ikke på baggrund af, at de rapporterer et favorabelt resultat. Den eksterne validitet sikres ved, at data fra de udvalgte studier ekstraheres systematisk, således at den udvalgte data ikke udvælges til fordel for at støtte reviewets konklusion positivt (Booth, Sutton and Papaioannou, 2016). Validiteten og transparensen i specialets systematiske review sikres således ved, at fokus er på systematikken.

I dette speciale udarbejdes et systematisk review, som har til formål at kortlægge interventioner, som har en forebyggende virkning på arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker. Fokus for det systematiske review er ikke at identificere forebyggende interventioner, som har mest effekt, men derimod at kortlægge hvilke forebyggende interventioner, som har været virkningsfulde i forhold til at forebygge arbejdsrelateret stress, set ud fra et holistisk perspektiv. På baggrund heraf udarbejdes et systematisk mapping review, som, ifølge Booth et al. (2016), har til formål at kortlægge de

forskellige typer af bidrag til en problemstilling, hvilket i dette speciale er interventioner til forebyggelse af arbejdsrelateret stress henvendt sygeplejersker. Ifølge Booth et al. (2016) skal de inkluderede studier inddeles og kodes i forhold til specifikke kategorier, for herigennem at kunne identificere antallet af forskellige interventioner. Formålet med et systematisk mapping review er således at identificere, hvilke interventioner der findes på et givent område, for herigennem at udlede, hvilke interventioner der er mangel på for at kunne skabe forandring i praksis. Formålet med dette speciales systematiske mapping review er at kortlægge virkningsfulde forebyggende interventioner i forhold til arbejdsrelateret stress, som er henvendt til sygeplejersker og ligeledes at identificere, på hvilke niveauer, i den socio-økologiske model, interventionerne befinder sig, samt hvilke virkningsfulde elementer de indeholder, for herigennem at udarbejde anbefalinger til forebyggelsen af arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker.

4.3. Inklusions- og eksklusionskriterier

Det er som tidligere nævnt essentielt i et systematisk review, at der forefindes specifikke forudbestemte inklusions- og eksklusionskriterier (Higgins and Green, 2011; Booth, Sutton and Papaioannou, 2016). Ifølge Lund et al. (2014) medvirker inklusionskriterier til at skabe transparens over for læseren samt at holde fokus, når resultater af søgningen gennemlæses (Lund *et al.*, 2014). De valgte inklusionskriterier medfører ligeledes eksklusionskriterier, såfremt studierne ikke indeholder inklusionskriterierne, så ekskluderes de, og medtages ikke i det systematiske review.

Tabel 1: Oversigt over inklusions- og eksklusionskriterier

Inklusionskriterier	
Population	Skal omhandle sygeplejersker eller sundhedsprofessionelle, dog skal resultaterne angives separat for sygeplejersker, hvis der indgår andre sundhedsprofessionelle i studiet.
Intervention	Skal omhandle virkningsfulde forebyggende interventioner. For kvantitative studier skal der være en statistisk signifikant effekt af interventionen, og for kvalitative studier skal deltagerne have oplevet interventionen som virkningsfuld.
Outcome	Skal omhandle arbejdsrelateret stress.
Outcome-mål	Det primære outcome-mål skal være stress eller burnout.
Publikationstype	Peer-reviewed artikler på engelsk, som er publiceret i internationale tidsskrifter.
Geografisk område	Studierne skal være foretaget i vestlige lande.
Eksklusionskriterier	
Outcome	Studier hvor stress forekommer pga. sygdom f.eks. kræft eller kardiovaskulære sygdomme.
Studiedesign	Reviews, pilot- samt feasibilitystudier.

Der er opstillet et inklusionskriterie vedrørende populationen, hvilken skal omhandle sygeplejersker eller sundhedsprofessionelle, eftersom specialets fokus er sygeplejersker, som arbejder inden for sundhedsvæsenet. Såfremt der indgår sundhedsprofessionelle med en anden profession end sygeplejerske, skal resultaterne af interventionen angives tydeligt for hver profession, således virkningen kan aflæses for sygeplejersker. Derudover skal de studier, der inddrages omhandle virkningsfulde forebyggende interventioner mod arbejdsrelateret stress, hvorfor studier som omhandler behandlende interventioner ekskluderes. Forebyggende interventioner defineres i dette speciale som primær forebyggelse, som ifølge Vallgård, Diderichsen og Jørgensen (2014), defineres

ved interventioner, som forhindrer at sygdom opstår (Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014). Interventionerne i studierne skal være virkningsfulde, eftersom det ønskes at identificere, på hvilke lag i den socio-økologiske model, der findes stressforebyggende interventioner målrettet sygeplejersker, som er virkningsfulde, for herigennem at undersøge, på hvilke lag der skal forebygges, for at sænke andelen af sygeplejersker som bliver stresset. Virkningsfuld ansues i kvantitative studie som værende interventioner med statistisk signifikant effekt. I kvalitative studier ansues virkningsfuld som værende, at deltagerne har oplevet, at interventioner har medvirket til at forebygge arbejdsrelateret stress. Det primære outcome-mål skal være stress eller burnout, eftersom forskningsspørgsmålet søger svar på, hvilke interventioner som har en forebyggende virkning på stress. Burnout er ifølge Maslach og Leiter (2016) en forlænget respons af stress forårsaget af arbejde, hvorfor forebyggelse af arbejdsrelateret stress ligeledes anses som forebyggelse af burnout, hvilket begrundes at inddrage studier, som har burnout som primært outcome-mål (Maslach and Leiter, 2016). Yderligere inkluderes kun studier på engelsk, som er publiceret i internationale tidsskrifter for at sikre fuld forståelse samt videnskabelig relevans af studierne. Derudover inkluderes kun studier, som er foretaget i vestlige lande, efter definition af Danmarks Statistik, for at konteksten kan overføres til en dansk kontekst, for at sikre en højere grad af resultaternes overførbarehed (Statistik, 2017). Der er opstillet et eksklusionskriterie, at studier hvor stress er opstået pga. sygdom ekskluderes. Dette eksklusionskriterie er opstillet på baggrund af indledende søgninger, hvor der fremkom adskillige studier omhandlende stress i forbindelse med sygdom f.eks. kræft og kardiovaskulære sygdomme. Specialets fokus er stressforebyggende interventioner, som opstår på baggrund af elementer i den socio-økologiske model, hvoraf sygdom ikke er identificeret som en årsag, hvorfor studier, som omhandler dette, ikke medtages i det systematiske review. Derudover ekskluderes reviews eftersom dette systematiske review ønsker at se på virkningen af enkeltstående forebyggende interventioner mod arbejdsrelateret stress, og dermed ikke på en samlet virkning af flere interventioner. Yderligere ekskluderes pilot- og feasibilitystudier for at sikre, at det er studier med overførbare resultater, der inkluderes i det systematiske review.

4.4. Søgestrategi

Ifølge The Cochrane Handbook (2011) er en klar og transparent søgestrategi essentiel, når der udformes et systematisk review. En detaljeret afrapportering og beskrivelse af søgestrategien medvirker til, at søgningen kan gentages af andre forskere, således at resultaterne kan verificeres og reproducere (Higgins and Green, 2011). Derudover kan søgestrategiens transparens ligeledes

medvirke til at øge reviewets anvendelse i forhold til beslutningstagen i sundhedsvæsenet (Higgins and Green, 2011). Formålet med søgestrategien i den systematiske litteratursøgning er at tilrettelægge litteratursøgningen i relevante databaser, således at den er udtømmende og fyldestgørende i forhold til at få fremsøgt studier, som kan anvendes til besvarelse af forskningsspørgsmålet.

Ifølge The Cochrane Handbook (2011) skal den systematiske litteratursøgning udføres ens på tværs af de forskellige databaser for at sikre transparens. Dog indekserer de forskellige databaser studier med forskellige emneord samt fritestord, hvorfor det ikke er muligt at anvende de samme emneord og fritestord i alle databaser (Buus *et al.*, 2008). Dette imødekommes ved at opstille en PICO-model med overordnede begreber, som i de enkelte databaser oversættes til kontrollerede emneord og fritestord. Dermed vil den systematiske litteratursøgning ikke være ens i alle databaser, men transparensen imødekommes ved, at de valgte kontrollerede emneord og fritestord vælges på baggrund af overordnede begreber, som ligeledes sikre systematikken i den systematiske søgning. Søgestrategien er diskuteret med en universitetsbibliotekar.

4.4.1. PICO

The Cochrane Handbook (2011) anbefaler, at opbygningen af den systematiske litteratursøgning tager udgangspunkt i PICO-modellen. PICO-modellen består af fire komponenter; Participants, Intervention, Comparison og Outcome (Kristensen and Sigmund, 2007; Rienecker and Jørgensen, 2017). Der bør ifølge The Cochrane Handbook (2011) søges efter en specifik intervention og eventuelt en sammenlignende intervention, Comparison, eftersom formålet med et Cochrane review ofte er at producere viden om en sammenligning af to interventioner (Higgins and Green, 2011). Specialets systematiske litteratursøgning søger dog ikke en sammenligning af to interventioner, men søger, jf. at det er et systematisk mapping review, at kortlægge virkningsfulde forebyggende interventioner mod arbejdsrelateret stress, og har således ikke fokus på specifikke interventioner og dennes sammenligning, hvorfor Comparison ikke inddrages, hvormed modellen kaldes PIO. PIO-modellen medvirker til at systematisere søgestrategien og søgeprocessen, samtidig med at processen med søgning og udvælgelse af studier lettes (Pors and Johannsen, 2013).

Tabel 2: PIO-modellens fagbegreber som danner udgangspunkt for søgeord i de forskellige databaser

P	I	O
Sygeplejerske	Forebyggende intervention/ Intervention	Arbejdsrelateret stress

Ovenstående tabel 2 illustrerer dette speciales PIO-model som indeholder overordnede begreber, som skal danne udgangspunkt for søgeord samt de systematiske litteratursøgninger.

4.4.2. Søgetermer

The Cochrane Handbook (2011) anbefaler at søge på en kombination af kontrollerede emneord og fritekstord i de forskellige databaser, for at få den mest udtømmende søgning (Higgins and Green, 2011). De kontrollerede emneord indekseres forskelligt i de forskellige databaser, hvorfor det, ifølge Buus et al. (2008), ikke er muligt at anvende de samme kontrollerede emneord i forskellige databaser. Derfor identificeres de kontrollerede emneord i hver udvalgte databases thesarus. Ifølge Booth et al. (2016) er kontrollerede emneord med til at sikre relevansen af resultaterne fra denne systematiske litteratursøgning (Booth, Sutton and Papaioannou, 2016). Fritekstsøgninger anbefales ligeledes at indgå i den systematiske søgning (Higgins and Green, 2011). Ifølge Buus et al. (2008) er frittekstsøgninger med til at udvide søgningen, eftersom der inkluderes studier, som endnu ikke er indekseret med kontrollerede emneord, hvorfor de nyeste studier inddrages i litteratursøgningen. Derudover er det med frittekstsøgninger muligt at søge på flere ord, som beskriver den problemstilling, der undersøges (Buus *et al.*, 2008). For at sammenfatte flere ord i én søgning er ordene omsluttet af apostrofer, for at sikre at ordene bliver søgt i en sammenhæng, og ikke indgår hver for sig. Derudover er der anvendt trunkering for at inkludere forskellige gradbøjninger og endelser af søgetermerne, hvilket har til formål at udvide den systematiske søgning. Søgestrategien for databaserne vil forekomme forskellige, eftersom de kontrollerede emneord ikke er de samme i alle databaser, men valget af kontrollerede emneord systematiseres ved hjælp af PIO-modellen, som opstiller overordnede begreber for søgningen. Fritekstsøgningerne vil ligeledes forekomme forskellige i databaserne, eftersom frittekstord bestemmes af hver enkelt database. Der er udført testsøgninger i hver database på emneord og frittekstord, hvor den søgning med flest resultater og flest relevante studier udvælges, og indgår i den endelige systematiske søgning. Der udføres separate kontrollerede emneordssøgninger og frittekstsøgninger, da de ikke kan kombineres på baggrund af frittekstordssøgningernes kompleksitet, hvilket gør, at de ikke kan inddeles i forhold til PIO-modellen. I den systematiske litteratursøgning vil de boolske operatorer AND og OR anvendes for at kombinere søgningerne (Buus *et al.*, 2008). Blokkene kombineres lodret med OR for at udvide søgningerne. Den boolske operator AND anvendes på tværs af blokkene, for at indsnævre søgningerne (Buus *et al.*,

2008). I tabel 3 er der et eksempel på søgestrategien i Embase. Se yderligere bilag 1 for søgestrategien for alle databaser samt dokumentation af søgeresultater.

Tabel 3: Eksempel på søgestrategi i Embase

Embase emneordssøgning	
Emtree: [Intervention study]/exp. 42322 [Prevention]/exp. 1403056	Emtree: [Job stress]/exp. 8829
Kombineret med OR: 1441086	
Blok 1 og Blok 2 kombineret med AND: 399	

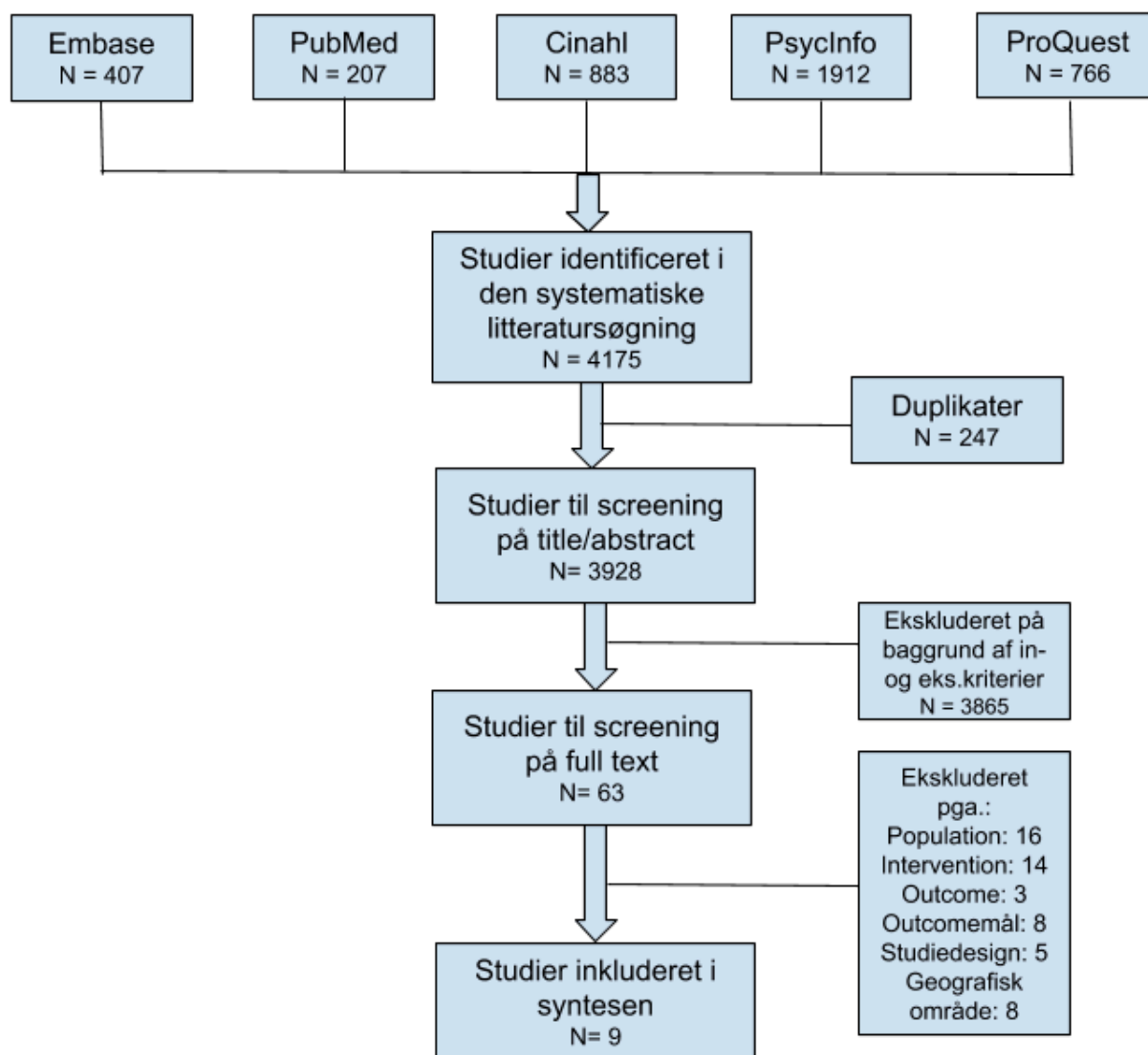
4.4.3. Databaser

Til udarbejdelse af de systematiske litteratursøgninger er følgende fem databaser udvalgt: Embase, PubMed, Cinahl, PsycInfo, og ProQuest. De udvalgte databaser findes relevante, eftersom de indeholder medicinske, psykologiske, sociologiske og samfundsvidenskabelige studier indenfor specialets problemstilling. Ifølge Lund et al. (2014) bør der søges i flere databaser for at få en udtømmende søgning, hvorfor der er valgt at søge i flere databaser, som har forskelligt fokus. PubMed og Embase er valgt på baggrund af deres medicinske fokus. PubMed indeholder en stor mængde litteratur omhandlende medicin, sygepleje og sundhed, mens Embase er en stor biomedicinsk database, som indeholder litteratur omhandlende medicin, sygdom og sundhed (Lund *et al.*, 2014). De medicinske databaser findes relevante til identificering af stressforebyggende interventioner med et biomedicinsk fokus og effektstudier. Cinahl og PsycInfo er valgt, da de indeholder litteratur fra sygeplejefaglige, psykologiske og sundhedsfaglige tidsskrifter (Buus *et al.*, 2008; Lund *et al.*, 2014). Disse databaser findes relevante for at kunne identificere stressforebyggende interventioner med et kvalitativt fokus samt et psykologisk og socialt fokus. ProQuest er valgt, da det er en tværfaglig database, som indeholder litteratur indenfor medicin, naturvidenskab, samfundsvidenskab, socialvidenskab samt humaniora (Lund *et al.*, 2014), hvorfor det forventes at denne kan bidrage med identificering af stressforebyggende interventioner indenfor hele problemfeltet.

4.4.4. Udvalgelse og kvalitetsvurdering af relevante studier

Ifølge Booth et al. (2016) bør udvælgelsen af relevante studier foregå på en systematisk måde for at sikre, at studier, som ikke er relevante, ekskluderes samt at relevante studier ikke udelukkes (Booth, Sutton and Papaioannou, 2016). De prædefinerede inklusions- og eksklusionskriterier er med til at

sikre systematikken i udvælgelsen af studier, eftersom udvælgelsesprocessen lettes ved, at studier, som ikke indeholder inklusionskriterierne, frasorteres (Booth, Sutton and Papaioannou, 2016). Udvalgsprocessen sker ud fra anbefalinger fra Booth et al. (2016) og The Cochrane Handbook (2011), som anbefaler, at udvælgelsen sker igennem flere faser. Først identificeres eventuelle duplikater, hvormed disse frasorteres. Dernæst sorteres studierne ud fra titel og abstract ift. inklusions- og eksklusionskriterierne. Efterfølgende læses de resterende studier i full-text, hvor deres relevans vurderes ud fra de prædefinerede inklusions- og eksklusionskriterier. Slutteligt foretages en kritisk kvalitetsvurdering af de resterende studier med afsæt i relevante kvalitetsvurderingsredskaber (Buus *et al.*, 2008). Udvalgsprocessen er illustreret i nedenstående flowdiagram.



Figur 3: Flowdiagram over udvælgelsesprocessen

Den kritiske kvalitetsvurdering tager afsæt i relevante kvalitetsvurderingsredskaber, hvilket i dette speciale er JBI critical appraisal checklist for quasi-experimental studies, mixed methods appraisal tool, ROBINS-I og RoB 2. Kvalitetsvurderingen skal medvirke til at bedømme studierne validitet, hvilket belyser studierne styrker og begrænsninger, som herved kan medvirke til at bedømme studierne vægtning i anbefalingerne, der udarbejdes på baggrund af det systematiske review (Booth, Sutton and Papaioannou, 2016). Kvalitetsvurderingen af studierne der inkluderes i det systematiske review findes i bilag 2, og den overordnede vurdering fremgår i matrixen. Studier som vurderes at besidde en høj kvalitet indekseres med ”++”, studier som vurderes at have moderat kvalitet indekseres med ”+” og studier som har lav kvalitet indekseres med ”%”.

Ifølge The Cochrane Handbook bør mindst to personer, uafhængigt af hinanden, foretage udvælgelsesprocessen for at sikre en ensartet inklusionsproces samt for at sikre at relevante studier ikke fravælges (Higgins and Green, 2011). Dette er søgt imødekommet ved, at vejleder inddrages ved tvivl om, hvorvidt et studie skal inkluderes eller ekskluderes, ved at begrundelse for eksklusion fremlægges, hvorefter vejleder og studerende diskuterer dette, for herigennem at nå frem til en beslutning.

4.5. Dataekstraktion

Dataekstraktion i et systematisk review er, ifølge Booth et al. (2016), essentiel i forhold til at demonstrere, at man arbejder systematisk, samt at man kan håndtere forskellige slags studier på en konsistent og ens måde (Booth, Sutton and Papaioannou, 2016). Dataekstraktionsprocessen medvirker til, at revieweren kan undersøge, hvilke slags data der er repræsenteret i hvert enkelt studie, og på baggrund heraf bliver sammenligningen af de forskellige studier faciliteret i forhold til fund og mangler (Booth, Sutton and Papaioannou, 2016). Eftersom studier rapporterer forskelligt afhængigt af, hvilket tidsskrift det bliver udgivet i, gør dataekstraktionen det mere overskueligt at sammenligne de forskellige inkluderede studier (Booth, Sutton and Papaioannou, 2016). Dataekstraktionen tager afsæt i forskningsspørgsmålet, hvorved de inkluderede studier nærlæses og kun relevant data ekstraheres (Booth, Sutton and Papaioannou, 2016). Ifølge The Cochrane Handbook (2011) skal dataekstraktionen tage udgangspunkt i en specifik formular, som minimerer behovet for at gå tilbage til det oprindelige studie, hvis der opstår tvivl. Således er det i formularen specificeret, hvilke data der skal trækkes ud af de udvalgte studier. Nærværende speciales dataekstraktionsformular er funderet i Judith Garrards matrix-metode (Garrard, 2010).

Ifølge The Cochrane Handbook (2011) bør dataekstraktionen foretages af mindst to personer, som uafhængigt af hinanden foretager ekstraktionen og herefter sammenligner resultater og uenighed løses ved diskussion eller ved inddragelse af tredje person. Dette gøres for at minimere fejl i udvælgelsen af data (Higgins and Green, 2011). Dataekstraktionen er i nærværende speciale foretaget af én person, men fremlægges for og diskuteres med vejleder for at imødekomme anbefalingerne fra The Cochrane Handbook.

4.6. Analyse- og syntesestrategi

Braun og Clarkes (2006) tematiske analysestrategi vil danne baggrund for analysen af de inkluderede studier. Braun og Clarkes tematiske analysestrategi består af seks faser (Braun and Clarke, 2006). Første fase handler om at blive fortrolig med data ved at læse og genlæse data samt at notere dele i teksten, som kunne være interessant. I denne fase blev de inkluderede studier læst med henblik på at identificere mønstre og for at skabe fortrolighed med materialet. I anden fase generes indledende koder ved at interessante dele af teksten kodes systematisk på tværs af alle studier. I denne fase blev meningsbærende enheder identificeret, og tildelt koder. I tredje fase sorteres koderne fra fase to i potentielle temaer, og temaerne identificeres som mønstres på tværs af de udvalgte studier. I denne fase blev koderne fra fase to inddelt i temaer ud fra Dahlgren og Whiteheads socio-økologiske model. Fase fire omhandler en gennemgang af temaerne for at sikre, at der er sammenhæng temaerne imellem, hvorved nogle temaer opdeles i undertemaer og nogle temaer slettes. I denne fase blev nogle af temaerne fra fase tre slået sammen til ét tema. I femte fase defineres og navngives temaerne, for at identificere essensen af hvert tema (Braun and Clarke, 2006). I denne fase blev temaerne navngivet som de fremgår i analysen. Se bilag 3 for kodetræ. Sjette fase er skriveprocessen, hvor temaerne præsenteres i den endelige rækkefølge, hvilket i dette speciale er analysen af de inkluderede studier. Analysen vil bero på mapping over, hvilke niveauer de forskellige interventioner placeres på.

Efter analysen af studierne, som foretages på baggrund af niveauerne i den socio-økologiske model, foretages en syntese på tværs af niveauerne. Ifølge Booth et al. (2016) er syntesen af de udvalgte studier et væsentligt trin i udførslen af et review (Booth, Sutton and Papaioannou, 2016). Syntesen muliggør at sidestille data fra de forskellige studier for herigennem at sammenlægge fundene for at identificere mønstre i studierne resultater (Booth, Sutton and Papaioannou, 2016). I dette speciale udarbejdes en aggregeret syntese, som ifølge Booth et al. (2016) bl.a. laves for at kortlægge og lave en status over, hvilke interventioner som findes i forhold til en specifik problemstilling. Syntesen vil ligeledes være narrativ, eftersom det ifølge Booth et al. (2016) er relevant at anvende en sådan

syntesen, når der inddrages forskellige studiedesigns i det systematiske review. I en narrativ syntese opsummeres fundene fra de forskellige studier i tekst (Booth, Sutton and Papaioannou, 2016). Den socio-økologiske model af Dahlgren og Whitehead (2007) anvendes videre i syntesen til at kortlægge de udvalgte studier, for at identificere på hvilket niveau af modellen, interventionerne udføres på.

4.7. Teori til mapping

Den socio-økologiske model af Dahlgren og Whitehead (2007) anvendes i analysen til at kortlægge de udvalgte studier for at identificere, på hvilket niveau af modellen interventionerne udføres på. Ifølge Dahlgren og Whitehead (2007) findes en social gradient inden for sundhed og sygdom, både i forhold til socioøkonomisk status, men også inden for specifikke erhverv, hvor erhverv med et belastet fysisk og psykosocialt arbejdsmiljø er i højere risiko for sygdom og dårligere sundhed. I problemanalysen blev det fremanalyseret, at arbejdet som sygeplejerske kan medfører stress pga. normeringer i sundhedsvæsenet, som fører til øget arbejdspress, overarbejde og underbemanding (Aiken *et al.*, 2002; Vahey *et al.*, 2004; Sygeplejeråd, 2018). Derudover har sygeplejersker et alsidigt og krævende arbejde, som bl.a. indebærer at være planlæggere, koordinatore og plejeyder på samme tid (Jones, Hamilton and Murry, 2015). Samtidig overstiger krav ofte sygeplejerskers ressourcer (Sygeplejeråd, 2013). På baggrund heraf anses arbejdet som sygeplejerske at være indbegrebet af et fysisk og psyko-socialt belastet arbejdsmiljø, hvilket, ifølge Dahlgren og Whitehead (2007), medvirker til, at sygeplejersker er i højere risiko for sygdom og dårligere sundhed. Den højere risiko for sygdom og dårligere sundhed vil i indeværende speciale sættes i lighed til stress. Den socio-økologiske model vil anvendes i forhold til, hvilke niveauer i modellen der er forebyggende interventioner mod stress på, for herigennem at udlede hvilke niveauer der bør fokuseres på i stressforebyggende interventioner til sygeplejersker. Såfremt stress blandt sygeplejersker forebygges, ændres den sociale gradient i forhold til sundhed, således at sygeplejefaget ikke vedbliver som en risiko for at blive stresset. Modellen anvendes således som strategi til at gøre uligheden i stress mindre blandt sygeplejersker (Dahlgren and Whitehead, 2007).

Ifølge Dahlgren og Whitehead (2007) skal strategier og interventioner baseres på forståelsen af, hvad de vigtigste determinanter for sundhed er. Disse determinanter kan beskrives som faktorer som truer, fremmer og beskytter helbredet, og kan grupperes i kategorier, som beskriver forskellige niveauer i forhold til interventioner til at fremme sundhed. Dahlgren og Whitehead har opstillet en model for de forskellige determinanter for sundhed (modellen er illustreret i figur 2 s. 6), og heri kan determinanterne anskues som en række lag oven på hinanden. De forskellige lag af determinanter kan

anskues som forskellige niveauer, hvorpå interventioner for at fremme ligheden i sundhed kan indtræffe. Yderst er det strukturelle niveau, hvor interventioner ofte vil have til formål at lave langsigtede strukturelle ændringer, hvilket f.eks. kan være i form af økonomiske strategier. Interventioner på dette niveau vil oftest kræve politisk indgriben. Under det strukturelle niveau er miljø-niveauet, som indbefatter de materielle og sociale forhold, som mennesker lever og arbejder under. Interventioner på dette niveau vil have til formål at forbedre leve- og arbejdsvilkår, og såfremt interventionen søger at ændre arbejdsvilkår, vil den oftest foretages af beslutningstagere inden for arbejdsmarkedet og kan f.eks. være at øge muligheden for selv at påvirke sit arbejde. Det tredje niveau indbefatter individets sociale støtte, og formålet med interventioner på dette niveau er, at styrke individets sociale støtte ved at facilitere og fremme muligheden for at indgå i positive sociale netværk. Fokus er på, hvordan mennesker støtter hinanden for på den måde at anvende social støtte som en beskyttende faktor mod sygdom. Det fjerde niveau omhandler individuelle faktorer, og interventioner på dette niveau vil have til formål at påvirke individets livsstilsfaktorer og individuelle faktorer, og vil ofte inkludere undervisning, for at kunne give individet et informeret valg. Det femte og inderste niveau er biologiske og genetiske faktorer, som er faste faktorer, som mennesket har meget lidt kontrol over. Ofte vil der, ifølge Dahlgren og Whitehead (2007), ikke være interventioner som tager udgangspunkt i dette niveau, eftersom det er faste biologiske og genetiske faktorer, som individet ofte ikke har indflydelse på.

Dahlgren og Whiteheads værdimæssige antagelse er dynamisk, eftersom de anskuer determinanterne til sundhed som et interagerende system, og derved ikke som separate determinanter, som enkeltvis kan interveneres på. Dahlgren og Whitehead mener derimod, at for at en intervention skal være virkningsfuld, skal der inddrages flere niveauer, eftersom interventioner på ét niveau kan medføre negative følgevirkninger på et andet niveau, og herved mindskes virkningen af interventionen (Dahlgren and Whitehead, 2007). På baggrund heraf skal niveauerne i den socio-økologiske model ses som et interagerende system, for virkningsfuldt at kunne forbedre sundhed og sænke uligheden. Det er, ifølge Dahlgren og Whitehead (2007), ofte mest virkningsfuldt at forebygge på det strukturelle niveau og miljø-niveauet og derved lave strukturelle ændringer samt forbedre arbejds- og levevilkår. Dog kan det være strategisk at udvikle en intervention som har fokus på ét niveau, men som samtidig påvirker andre niveauer. Dette kan f.eks. være interventioner på arbejdspladsen, eftersom arbejdspladsen ofte identificeres som en vigtig indgangsport til at påvirke både fysiske og sociale arbejdsforhold (Dahlgren and Whitehead, 2007). Det er således essentielt at anskue risikofaktorer

holistisk og komplekst samt som et dynamisk interagerende system for virkningsfuldt at fremme sundhed og sænke uligheden i sundhed blandt sygeplejersker.

4.8. Teori til forandring og implementering

Kotter og Fixsens teorier anvendes i problembearbejdningen for at svare på forskningsspørgsmålet: *Hvordan kan en forandring i måden at forebygge arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker implementeres succesfuldt?* Teorierne vil i det efterfølgende gennemgås hver for sig.

4.8.1. Kotters forandringsmodel

John P. Kotter har udviklet en otte-trins model for forandring, som en organisation skal følge for at en forandring lykkes (Kotter, 1997). Kotters forandringsmodel vil i dette speciale anvendes til at forstå, hvordan der succesfuldt kan skabes forandring i måden, hvorpå stress blandt sygeplejersker forebygges.

Første trin i Kotters otte-trins model er at *etablere en oplevelse af nødvendighed*. Det første trin er således at etablere en følelse i organisationen af, at en forandring er nødvendig for organisationen. Dette er, ifølge Kotter (1997), nødvendigt for at få det ønskede samarbejde, da meget få ellers kun vil være interesseret i at arbejde med forandringen. Såfremt der ikke bliver etableret en oplevelse af nødvendig for forandringen vil det derfor være vanskeligt at sammensætte en gruppe med tilstrækkelig indflydelse og troværdighed, som skal styre indsatsen samt formulere og kommunikere forandringsvisionen.

Andet trin omhandler *oprettelse af en styrende koalition*. Det er i andet trin i forandringsprocessen vigtigt at oprette et team, som skal stå i spidsen for andringen. Det er i denne fase, ifølge Kotter (1997) vigtigt, at det skal være et stærkt team, som kan være med til at udvikle den rigtige vision for forandringen, eftersom ledelsen, ifølge Kotter (1997), ikke kan stå alene med forandringen. Derudover skal den styrende koalition have den rigtige sammensætning, hvor medlemmerne skal have stor tillid til hinanden og fælles mål for forandringen.

Det tredje trin i Kotters model indebærer at *udvikle en vision og strategi for forandringen*. Det er ifølge Kotter (1997) essentielt, at der skabes en klar og forståelig vision for forandringen, da dette er det mest motiverende for medarbejderne i forandringsprocessen. Ofte er forandringer medvirkende til ændringer, som på kort sigt ikke er i medarbejdernes interesse, men en vision kan medvirke til at give medarbejderne motivation for at skabe forandring.

I fjerde trin handler det om at *formidle forandringsvisionen* til alle berørte parter. Sproget har i denne fase, ifølge Kotter (1997), en essentiel betydning, for at de rette forståelser af forandringen bliver skabt. I denne fase er det endvidere vigtigt, at visionen gentages igen og igen, samt at der bliver anvendt forskellige kanaler for kommunikation (Kotter, 1997).

Femte trin omhandler *ændring af strukturer eller systemer*, som forhindrer eller negativt påvirker forandringen (Kotter, 1997). Derudover er det i dette trin væsentligt, at medarbejdernes kompetencer styrkes, som ligeledes kan medvirke til at undgå negative påvirkninger.

Sjette trin i forandringsmodellen handler om at *skabe kortsigtede gevinster*. I forandringsprocessen er det ifølge Kotter (1997) vigtigt, også at have fokus på de kortsigtede gevinster, for at skabe beviser for, at forandringen forandre organisationen i en positiv retning, og for herigennem at motivere medarbejderne. Ifølge Kotter (1997) er de kortsigtede gevinster essentielle for at bibeholde medarbejdernes eller ledelsens motivation, eftersom en forandringsproces kan være langvarig.

I syvende trin skal *systemer eller strukturer som kolliderer med forandringen ændres*. Derudover skal processen og medarbejderne være i konstant udvikling for at tilpasse sig forandringsprocessen, hvilket bl.a. kan gøres ved inddragelse af nye perspektiver og temaer (Kotter, 1997).

Det sidste trin i Kotters otte-trins model indebærer at *forankre forandringen i organisationskulturen*. For at forandringen skal være succesfuld, kræves det at den integreres i kulturen. For at kulturen i organisationen kan ændres, er det derfor vigtigt at skabe forbindelse mellem den ændrede adfærd og organisatorisk succes (Kotter, 1997).

De første fire trin i modellen handler således om, at gøre opmærksom på forandringen, mens faserne fem til syv omhandler en række nye metoder for at skabe forandringen, mens den sidste fase handler om at integrere forandringen i virksomhedskulturen og bidrage til, at den bliver vedvarende. Mange forandringer i en organisation lykkes ikke, fordi ledelsen ikke ser forandringen som en proces men mere som en enkeltstående hændelse. Forandringen består af flere trin som bygger oven på hinanden, og ofte tager en forandring flere år (Kotter, 1997). Elementerne fra modellen bør således inddrages i forandringen af forebyggelse af arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker, for at forandringen bliver succesfuld og bliver en integreret del af organisationen.

4.8.2. Implementeringsteori af Fixsen

Fixsen har udviklet en implementeringsteori, som kan medvirke til at implementering af en forandring bliver succesfuld. I dette speciale tages udgangspunkt i en del af Fixsens implementeringsteori,

hvilket er implementeringsfaser. Implementeringsfaserne er de faser en forandring skal gennemgå, for at den bliver fuldt implementeret (Fixsen *et al.*, 2005). Teorien skal bidrage til en forståelse for, hvordan en forandring i måden, hvorpå arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker forebygges, implementeres succesfuldt i hospitalssektoren.

Ifølge Fixsen (2005) er implementering en langvarig proces, som kræver overvejede organisatoriske tilpasninger, og kan således ikke ansues som en enkeltstående begivenhed. Fixsen inddeler implementeringsprocessen i seks faser: 1) *Udforskning og adaption* 2) *Program installation* 3) *Indledende implementering* 4) *Fuld gennemførelse* 5) *Innovation* og 6) *Bæredygtig drift*. Dog vil dette speciale kun inddrage de fire første faser, da de to sidste faser indtræffer når forandringen er fuldt implementeret, hvorfor disse ikke beskrives yderligere.

Første fase til en succesfuld implementering er, ifølge Fixsen (2005), udforskning og adaption. I denne fase kræves, at ledelsen undersøger muligheder for implementering af en forandring. Ledelsen skal derfor være udforskende og tage et valg om, at der skal implementeres en forandring i organisationen. Udforskningen skal resultere i en klar implementeringsplan og tidslinje for implementering. I denne fase er det essentielt, at der i organisationen er støtte til forandringen, eftersom en forandring ikke vil blive implementeret i en succesfuld skala så længe politikere, finansielle partnere og staten ikke er støttende (Fixsen *et al.*, 2005). Anden fase handler om, at programmet eller forandringen skal installeres i organisationen. Der skal i denne fase ske en tilpasning af de organisatoriske rammer, som gør det muligt for forandringen at implementeres. Der skal være de nødvendige materielle og økonomiske ressourcer, samt styrkelse af medarbejdere og lederes kompetencer, for at forandre implementeringen (Fixsen *et al.*, 2005). Tredje fase omhandler den indledende implementering. Implementering kræver forandring i organisationens overordnede praksis og kultur. Essentielt for denne fase er, at der i organisationen skal tillæres nye færdigheder og arbejdsgange. For at implementering bliver vellykket kræves forandring af organisationskulturen, kultur og kapacitet (Fixsen *et al.*, 2005). I denne fase vil ofte opstå frygt for forandring i organisationen, eftersom kulturen i organisationen ændres. I fjerde fase gennemføres implementering. Den fulde implementering opstår, når forandringens elementer bliver fuldt integreret i organisationens arbejdsgange, og disse er virkningsfulde i forhold til at opnå det ønskede resultat af forandringen. Endvidere sker den fulde implementering, når forandringen er blevet en del af organisationens kultur, politikker og procedurer (Fixsen *et al.*, 2005). Trinene i Fixsens

implementeringsteori inddrages i afsnittet om forandring med henblik på, hvordan en forandring, i måden stress blandt sygeplejersker forebygges, implementeres succesfuldt.

5. Resultater og analyse

I det følgende foretages en analyse af de inkluderede studier. Analysen opdeles i flere dele og består af følgende: *Interventioner på flere niveauer* og *Interventioner på det individuelle niveau*. Efterfølgende foretages en syntese på tværs af de inkluderede studier, hvorefter anbefalinger til forebyggelse af arbejdsrelateret stress henvendt sygeplejersker begrundes. Efterfølgende analyseres forandrings- og implementeringsprocessen i forhold til forebyggelsen af stress. Analysen understøttes af tabeller, for at imødekomme systematikken.

5.1. Review matrix

Garrard (2010) anbefaler at anvende en review matrix til udarbejdelse af analyse og syntese, for at organisere og skabe overblik. En review matrix består af en række kolonner, som omhandler centrale elementer i de inkluderede studier, som skal medvirke til, at studierne kan identificeres og sammenholdes (Garrard, 2010). Der er udarbejdet en review matrix, hvor det er valgt at identificere og sammenholde studierne på tværs af generelle informationer, deltagere i interventionen, formål samt design og metode, intervention og resultater. Derudover er valgt at tilføje en kolonne, som beskriver, på hvilket eller hvilke niveauer i den socio-økologiske model, som interventionen intervenserer på, for herigennem at udlede på hvilket eller hvilke niveauer der mangler virkningsfulde forebyggende interventioner mod arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker. Review matrixen medvirker til at mappe studierne i kategorier, som udgør grundlaget for analysen.

1. <i>Work Stress Interventions in Hospital Care: Effectiveness of the DIScovery Method</i> af I. Niks, J. de Jonge, J. Gevers og I. Houtman. 2018. Holland.						
Formål	Deltagere	Design og metode	Intervention	Resultater	Lag i den socio-økologiske model	Kvalitets vurdering
At undersøge effekten af DIScovery metoden, som har til hensigt at øge individets (emotionelle og fysiske) ressourcer på arbejdet, for herigennem at forebygge stress.	60 sygeplejersker fra en sygehusafdeling, som blev inddelt i en interventionsgruppe (28) og en kontrolgruppe (32).	Design: Kvasi eksperiment med kontrol gruppe. Metode: Eksperimentet foregår over to år, hvor deltagerne svarer på tre spørgeskemaer: første spørgeskema ved baseline, andet spørgeskema efter endt intervention og tredje spørgeskema ti måneder efter endt intervention. Kognitive, emotionelle og fysiske jobkrav blev målt på DISC-spørgeskema, og løsrivelse fra arbejdet blev målt på DISQ-R-spørgeskema. Burnout blev målt på MBI. Analyse: multi-regressionsanalyse.	DIScovery-metoden består af tre trin: Trin 1: identificering af psyko-sociale risikofaktorer på arbejdet f.eks. krav og ressourcer samt løsrivelse fra arbejdet. Trin 2: udvikling af interventioner som retter sig mod de identificerede risikofaktorer. Interventionerne blev diskuteret i mindre grupper af sygeplejersker, og der blev brainstormet om, hvorvidt interventionen var mulig at implementere. Derefter blev tre emner til interventioner udvalgt, som blev sendt til sygehusledelsen, som i fællesskab med medarbejderne bestemte hvilke interventioner, der skulle implementeres. De tre emner var: Ineffektive arbejdsgange, ineffektivt samarbejde og kommunikation samt dårlig fysiske arbejdsforhold. Trin 3: implementering af interventionerne. De udvalgte Interventioner rettede sig primært mod at øge individets jobressourcer, bl.a. ved at give deltagerne mulighed for at finde mening i deres arbejde, faste pauser, skabe flow i arbejdsopgaver, hvilket blev gjort ved, at der blev lavet en arbejdsgruppe, som skulle sørge for dette.	Interventionen havde en statistisk signifikant effekt på forbedring af følelsesmæssige ressourcer, fysiske ressourcer, kognitiv tilhørsforhold, pause forhold, samt burnout og koncentrationsproblemer sammenlignet med kontrolgruppen og prætest.	Det strukturelle niveau og miljø-niveauet.	++

2. *Effects of work conditions on provider mental well-being and quality of care: a mixed-methods intervention study in the emergency department of A. Schneider, M. Wehler og M. Weigl. 2019. Tyskland.*

Formål	Deltagere	Design og metode	Intervention	Resultater	Lag i den socio-økologiske model	Kvalitets vurdering
At undersøge den prospektive virkning af en multi-professionel intervention på det organisatorisk niveau ift. forandringer i medarbejdere på en skadestue og deres arbejdsforhold og deres velbefindende, herunder burnout	101 sygeplejersker, 44 læger og 20 administration smedarbejdere.	Design: Et mixed method follow-up studie. Metode: Der blev foretaget feltobservationer på skadestuen i 12 måneder. Derudover svarede deltagerne på spørgeskema om arbejdsrelateret stress målt på den tyske version af MBI, og deres opfattelse af kvalitet af deres pleje ved baseline og efter de 12 måneder. Yderligere blev foretaget semistruktureret interviews med ledelsen på afdelingen både efter seks og 12 måneder, som omhandlede implementering af interventionerne, barrierer og muligheder herfor og plejepersonalets velbefindende. Analyse: Regressionsanalyse af de kvantitative data og indholdsanalyse af de semistrukturerede interviews.	Ti 90-minutters cirkel-møder blev afholdt hver tredje uge i syv måneder. 3-7 plejepersonale deltog i hvert møde og derudover deltog ledelsen på afdelingen. Første session omhandlede forklaring af konceptet, og identificering af problematiske arbejdsforhold og muligheden for at ændre dem. I de efterfølgende sessioner blev de identificerede problematikker enkeltvist diskuteret og løsningsforslag blev analyseret og diskuteret. De identificerede ugunstige arbejdsforhold var bl.a. : mangel på personlige pauser, højt arbejdspress, utilstrækkelig information til personalet og medarbejdernedskæringer. Der blev lavet fire løsningsforslag herpå, som blev implementeret. 1. Kortvarig rotation, således at sygeplejersker erstatter hinanden i deres pauser. 2. triagemøder blandt medarbejdere og ledelse blev mere uforstyrret bl.a. ved at blokere for telefonopkald. 3. ad hoc møder for at optimere triage møder. 4. reorganisering af triagemøder, for at give mere information. Derudover blev der afholdt to sessioner, hvor implementering af interventionerne blev diskuteret og der blev lavet eventuelle justeringer. Samt 3 møder med ledelsen, som diskuterede barrierer for implementering.	Kvantitativ: Studiet viste en signifikant effekt burnout samt på kontrol over arbejde, social støtte, arbejdstilfredshed. Kvalitativ: Interviewene afslørede muligheder for og positive aspekter ved interventionen, hvilke var en sammenhængende tilgang til problematikkerne samt medarbejderdeltagelse. Barriere ift. implementering fremkom som underbemanding og organisatoriske begrænsninger.	Det strukturelle niveau og miljø - niveauet.	++

3. *Take Care! The Evaluation of a Team-Based Burnout Intervention Program for Oncology Care Providers* af P.M.L. Blanc, J.J. Hox, W.B. Schaufeli, T.W. Taris og M.C.W. Peeters. 2007. Holland.

Formål	Deltagere	Design og metode	Intervention	Resultater	Lag i den socio-økologiske model	Kvalitets vurdering
At undersøge virkningen af et team-baseret interventionsprogram mod burnout.	664 sygeplejersker fra 29 onkologiske afdelinger fra 18 forskellige hospitaler i Holland, som blev inddelt i en interventionsgruppe (260) og en kontrolgruppe (404).	Design: Kvasi-eksperiment med follow-up Metode: Der blev foretaget en test før interventionens start, en test efter interventionen var slut og en follow-up test seks måneder efter interventionen var slut. Burnout blev målt på den hollandske version af MBI. Social støtte blev målt på to skalaer, en som målte social støtte ift. kollegaer, og en der målte ift. leder. Derudover blev der målt på indflydelse på arbejde, kontrol over arbejde og arbejdskrav. Analyse: multiregressionsanalyse	Interventionen blev faciliteret af to adfærdsterapeuter, varede seks måneder, og bestod af seks månedlige sessioner af tre timer. Der blev afholdt et individuelt møde med alle lederne af de deltagende afdelinger, hvor selve interventionen blev tydeliggjort og de potentielle effekter af interventionen blev diskuteret. Dernæst blev et startende møde for alle de deltagende afdelinger afholdt, hvor interventionen blev præsenteret. Det blev i interventionen anset som vigtigt, at de deltagende afdelinger arbejdede på deres egne kontekstspecifikke problematikker. Sessionerne omhandlede undervisning i arbejdsrelateret stress og burnout, kommunikation og feedback, at opbygge et socialt støttende netværk og at balancere jobrelateret investeringer med udfaldet herfor. Deltagerne skulle danne problemløsende teams, som skulle designe, implementere, evaluere og tilpasse indsatser ift. at mestre de mest almindelige stressorer på arbejdet. Indsatserne var bl.a. mere effektive metoder til at rapportere om patienter, "skytsengle" som skulle beskytte kollegaers velbefindende og omstrukturering af de ugentlige møder som skulle give medarbejderne en større stemme.	Studiet viste en signifikant reducerende effekt burnout.	Miljø-niveauet og det sociale niveau.	++

4. *Evaluating the Effectiveness of a Brief Mindful Self-Care and Resiliency (MSCR) Intervention for Nurses: a Controlled Trial* af S. Slatyer, M. Craigie, B. Heritage, S. Davis og C. Rees. 2017. Australien.

Formål	Deltagere	Design og metode	Intervention	Resultater	Lag i den socio-økologiske model	Kvalitetsvurdering
At undersøge effektiviteten af en kortvarig mindfulness, selvplejende og resiliens intervention (MSCR) ift. at forebygge stress relateret til arbejdet.	91 sygeplejersker fra et akuthospital blev inddelt i en interventionsgruppe (65) og en kontrolgruppe (26).	Design: Kontrolleret forsøg Metode: Deltagerne svarede på spørgeskemaer vedrørende stress, livskvalitet og self-efficacy før interventionen, efter interventionen og ved seks måneders follow-up. Livskvalitet blev målt på ProQol5. Stress blev målt på DASS21. Resiliens blev målt på CD-RISC10 og self-efficacy blev målt på GSES. Analyse: GLMM-analyse.	MSCR blev faciliteret af en erfaren klinisk psykolog, som havde erfaring med at facilitere interventionen. Interventionen består af en dags undervisende workshops som består af fire sessioner af halvdelen time hver. De to første sessioner omhandlede undervisning om resiliens, og de næste to sessioner introducerede deltagerne til mindfulness koncepter. Der var efterfølgende tre opfølgende sessioner af 1,75 time som blev afholdt hver uge, som omhandlede tillæring af mindfulness færdigheder.	Lille til moderat signifikant reducerende effekt på stress fra præ til posttest sammenlignet med kontrolgruppen og tidsperioden.	Det individuelle niveau.	++

5. *Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms: A non-randomized study* af J. Duarte og J. Pinto-Gouveia. 2016. Portugal.

Formål	Deltagere	Design og metode	Intervention	Resultater	Lag i den socio-økologiske model	Kvalitetsvurdering
At undersøge effekten af en mindfulness-baseret intervention for sygeplejersker	94 sygeplejersker fra en onkologisk afdeling blev inddelt i en interventionsgruppe (45) og en kontrolgruppe (48).	Design: Non-randomiseret kontrolleret forsøg Metode: Effekten af interventionen blev målt gennem validerede selvrapporterings målinger, som deltagerne svarede på før interventionen, da interventionen var afsluttet og ved tre-måneders follow-up. Målingerne omhandlede burnout, psykologiske symptomer, mindfulness og livstilfredshed. Livstilfredshed blev målt på ProQOL-5. Stress blev målt på DASS-21. Mindfulness blev målt på FFMQ. Analyse: ANOVA-analyse, også kaldet variansanalyse.	Interventionen blev foretaget af en klinisk psykolog, som havde erfaring med mindfulness. En seks-ugers mindfulness-baseret gruppe intervention, som var baseret på principper og øvelser fra Mindfulness-Based Stress Reduction. I de første fire sessioner blev deltagerne lært mindfulness øvelser. De sidste to sessioner omhandlede kærlig venlighed og interpersonelle forhold. Den sidste del af interventionen indeholdt seks to-timers gruppesessioner som inkluderede dyadisk session og erfaringsbaserede øvelser. Deltagerne modtog desuden en CD med meditative øvelser, som de skulle lytte til og øve mindst 15 min. Pr. dag.	Signifikant fald i stress og burnout sammenlignet med kontrolgruppe og tidsperiode.	Det individuelle niveau.	+

6. *A self-referral preventive intervention for burnout among Norwegian nurses: One-year follow-up study* af K.E.I. Rø, T. Gude, R. Tyssen og O.G. Aasland. 2010. Norge.

Formål	Deltagere	Design og metode	Intervention	Resultater	Lag i den socio-økologiske model	Kvalitetsvurdering
At undersøge stress hos sygeplejersker som har deltaget i en forebyggende burnout intervention.	172 sygeplejersker deltog i undersøgelsen. Sygeplejerskerne arbejdede enten på hospital eller i kommunen	Design: Follow-up studie. Metode: Deltagerne lavede selvrapporterede vurderinger 0-4 uger før interventionens start eller på første dag af interventionen. 57 uger efter interventionens slutning udfyldte deltagerne igen selvrapporterede vurderinger. Burnout blev målt på (MBI). Analyse: Der blev foretaget en lineær regressionsanalyse.	Interventionen blev foretaget af to erfarne kliniske specialister i psykiatrisk sygepleje. Interventionen foregik som et kursus på et resourcecenter for sundhedsprofessionelle over fem dage. Programmets formål er at forbedre sundhed og livskvalitet, styrke den professionelle identitet og at forebygge burnout. Kurset bestod af mindfulness og andre afslapningsøvelser samt fysisk aktivitet. Derudover var der undervisning om temaer så som "balance mellem arbejde og familie" og "forebyggelse af burnout". Deltagerne blev opmuntret til at dele erfaringer. Deltagerne blev yderligere tilbudt individuel konsultation.	Studiet viser en signifikant reduktion i burnout.	Det individuelle niveau.	++

7. *Nature-based Stress Management Course for Individuals at Risk of Adverse Health Effects from Work-Related Stress – Effects on Stress Related Symptoms, Workability and Sick Leave* af E. Sahlin, G. Ahlborg, J.V. Matuszczyk og P. Grahn. 2014. Sverige.

Formål	Deltagere	Design og metode	Intervention	Resultater	Lag i den socio-økologiske model	Kvalitetsvurdering
At undersøge virkningen af et naturbaseret stress-management kursus på stress, arbejdsevne, stress-relaterede symptomer, og sygemelding samt at få en dybere forståelse af, hvordan deltagerne oplevede og evaluerede naturen i kurset.	33 sygeplejersker, som arbejdede på et hospital.	Design: Mixed-method follow-up studie. Kvantitativ metode: Deltagerne besvarede spørgeskema ved interventionens start, ved interventions slutning og ved to follow-up målinger, seks og tolv måneder efter afsluttet intervention. Stress blev målt på SMBQ. Arbejdsevne blev målt på WAI. De stress-relaterede symptomer der blev målt på var: mavesmerter, kvalme, smerter i ryg, nakke og led, hovedpine, svimmelhed og hjertebanken. Kvalitativ metode: Der blev foretaget 13 semistrukturerede interviews med fire indbyggede temaer, hvoraf de første tre skulle medvirke til at fortolke svarene fra spørgeskemaerne og det sidste tema skulle medvirke til en dybere forståelse af, hvordan deltagerne oplevede naturen i interventionen.	Interventionen blev foretaget af et multi-professionelt hold bestående af en fysioterapeut, en arbejds terapeut, en psykoterapeut, en gartner og en biolog. Deltagerne blev inddelt i grupper af otte personer, som mødtes to gange om ugen i tre timer i 12 uger. Interventionen bestod af haveaktiviteter, guidede ture i den omkringliggende natur, mindfulness øvelser i naturen og indendøre, terapeutisk maling, terapeutiske gruppesamtaler og information om stress.	Kvantitativ: Interventionen viser et statistisk signifikant fald i burnout. Ligeledes havde interventionen en reducerende effekt på stresssymptomer. Kvalitativ: 3 hovedtemaer fremkom i den kvalitative analyse: 1) <i>Uddannelse i natur og have</i>, 2) <i>Miljøets indflydelse</i> og 3) <i>Strategier til at forebygge stress</i>. 1) Var medvirkende til at deltagerne bedre kunne håndtere stressorer, men var også positivt for deres velvære. 2) Naturen havde en stor betydning for deres følelse af ro, stressaflastning og fred. 3) De tillærte mindfulness-øvelser gjorde størstedelen af deltagerne brug af, efter interventionens slutning, og var ligeledes positivt medvirkende til at håndtere stressorer.	Det individuelle niveau.	++

8. <i>Yoga for Self-care and Burnout Prevention Among Nurses</i> af G.K. Alexander, K. Rollins, D. Walker, L. Wong og J. Pennings. 2015. USA.						
Formål	Deltagere	Design og metode	Intervention	Resultater	Lag i den socio-økologiske model	Kvalitetsvurdering
At undersøge virkningen af yoga ift. at øge egenpleje og forebygge burnout blandt sygeplejersker.	40 sygeplejersker som arbejdede på et hospital, som blev inddelt i en interventionsgruppe (20) og en kontrolgruppe (20).	Design: Randomiseret kontrolleret forsøg Metode: Deltagerne besvarede spørgeskemaer ved interventionens start og da interventionen sluttede. Burnout blev målt på MBI. Mindfulness blev målt på HPLP. Analyse: variansanalyse.	Interventionen blev faciliteret af en erfaren yogainstruktør. Interventionsgruppen deltog i et otte-ugers yoga interventionsprogram, som havde til formål at give deltagerne værktøjer til egenpleje for at deltagerne bedre kunne håndtere stressorer, for herigennem at forebygge burnout. Værktøjerne var bl.a. at deltagerne blev mere opmærksomme på deres kropsfunktioner bl.a. vejrtrækningen, som får individet til at slappe af i krop og sind, og derved sænke stressniveauet i kroppen. Deltagerne fik udleveret pjecer for yderligere information, og billeder af øvelserne.	Signifikant effekt på burnout sammenlignet med kontrolgruppe og tidsperiode.	Det Individuelle niveau	+

9. *Resilience training for work-related stress among health care workers* af E.G. Mistretta, M.C. Davis, M. Temkit, C. Lorenz, B. Darby og C.M. Stonnington. 2018. USA.

Formål	Deltagere	Design og metode	Intervention	Resultater	Lag i den socio-økologiske model	Kvalitetsvurdering
At undersøge om en personlig mindfulness resiliens intervention (MBRT) eller en smartphone-baseret resiliens intervention forebygger stress og forbedre velbefindende.	60 sygeplejersker, som blev inddelt i to interventionsgrupper og en kontrolgruppe. Den ene interventionsgruppe (22) blev randomiseret til MBRT-interventionen. Den anden interventionsgruppe (23) blev randomiseret til smart-phone resiliens-interventionen. Derudover var der en kontrolgruppe (15).	Design: Randomiseret kontrolleret forsøg. Metode: Spørgeskemaer om stress og velbefindende blev besvaret ved baseline, ved interventionens slutning og ved tre-måneders follow-up. Stress blev målt på DASS-21. Velfindende blev målt på WHO-5. Analyse: Variationsanalyse.	Igennem interventionen skulle deltagerne i de tre grupper tracke deres søvn og dagligt besvare spørgsmål om deres følelser vha. smartphone i fem uger. I seks uger modtog deltagerne daglig feedback med resume af deres søvn og følelser. Ud over dette deltog MBRT-gruppen i sessioner, som skulle lære deltagerne mindfulness øvelser ift. effektivt at håndtere dårlige tanker eller oplevelser, og fostre positiv resiliens. Der var både undervisning om mindfulness og resiliens samt øvelser og gruppediskussion. MBRT-gruppen mødtes i seks ugentlige sessioner af to timer, som blev faciliteret af en klinisk psykolog og en yoga-instruktør. Deltagerne modtog også en cd med mindfulness øvelser. Smartphone-gruppen havde desuden adgang til resiliens træningsmoduler via deres smartphone, samt forskellige mindfulness øvelser. Fokus for træningsmodulerne blev valgt at deltagerne selv på deres smartphone, hvor temaer så som søvn, energi, produktivitet og glæde kunne vælges, hvor det fælles mål for dem alle var forebyggelse af stress.	Studiet viste en signifikant effekt i redueringen af stress for MBRT-gruppen sammenlignet med kontrolgruppen Smartphone-gruppen viste ingen signifikant effekt på stress.	Det individuelle niveau.	++

5.2. Analyse

De udvalgte studier lever op til inklusions- og eksklusionskriterierne (se tabel 1 s. 24), da interventionerne i studierne omhandler virkningsfulde forebyggende interventioner mod arbejdsrelateret stress henvendt sygeplejersker. Formålet med reviewet er at identificere virkningsfulde interventioner, som kan anvendes til at forebygge arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker. Resultaterne af det systematiske mapping review forventes at kunne identificere, hvilke interventioner der med fordel vil kunne implementeres i en dansk hospitalskontekst, og hermed skabe forandring i måden, hvorpå stress blandt sygeplejersker forebygges. I tabel 4 fremstilles resultaterne af den systematiske mapping af de inkluderede studier, hvor det fremkommer, at virkningsfulde forebyggende interventioner, udføres på forskellige niveauer jf. den socio-økologiske model (Dahlgren and Whitehead, 2007). Tabel 4 viser, at der er tre studier, som omhandler interventioner på flere niveauer, og seks studier omhandler interventioner på det individuelle niveau. I de følgende afsnit præsenteres studierne i to temaer: 1) *Interventioner på flere niveauer*, 2) *Interventioner på det individuelle niveau*.

Tabel 4: Interventionernes placering i niveauerne fra den socio-økologiske model.

Studie	Det strukturelle niveau	Miljø-niveauet	Det sociale niveau	Det individuelle niveau
Niks et al. (2018)	x	x		
Schneider, Wehler og Weigl (2019)	x	x		
Le Blanc et al. (2007)		x	x	
Slatyer et al. (2018)				x
Duarte og Pinto-Gouveia (2016)				x
Rø et al. (2010)				x
Sahlin et al. (2014)				x
Alexander et al. (2015)				x
Mistretta et al. (2018)				x

5.2.1. Interventioner på flere niveauer

Tre af de inkluderede studiers interventioner udføres på to niveauer i den socio-økologiske model. Interventionen i studierne af Niks et al. (2018) samt Schneider, Wehler og Weigl (2019) udføres på det strukturelle niveau samt på miljø-niveauet. Interventionen i studiet af Le Blanc et al. (2007) foregår både på miljø-niveauet og det sociale niveau. Tabel 5 viser en oversigt over disse studiers formål, hvem interventionen udføres af, interventionens komponenter, resultater og niveauer.

Tabel 5: Oversigt over studier med interventioner på flere niveauer i den socio-økologiske model.

	Formål	Udføres af	Interventionens komponenter	Resultater	Niveau
Niks et al. (2018)	At undersøge effekten af DISCOVERY metoden, som har til hensigt at øge individets (emotionelle og fysiske) ressourcer på arbejdet for herigennem at forebygge stress.	Sygeplejersker og sygehusledelsen	DISCOVERY-metoden består af tre trin: Trin 1: identificering af psyko-sociale risikofaktorer på arbejdet Trin 2: udvikling af interventioner som retter sig mod de identificerede risikofaktorer. Interventionerne blev diskuteret i mindre grupper af sygeplejersker. Derefter blev tre emner til interventioner udvalgt, som blev sendt til sygehusledelsen som i fællesskab med medarbejderne bestemte, hvilke interventioner der skulle implementeres. Trin 3: implementering af interventionerne. De udvalgte interventioner rettede sig primært mod at øge individets jobressourcer, bl.a. ved at give deltagerne mulighed for at finde mening i deres arbejde, faste pauser og skabe flow i arbejdsopgaver.	Interventionen havde en statistisk signifikant effekt på forbedring af følelsesmæssige ressourcer, fysiske ressourcer, kognitivt tilhørsforhold, pause forhold, samt burnout og koncentrationsproblemer sammenlignet med kontrolgruppen og prætest.	Det strukturelle niveau og miljø-niveauet.
Schneider, Wehler og Weigl (2019)	At undersøge den prospektive virkning af en multi-professionel intervention på det organisatoriske niveau ift. forandringer i medarbejdere på en skadestue, deres arbejdsforhold og deres velbefindende, herunder burnout.	Sygeplejersker samt ledelsen på afdelingen.	Ti møder blev afholdt hver tredje uge i syv måneder. Første session omhandlede forklaring af konceptet og identificering af problematiske arbejdsforhold. I de efterfølgende sessioner blev de identificerede problematikker enkeltvist diskuteret og løsningsforslag blev analyseret og diskuteret, og der blev lavet en handlingsplan herfor. Der blev lavet 4 løsningsforslag herpå, som blev implementeret. 1 Kortvarig rotation således at sygeplejersker erstatter hinanden i deres pauser. 2 Triagemøder blandt medarbejdere og ledelse blev mere uforstyrret bl.a. ved at blokere for telefonopkald. 3 Ad hoc møder for at optimere triage møder 4 Reorganisering af triagemøder, for at give mere information.	Kvantitativ: Studiet viste en signifikant effekt på burnout samt på kontrol over arbejde, social støtte og arbejdstilfredshed. Kvalitativ: Interviewene afslørede muligheder for og positive aspekter ved interventionen, hvilke var en sammenhængende tilgang til	Det strukturelle niveau og miljø-niveauet.

			Derudover blev der afholdt to sessioner, hvor implementering af interventionerne blev diskuteret, og der blev lavet eventuelle justeringer, samt 3 møder med ledelsen, som diskuterede muligheder og barriere for at implementere forslagene.	problematikkerne samt medarbejderdeltagelse. Barriere ift. implementering fremkom som underbemanding og organisatoriske begrænsninger.	
Le Blanc et al. (2007)	At undersøge virkningen af et team-baseret interventionsprogram mod burnout.	Sygeplejersker	Seks månedlige sessioner, som startede med møde mellem konsulent og deltagende afdelinger, hvor interventionen blev fremlagt. Dernæst blev et startende møde for alle de deltagende afdelinger afholdt, hvor teamkonsulenten præsenterede og forklarede interventionen. Det blev i interventionen anset som vigtigt, at de deltagende afdelinger arbejdede på deres egne kontekstspecifikke problematikker. Sessionerne omhandlede en generel introduktion til interventionen, undervisning i mekanismerne bag arbejdsrelateret stress og burnout, kommunikation og feedback, at opbygge et socialt støttende netværk og at balancere jobrelateret investeringer med outcomet herfor. Der var i alle sessionerne også en aktiv del, hvor deltagerne dannede problemløsende teams, som sammen designede, implementerede, evaluerede og tilpassede indsatser ift. at mestre de mest almindelige stressorer på arbejdet. De forskellige indsatser blev til sidst diskuteret i plenum. Indsatserne var bl.a. mere effektive metoder til at rapportere om patienter, "skytsengle" som skulle beskytte kollegaers velbefindende og omstrukturering af de ugentlige møder som skulle give medarbejderne en større indflydelse på deres arbejde.	Studiet viste en signifikant reducerende effekt på burnout.	Miljø-niveauet og det sociale niveau

Niks et al. 2018

Formålet i studiet af Niks et al. (2018) er at forebygge arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker ved at forebygge stressorer gennem DIScovery-metoden, hvor både medarbejdere og ledelse inddrages. DIScovery-metoden består af tre trin, som omhandler identificering af stressorer, udvikling af interventioner som har til hensigt at forebygge de identificerede stressorer og implementering af interventionerne. I trin et blev stressorer bl.a. identificeret som ubalance mellem krav og ressourcer og besvær ved løsrivelse fra arbejdet. I trin to udviklede deltagerne interventioner, som skulle forebygge de identificerede stressorer, hvor også mulighederne for at implementere disse blev diskuteret af deltagerne. De tre problematikker som skulle interveneres på var: ineffektive arbejdsgange, ineffektivt samarbejde og kommunikation samt dårlige fysiske arbejdsforhold. Interventionerne, som søgte at forbedre problematikkerne, var at give medarbejdere mulighed for at finde mening i deres arbejde, faste pauser og skabe flow i arbejdsopgaver (Niks *et al.*, 2018). Interventionerne drejede sig derfor hovedsagligt om at øge individets jobressourcer, og at give deltagerne mulighed for at finde mening i deres arbejde. Resultaterne af studiet viser en signifikant effekt på forbedring af pauseforholdene, følelsesmæssige ressourcer, fysiske ressourcer, kognitivt tilhørsforhold samt burnout sammenlignet med kontrolgruppen og resultater fra prætest (Niks *et al.*, 2018). På baggrund heraf nedsættes de identificerede stressorer således, og på baggrund af, at disse faktorer ifølge Aiken et al. (2002), Vahey et al. (2004), Sveinsdóttir, Biering og Ramel (2006), Nielsen og Kristensen (2007) samt Dansk Sygeplejeråd (2013) kan anskues som medvirkende årsager til stress blandt sygeplejersker, kan forbedring af disse stressorer således medvirke til at forebygge arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker. Studiet af Niks et al. (2018) blev i kvalitetsvurderingen vurderet at have en høj kvalitet, hvorfor den vægtes højt i udarbejdelsen af anbefalinger til forebyggende interventioner mod arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker.

Studiet af Niks et al. (2018) placeres på det strukturelle niveau og på miljø-niveauet. Ifølge Dahlgren og Whitehead (2007) indbefatter det strukturelle niveau bl.a. strukturelle omgivelser, hvilket, som en del af studiets intervention, søges at intervenere på, ved at lave faste pauser og skabe flow i arbejdsopgaver, hvorfor studiet af Niks et al. (2018) til dels befinder sig på det strukturelle niveau. Interventionerne som har til formål at forebygge stressorerne, bestemmes i samarbejde med medarbejdere og ledelse (Niks *et al.*, 2018). Ifølge Dahlgren og Whitehead (2007) vil interventioner på det strukturelle niveau dog ofte kræve politisk indgriben. Det kan dog argumenteres for, at interventionen er strukturel, eftersom ledelsen er med i beslutningstagen, og der laves faste pauser, hvilket anses som værende en strukturel ændring. Derudover skabes der mere flow i arbejdsgangene,

hvilket kan medvirke til at sygeplejerskerne oplever mindre arbejdspress, hvilket kan forebygge, at sygeplejerskerne bliver stresset. Interventionens placering på det strukturelle niveau underbygges af problemanalysen, hvor årsager til stress på det strukturelle niveau blev fremanalyseret som bl.a. at være arbejdspress og sygeplejerskens alsidige arbejde (Aiken *et al.*, 2002; Vahey *et al.*, 2004; Sveinsdóttir, Biering and Ramel, 2006). Studiet af Niks *et al.* (2018) har således fokus på at forebygge stressorer relateret hertil. Interventionen i studiet søger ligeledes at ændre balancen mellem krav og ressourcer, som er identificeret som en del af arbejdsmiljøet, ved at øge deltagerne ressourcer. Derudover søges at give deltagerne mening i deres arbejde, hvilket ligeledes kan anses som værende en del af arbejdsmiljøet, da arbejdsmiljøet forbedres, såfremt individet finder mening i sit arbejde, og derved kan arbejdsrelateret stressorer mindskes og forebygges. I problemanalysen blev fremanalyseret, at ubalance mellem krav og ressourcer kan medvirke til arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker (Nielsen and Kristensen, 2007; Sygeplejeråd, 2013). På baggrund heraf udføres interventionen i studiet af Niks *et al.* (2018), foruden på det strukturelle niveau, på miljø-niveauet, da den søger at ændre arbejdsmiljøet, for herigennem at forebygge stress, hvilket ligeledes er i sammenhæng med Dahlgren og Whiteheads (2007) definition af interventioner på miljø-niveauet.

Schneider, Wehler og Weigl. 2019

Formålet i studiet af Schneider, Wehler og Weigl (2019) er, at forebygge burnout ved at skabe forandring i deltagerne arbejdsforhold og derigennem deres velbefindende. Interventionen består af møder med både medarbejdere og ledelse, hvor problematiske arbejdsforhold identificeres og løsningsforslag hertil diskuteres. De problematiske arbejdsforhold, der blev identificeret, var mangel på personlige pauser, uenighed om hvordan opgaver skulle løses, højt arbejdspress, lederskab, utilstrækkelig information til personalet og medarbejdernedskæringer. Der blev efterfølgende lavet løsningsforslag på arbejdsforholdene, hvilket for sygeplejerskerne var, at de skulle lave rotation, således at der blev skabt personlige pauser, som ikke blev afbrudt. Yderligere var løsningsforslagene relateret til triage-møder, som blev gjort mere uforstyrret og reorganiseret, således at de blev mere informative for medarbejderne. Interventionerne blev implementeret, hvorefter de blev diskuteret og justeret (Schneider, Wehler and Weigl, 2019). Studiet viser, at interventionen har en signifikant effekt på burnout samt kontrol over arbejdet. I de kvalitative interviews i studiet fremkommer de positive aspekter ved interventionen, at der var større medarbejderdeltagelse (Schneider, Wehler and Weigl, 2019), hvilket ligeledes kan have medvirket til, at sygeplejerskerne har følt en større kontrol over deres arbejde, hvilket således på baggrund af problemanalysen forebygger stress, da mangel på

kontrol over arbejde, ifølge Sveinsdóttir, Biering og Ramel (2006), kan være årsag til stress blandt sygeplejersker. Studiet af Schneider, Wehler og Weigl (2019) blev vurderet til at være af høj kvalitet, hvorfor studiets resultater vil indgå i anbefalingerne og vægtes højt.

Studiet af Schneider, Wehler og Weigl (2019) befinder sig, ligesom studiet af Niks et al. (2018) både på det strukturelle niveau og på miljø-niveauet. Studiet udføres til dels på det strukturelle niveau på baggrund af strukturelle tiltag så som ændring af pauser og arbejdsbelastning, hvilket er i overensstemmelse med Dahlgren og Whiteheads (2007) definition af det strukturelle niveau. Ledelsen inddrages ligeledes i beslutningstagen, hvilket understøtter, at interventionen befinder sig på det strukturelle niveau. Ifølge Dahlgren og Whitehead (2007) kan individets sundhed fremmes, såfremt der interverneres på identificerede determinanter. På baggrund heraf skulle interventionen således forbedre sygeplejerskernes strukturelle arbejdsforhold, i dette tilfælde uforstyrret personlige pauser samt mindre arbejdsbelastning. Dette underbygges ligeledes af problemanalysen, hvor det blev fremanalyseret, at årsager til stress blandt sygeplejersker på det strukturelle niveau var arbejdspress, underbemanding og sygeplejerskens forskellige arbejdsopgaver (Aiken *et al.*, 2002; Vahey *et al.*, 2004; Sveinsdóttir, Biering and Ramel, 2006). Interventionen i studiet af Schneider, Wehler og Weigl (2019) udføres, foruden på det strukturelle niveau, også på miljø-niveauet, eftersom interventionen søger at skabe forandring i sygeplejerskernes arbejdsforhold, for herigennem at forebygge burnout (Schneider, Wehler and Weigl, 2019). De problematiske arbejdsforhold, som blev identificeret og som kan relateres til arbejdsmiljøet er højt arbejdspress og uenighed om løsning af opgaver. Til disse problematikker blev der lavet løsningsforslag vedrørende triage-møder, som skulle give sygeplejerskerne en større følelse af ansvar og mindre uforudsigelighed (Schneider, Wehler and Weigl, 2019). På baggrund af løsningsforslagene og studiets formål, udføres interventionen i studiet på miljø-niveauet, eftersom interventioner på dette niveau, ifølge Dahlgren og Whitehead (2007) søger at ændre på arbejdsmiljøet.

Le Blanc et al. 2007

Studiet af Le Blanc et al. (2007) har til formål at undersøge virkningen af et teambaseret program, som sigter mod at forebygge burnout blandt sygeplejersker. Interventionen består af seks månedlige sessioner, hvor sygeplejersker deltager. Sessionerne omhandler introduktion til selve interventionen, undervisning i mekanismerne bag arbejdsrelateret stress og burnout, kommunikation og feedback, opbygning af støttende sociale netværk og at balancere ressourcer og krav. Derudover består sessionerne af gruppearbejde, hvor deltagerne inddeles i problemløsende teams, som skal udvikle,

implementere og evaluere indsatser mod at mestre de mest almindelige arbejdsrelateret stressorer. Det anses i interventionen som essentielt, at de forskellige deltagende afdelinger tager udgangspunkt i deres egne kontekstspecifikke problematikker og stressorer. Indsatserne, der blev udviklet og implementeret, var bl.a. mere effektive metoder til afrapportering af patienter, en form for ”skytsengle” som skulle hjælpe med at beskytte kollegaers velbefindende samt omstrukturering af de ugentlige møder, som skulle give medarbejderne mere indflydelse (Le Blanc *et al.*, 2007). De centrale emner for interventionerne var derfor social støtte, mere indflydelse på arbejdet og medindflydelse i beslutningstagen. Studiet viser, at interventionen har en signifikant effekt på burnout (Le Blanc *et al.*, 2007). Eftersom interventionen er teambaseret, viser det således at social støtte har en signifikant reducerende effekt på burnout (Le Blanc *et al.*, 2007). Denne effekt underbygges af problemanalysen, hvor sociale relationer ligeledes blev fremanalyseret som at have en beskyttende effekt på stress (AbuAlRub, 2004; Woodhead, Northrop and Edelstein, 2016). Studiet viser således, at positive sociale relationer fra kollegaer er virkningsfuldt i forhold til at forebygge arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker. Studiets kvalitet blev vurderet som høj, hvorfor studiets resultater vægtes højt i udarbejdelsen af anbefalinger.

Interventionen i studiet af Le Blanc *et al.* (2007) udføres til dels på miljø-niveauet, da indsatserne, som deltagerne udvikler, til dels har til sigte at forbedre faktorer i arbejdsmiljøet, for herigennem at forebygge burnout. Faktorerne, som relaterer sig til arbejdsmiljøet, er mere indflydelse på arbejdet og medansvar i beslutningstagen. Interventionen søger således at ændre de deltagende sygeplejerskers arbejdsvilkår ved at give sygeplejerskerne et større ansvar og indflydelse på arbejdet. Dette er i sammenhæng med Dahlgren og Whiteheads (2007) definition af, hvad der karakteriserer en intervention, som befinder sig på miljø-niveauet. Interventionen udføres ud over på miljø-niveauet, på det sociale niveau, da interventioner på dette niveau, ifølge Dahlgren og Whitehead (2007), søger at styrke individets sociale støtte, ved at fremme muligheden for at indgå i sociale fællesskaber, samtidig med at interventionen udføres i teams.

Opsamling af studierne på flere niveauer

Fælles for de tre studier, som placeres på flere niveauer, er, at de i deres intervention har fokus på identificering af stressorer, hvorefter der laves løsningsforslag eller interventioner hertil, hvilke til sidst implementeres. I interventionerne i studierne af Niks *et al.* (2018) samt Schneider, Wehler og Weigl (2019) er disse tre elementer de eneste elementer i interventionen, hvorimod der i interventionen i studiet af Le Blanc *et al.* (2007) også er undervisning om stress, kommunikation,

jobbalance og sociale netværk. På baggrund af at identificering, løsningsforslag og udarbejdelse af interventioner er gennemgående elementer i de tre studiers intervention, anses dette at være essentielt i en forebyggende intervention. Centralt for de tre studiers interventioner er ligeledes, at medarbejderne, i dette tilfælde sygeplejersker, deltager i interventionerne, og er med til at identificere, udvikle og implementere. Dog inddrages ledelsen i studierne af Niks et al. (2018) og Schneider, Wehler og Weigl (2019), hvilket er medvirkende til, at studierne til dels udføres på det strukturelle niveau, hvor ledelsen, ifølge Dahlgren og Whitehead (2007) bør inddrages for at skabe strukturelle ændringer. På baggrund af alle tre studier anses det derfor som betydningsfuldt, at sygeplejerskerne inddrages, når stress blandt sygeplejersker forebygges. Derudover er det på baggrund af Niks et al. (2018) og Schneider, Wehler og Weigl (2019) vigtigt, også at inddrage ledelsen i det forebyggende arbejde, såfremt interventionen skal være virkningsfuld. Fælles for interventionerne i de tre studier er yderligere, at der tages udgangspunkt i den specifikke kontekst, hvor deltagerne skal identificere arbejdsrelateret stressorer. Det vurderes derfor, at den specifikke kontekst er af betydning, når stress blandt sygeplejersker forebygges. De tre studier har som et centralt element i interventionen, at sygeplejerskerne skal skabe indflydelse og mening i deres arbejde (Le Blanc *et al.*, 2007; Niks *et al.*, 2018; Schneider, Wehler and Weigl, 2019), hvilket således anses som en afgørende faktor for, at arbejdsmæssige stressorer forebygges.

Det kan på baggrund af ovenstående udledes, at interventioner som udføres på flere niveauer, er virkningsfulde såfremt medarbejderne og ledelse inddrages i identificerings-, udviklings- og implementeringsarbejdet af arbejdsmæssige stressorer. Derudover er det essentielt, at der tages udgangspunkt i deltagerens specifikke kontekst samt på at skabe indflydelse og mening i sygeplejerskernes arbejde.

5.2.2. Interventioner på det individuelle niveau

Størstedelen af de inkluderede studier udføres på det individuelle niveau i den socio-økologiske model, eftersom seks studier placeres på dette niveau. Tabel 6 viser en oversigt over disse studiers formål, hvem interventionen udføres af, interventionens komponenter, resultater og niveau.

Tabel 6: Studier med interventioner på det individuelle niveau ifølge den socio-økologiske model.

	Formål	Udføres af	Interventionens komponenter	Resultater	Niveau
Slatyer et al. (2018)	At undersøge effektiviteten af en kortvarig mindfulness, selvplejende og resiliens intervention (MSCR) ift. at forebygge stress relateret til arbejdet.	Sygeplejersker	Interventionen består af én dags undervisende workshops som består af fire sessioner af halvdelen time hver. De to første sessioner omhandlede undervisning om resiliens, og de næste to sessioner introducerede deltagerne til mindfulness koncepter. Der var efterfølgende tre opfølgende sessioner af 1,75 time som blev afholdt hver uge, som omhandlede tillæring af mindfulness færdigheder.	Lille til moderat signifikant reducerende effekt på stress fra præ til posttest sammenlignet med kontrolgruppen og tidsperioden.	Det individuelle niveau
Duarte og Pinto-Gouveia (2016)	At undersøge effekten på burnout af en mindfulness baseret intervention for sygeplejersker	Sygeplejersker	En seks-ugers mindfulness-baseret gruppe intervention, som var baseret på principper og øvelser fra Mindfulness-Based Stress Reduction. I de første fire sessioner blev deltagerne lært mindfulness-øvelser. De sidste to sessioner omhandlede kærlig venlighed og interpersonelle forhold. Den sidste del af interventionen indeholdt seks to-timers gruppe-sessioner som inkluderede en dyadisk session og erfaringsbaserede øvelser. Deltagerne modtog desuden en CD med meditative øvelser, som de skulle lytte til og øve mindst 15 min. Pr. dag.	Signifikant fald i stress og burnout sammenlignet med kontrolgruppe og tidsperiode.	Det individuelle niveau
Rø et al. (2010)	At undersøge stress hos sygeplejersker som har deltaget i en forebyggende burnout intervention.	Sygeplejersker	Interventionen foregik som et kursus på et ressourcecenter for sundhedsprofessionelle over fem dage. Kurset bestod af mindfulness- og andre afslapningsøvelser samt fysisk aktivitet. Derudover var der undervisning om temaer så som ”balance mellem arbejde og familie” og ”forebyggelse af burnout”. Deltagerne blev opmuntret til at dele erfaringer. Deltagerne blev yderligere tilbudt individuel konsultation.	Studiet viser en signifikant reduktion i burnout.	Det individuelle niveau

Sahlin et al. (2014)	At undersøge virkningen af et naturbaseret stresshåndterings kursus på stress, arbejdsevne, stress-relaterede symptomer, og sygemelding samt at få en dybere forståelse af, hvordan deltagerne oplevede og evaluere naturen i kurset.	Sygeplejersker	Deltagerne blev inddelt i grupper af otte personer, som mødtes to gange om ugen i tre timer i 12 uger. Interventionen bestod af haveaktiviteter, guidede ture i den omkringliggende natur, mindfulness øvelser i naturen og indendøre, terapeutisk maling, terapeutiske gruppesamtaler og information om stress.	Kvantitativ: Interventionen viser et statistisk signifikant fald i burnout. Ligeledes havde interventionen en reducerende effekt på stresssymptomer. Kvalitativ: 3 hovedtemaer fremkom i den kvalitative analyse: uddannelse i natur og have, miljøets indflydelse og strategier til at forebygge stress. Uddannelse i naturen var medvirkende til at deltagerne bedre kunne håndtere stressorer, men var også positivt for deres velvære. Miljøet og i dette tilfælde naturen havde en stor betydning for deres følelse af ro, stressaflastning og fred. De tillærte mindfulness-øvelser gjorde størstedelen af deltagerne brug af, efter interventionens slutning, og var ligeledes positivt medvirkende til at håndtere stressorer.	Det individuelle niveau
Alexander et al. (2015)	At undersøge virkningen af yoga ift. at øge egenpleje og forebygge burnout blandt sygeplejersker.	Sygeplejersker	Interventionen består af et otte-ugers program, som havde til formål at give deltagerne værktøjer til egenpleje for at deltagerne bedre kunne håndtere stressorer, for herigennem at forebygge burnout. Værktøjerne var bl.a. at deltagerne blev mere opmærksomme på deres kropsfunktioner bl.a. vejtrækningen, som får individet til at slappe af i krop og sind, og derved sænke stressniveauet i kroppen.	Signifikant effekt på burnout, sammenlignet med kontrolgruppe og tidsperiode.	Det individuelle niveau

			Deltagerne fik udleveret pjecer for yderligere information, og billeder af øvelserne.		
Mistretta et al. (2018).	At undersøge om en personlig mindfulness resiliens intervention (MBRT) eller en smartphone-baseret resiliens intervention forebygger stress og forbedre velbefindende.	Sygeplejersker	MBRT-gruppen deltog i sessioner, som skulle lære deltagerne mindfulness øvelser ift. effektivt at håndtere dårlige tanker eller oplevelser, og fostre positiv resiliens. Der var både undervisning om mindfulness og resiliens samt øvelser og gruppediskussion. MBRT-gruppen mødtes i seks ugentlige sessioner af to timer. Deltagerne modtog også en cd med mindfulness øvelser. Smartphone-gruppen havde desuden adgang til resiliens træningsmoduler via deres smartphone, samt forskellige mindfulness øvelser. Fokus for træningsmodulerne blev valgt at deltagerne selv på deres smartphone, hvor temaer så som søvn, energi, produktivitet og glæde kunne vælges, hvor det fælles mål for dem alle var forebyggelse af stress.	Studiet viste en signifikant effekt i redueringen af stress for MBRT gruppen sammenlignet med kontrolgruppen Smartphone- gruppen viste ingen signifikant effekt på stress.	Det individuelle niveau.

Slatyer et al. 2018

Formålet i studiet af Slatyer et al. (2018) er at undersøge virkningen af en kortvarig mindfulness og resiliens intervention i forhold til at forebygge stress hos sygeplejersker. Interventionen faciliteres af en psykolog, udføres af sygeplejersker og består af fire halvanden times workshops, som afholdes på én dag. De to første sessioner omhandler undervisning om resiliens, og i de efterfølgende to introduceres deltagerne til mindfulness koncepter. Efterfølgende blev der afholdt tre opfølgende sessioner, som blev afholdt hver uge, hvor deltagerne lærte færdigheder inden for mindfulness (Slatyer *et al.*, 2018). Studiet viser en signifikant reducerende effekt på stress fra præ- til posttest sammenlignet med kontrolgruppe og tid (Slatyer *et al.*, 2018). Studiet viser således, at selvom interventionen er kortvarig, og den kun består af en heldags workshop samt tre korte opfølgende sessioner, så har det en effekt på forebyggelse af stress, fordi deltagerne får en højere resiliens i forhold til arbejdsrelateret stressorer. Studiets kvalitet blev vurderet som værende høj, hvorfor studiets resultater vil vægtes højt. På baggrund af undervisning om resiliens og mindfulness-øvelserne udføres interventionen på det individuelle niveau, eftersom det er individets mestringsevne i forhold til stressorer, som har betydning for, hvorvidt arbejdsrelateret stress kan forebygges.

Duarte og Pinto-Gouveia. 2016

Interventionen i studiet af Duarte og Pinto-Gouveia (2016) har til formål at forebygge stress og burnout hos sygeplejersker ved hjælp af en mindfulness-intervention. Interventionen varetages af en psykolog, og udføres af sygeplejersker og er et seks-ugers gruppe-baseret program. De første fire sessioner introducerer deltagerne til mindfulness-øvelser, og de to efterfølgende sessioner omhandler kærlig venlighed og interpersonelle forhold. Den sidste del af interventionen består af seks to-timers gruppe-sessioner, som ligeledes omhandler øvelser inden for mindfulness. Deltagerne skulle ud over at deltage i sessionerne, lytte til en CD med meditative øvelser, som de skulle udføre mindst 15 minutter om dagen (Duarte and Pinto-Gouveia, 2016). Studiet viser statistisk signifikant fald i stress og burnout sammenlignet med kontrolgruppen og tidsperioden (Duarte and Pinto-Gouveia, 2016). Interventionen formodes at være effektiv på grund af, at deltagerne bedre kan håndtere stressfulde påvirkninger på arbejdet, efter de har lært mindfulness-øvelser. Studiet vurderes at have en moderat kvalitet, hvorfor resultaterne medtages i anbefalingerne, men vægtes ikke så højt som studier med høj kvalitet. Interventionen søger ikke at ændre arbejdsforhold på det strukturelle niveau eller på miljø-niveauet, men søger at give deltagerne værktøjer i forhold til at håndtere stressorer, hvorfor

interventionen udføres på det individuelle niveau, da interventioner på dette niveau, ifølge Dahlgren og Whitehead (2007), søger at påvirke individets individuelle faktorer.

Rø et al. 2010

Studiet af Rø et al. (2010) undersøger stress hos sygeplejersker, som har deltaget i en forebyggende intervention mod burnout. Interventionen faciliteres af to specialister i psykiatrisk sygepleje og bliver udført af sygeplejersker. Interventionen er et kursus, som foregår over fem dage. Interventionens formål er at forbedre deltagernes sundhed og livskvalitet, styrke deres personlige identitet og at forebygge burnout. Kurset består af mindfulness-øvelser, afslapningsøvelser, fysisk aktivitet samt undervisning med temaer om ”balance mellem arbejde og familie” og ”forebyggelse af burnout”. Derudover blev deltagerne tilbudt individuel konsultation (Rø *et al.*, 2010). Studiet viser en statistisk signifikant reduktion i burnout (Rø *et al.*, 2010), hvorfor det formodes at undervisning og mindfulness-øvelser har betydning for at individet bedre kan håndtere stressorer og derved forebygge burnout. Kvaliteten af studiet er på baggrund af kvalitetsvurderingen høj, hvorfor studiets resultater vægtes højt. Ifølge Dahlgren og Whitehead (2007) har interventioner på det individuelle niveau ofte fokus på undervisning samt på at påvirke individets individuelle faktorer, hvorfor studiet udføres på det individuelle niveau, eftersom der er fokus på undervisning, og på at lære deltagerne mindfulness-øvelser, for herigennem at kunne håndtere stressorer.

Mistretta et al. 2018

Formålet med studiet af Mistretta et al. (2018) er at undersøge virkningen af en mindfulness- og resiliens-intervention sammenlignet med en smartphone-baseret resiliens-intervention i forhold til at forebygge stress og forbedre sygeplejerskers velbefindende. Studiet består således af tre forskellige grupper; en gruppe der modtager mindfulness- og resilienstræning (MBRT-gruppen), en gruppe der modtager smartphone-baseret mindfulness- og resilienstræning, samt en kontrolgruppe. Interventionen i både MBRT-gruppen og smartphone-gruppen udføres af sygeplejersker. MBRT-gruppen deltager i ugentlige sessioner af to timer i seks uger, som faciliteres af en psykolog og en yoga-instruktør. Sessionerne består af mindfulness-øvelser, som skal lære deltagerne at håndtere dårlige tanker og oplevelser, og at fostre positiv resiliens. Udover øvelserne består sessionerne af undervisning om mindfulness og resiliens samt gruppediskussioner herom. Deltagerne modtog yderligere en CD med mindfulness-øvelser på. Smartphone-gruppen havde i den seks-ugers periode adgang til træningsmoduler om resiliens og mindfulness-øvelser (Mistretta *et al.*, 2018). Fælles for

de to grupper er, at de får viden om resiliens og værktøjer hertil samt mindfulness-øvelser, men kun interventionen i MBRT-gruppen faciliteres af fagpersonale og deltagerne indgår i en gruppe. Studiet viser en statistisk signifikant effekt i redueringen af stress for MBRT-gruppen sammenlignet med kontrolgruppen, mens smartphone-gruppen ingen signifikant effekt viser på stress (Mistretta *et al.*, 2018). Det kan herved udledes, at for interventioner på det individuelle niveau, som inddrager mindfulness og undervisning, er det essentielt, at interventionen faciliteres af fagprofessionelle, og at interventionen foregår i en gruppe, for at interventionen er virkningsfuld. Studiet er vurderet at have en høj kvalitet, hvilket medvirker til, at studiets resultater prioriteres højt i udarbejdelsen af anbefalinger. Placeringen på det individuelle niveau er, som de øvrige tre studier, funderet i Dahlgren og Whiteheads (2007) definition af det individuelle niveau, hvor fokus er på individuelle faktorer, som i problemanalysen for sygeplejersker blev fremanalyseret som deres coping og herved mestring af stressfulde påvirkninger (Lazarus and Folkman, 1984). Fokus for interventionen i studiet af Mistretta *et al.* (2018) er på at forbedre deltageres mestring af stressorer, hvorfor interventionen i studiet placeres på det individuelle niveau.

Alexander *et al.* 2015

Studiet af Alexander *et al.* (2015) har til formål at forebygge burnout ved, at sygeplejerskerne deltager i et yoga-program. Sygeplejerskerne deltager i et otte-ugers yoga-program, som faciliteres af en yogainstruktør. Programmet har til formål at give deltagerne værktøjer til at forbedre egenpleje, for at deltagerne bedre kan håndtere eventuelle stressorer, for herigennem at forebygge burnout. Deltagerne lærte yogaøvelser, som gjorde dem mere opmærksomme på deres vejrtrækning og at slappe af, for på den måde at sænke stressniveauet i kroppen. Deltagerne fik yderligere udleveret pjecer med ekstra information og billeder af øvelserne (Alexander *et al.*, 2015). Studiet viser statistisk signifikant effekt på burnout sammenlignet med kontrolgruppe og tidsperiode (Alexander *et al.*, 2015). På baggrund heraf anses yoga-øvelser, som gør opmærksom på vejrtrækning og afslapning, samt materiale således at deltagerne kan få ekstra information samt lave øvelserne hjemme, som essentielt i forhold til, at sygeplejersker i højere grad kan håndtere arbejdsrelateret stressorer og herved forebygge burnout. På baggrund af kvalitetsvurderingen, hvor det blev vurderet at studiet har moderat kvalitet, inddrages studiets resultater i anbefalingerne, men vægtes lavere end studierne med høj kvalitet. Interventionen udføres på det individuelle niveau, eftersom interventionen, som de øvrige interventioner på dette niveau, søger at øge deltageres håndtering af stressorer, hvilket er i

overensstemmelse med Dahlgren og Whiteheads (2007) definition af interventioner på det individuelle niveau.

Sahlin et al. 2014

Studiet af Sahlin et al. (2014) har til formål at undersøge, om et naturbaseret stresshåndteringskursus har en positiv virkning på stress, arbejdsevne, stressrelaterede symptomer samt sygemelding. Derudover søger studiet at få en dybere forståelse af deltagernes oplevelse af naturen som et essentielt element i interventionen. Sygeplejerskerne deltager i kurset i 12 uger, hvor de inddeles i grupper af otte personer, som mødes to gange om ugen i tre timer. Møderne faciliteres af et tværprofessionelt hold bestående af fysioterapeut, arbejdsrådgiver, psykoterapeut, en gartner og en biolog, og består af haveaktiviteter, guidede ture i naturen, mindfulness-øvelser i naturen og indenfor, terapeutisk maling, gruppesamtaler samt undervisning om stress (Sahlin *et al.*, 2014). Interventionen viser en statistisk signifikant positiv effekt på stress sammenlignet med tidsperioden, samtidig med at interventionen har en reducerende effekt på stresssymptomer (Sahlin *et al.*, 2014). De kvalitative resultater af interventionen viser, at uddannelse i naturen gjorde at sygeplejerskerne i højere grad kunne håndtere stressorer, samtidig havde naturen en stor betydning for deltagernes følelse af ro, fred og stressaflastning. Derudover var de tillærte mindfulness-øvelser medvirkende til at deltagerne i højere grad kunne håndtere stressorer, også efter interventionens afslutning, såfremt deltagerne gjorde brug af øvelserne. Det anses som væsentligt, at interventionen foregår i naturen, da deltagerne udtrykker, at naturen er betydningsfuld i forhold til, at de kan slappe mere af, og det kan således være på grund af naturen, at deltagerne har en effekt af kurset. Studiets kvalitet blev vurderet som høj. På baggrund heraf prioriteres studiets resultater højt i udarbejdelsen af anbefalinger til at forebygge stress blandt sygeplejersker. Ifølge Dahlgren og Whitehead (2007) søger interventioner på det individuelle niveau at påvirke individets individuelle faktorer. Interventionen søger at styrke deltagernes stresshåndtering, hvorfor interventionen udføres på det individuelle niveau.

Opsamling af interventionerne på det individuelle niveau

Fælles for studierne med interventionerne placeret på det individuelle niveau er, at de indeholder mindfulness-øvelser samt undervisning om bl.a. stress, resiliens samt stresshåndtering. På baggrund heraf anses det således som vigtigt, for at en forebyggende intervention mod stress blandt sygeplejersker er virkningsfuld, at sygeplejersker bliver introduceret til mindfulness-øvelser og udøver disse, samtidig med at de bliver undervist i stress, stresshåndtering, og hvordan de kan blive

mere modstandsdygtig for stressfulde påvirkninger. Studierne af Slatyer et al. (2018), Duarte og Pinto-Gouveia (2016), Rø et al. (2010), Sahlin et al. (2014) samt studiet af Mistretta et al. (2018) indeholder alle interventioner, hvor deltagerne laver mindfulness-øvelser samt får undervisning i enten stress, resiliens eller stresshåndtering. Studierne viser alle en statistisk signifikant effekt på forebyggelse af stress eller burnout, hvorfor det udledes, at interventioner skal indeholde mindfulness-øvelser og undervisning for at være virkningsfulde i forhold til at forebygge stress blandt sygeplejersker. I interventionerne i studierne af Duarte og Pinto-Gouveia (2016), Mistretta et al. (2018) og Alexander et al. (2015) får deltagerne udleveret enten en CD eller en pjece med øvelserne, således at de kan lave øvelserne hjemme eller andre steder end til sessionerne. Dette udledes at være essentielt, eftersom de tre studier viser statistisk signifikant effekt på stress. CD og pjece medvirker til, at deltagerne kan lave øvelserne derhjemme, og deltagerne kan derfor blive mere bekendt med øvelserne og lave dem flere gange, hvilket kan have betydning for, at disse studier viser effekt på stress. I interventionerne i studierne af Slatyer et al. (2018), Rø et al. (2010) samt af Sahlin et al. (2014) får deltagerne dog ikke udleveret materiale med information og øvelser, og disse studier viser statistisk signifikant effekt på stress eller burnout, hvorfor det ikke med sikkerhed vides, om CD eller pjece er udslagsgivende for, om interventionen er virkningsfuld.

5.3. Syntese på tværs af de inkluderede studier

Syntesens formål er at svare på forskningsspørgsmålet; *Hvilke interventioner har en forebyggende virkning på arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker, på hvilket niveau i den socio-økologiske model placeres de, og hvilke virksomme elementer indeholder de?* Resultatet af det systematiske mapping review viser, at der findes virkningsfulde forebyggende interventioner mod arbejdsrelateret stress henvendt til sygeplejersker, som kan placeres på flere niveauer samt, at der er flest interventioner som udføres på det individuelle niveau. Yderligere er studierne systematisk mappet efter, hvilke virkningsfulde elementer de indeholder. I det efterfølgende afsnit sammenfattes syntesen på tværs af de inkluderede studier på baggrund af den systematiske mapping.

Tabel 7: Opsummering af fund fra analysen

Intervention	Studie	Niveau	Virkningsfulde elementer
Møder omhandlende problemidentificering, -løsning og implementering	Niks et al. (2018) Schneider, Wehler og Weigl (2019) Le Blanc et al. (2007)	Det strukturelle niveau, miljø-niveauet og det sociale niveau.	Ledelse og sygeplejersker deltager Udgangspunkt i den specifikke kontekst Skabe mening og indflydelse i arbejdet
Undervisning	Le Blanc et al. (2007) Slatyer et al. (2018) Duarte og Pinto-Gouveia (2016) Rø et al. (2010) Sahlin et al. (2014) Mistretta et al. (2018)	Miljø-niveauet og det sociale niveau Det individuelle niveau	Undervisningen skal være i stress, stresshåndtering eller resiliens
Mindfulness-øvelser	Slatyer et al. (2018) Duarte og Pinto-Gouveia (2016) Rø et al. (2010) Sahlin et al. (2014) Mistretta et al. (2018) Alexander et al. (2015)	Det individuelle niveau	Kombineres med undervisning Deltagerne skal have CD eller pjece med øvelserne

Møder omhandlende problemidentificering, -løsning og implementering

I analysen af interventioner som udføres på flere niveauer fremkom, at for at en intervention er virkningsfuld i forhold til at forebygge arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker, skal den indeholde møder, hvor stressorer identificeres, interventioner udvikles og herefter implementeres (Le Blanc *et al.*, 2007; Niks *et al.*, 2018; Schneider, Wehler and Weigl, 2019). Virksomme elementer i en forebyggende intervention som inddrager møder med identificering, problemløsning og implementering er, at både sygeplejersker og ledelse skal deltage (Niks *et al.*, 2018; Schneider, Wehler and Weigl, 2019). Yderligere er virksomme elementer ved en sådan intervention, at der tages udgangspunkt i sygeplejerskernes specifikke kontekst, for herigennem at få sygeplejerskerne til at

skabe mening med og få indflydelse på deres arbejde (Le Blanc *et al.*, 2007; Niks *et al.*, 2018; Schneider, Wehler and Weigl, 2019).

Undervisning

I analysen fremkom at interventioner, som inddrager undervisning, er virkningsfulde i forhold til at forebygge arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker (Le Blanc *et al.*, 2007; Rø *et al.*, 2010; Sahlin *et al.*, 2014; Duarte and Pinto-Gouveia, 2016; Mistretta *et al.*, 2018; Slatyer *et al.*, 2018). Studierne som har undervisning som et element i den forebyggende intervention placeres hovedsagligt på det individuelle niveau (Slatyer *et al.* (2018), Duarte og Pinto-Gouveia (2016), Rø *et al.* (2010), Sahlin *et al.* (2014), Mistretta *et al.* (2018), men studiet af Le Blanc *et al.* (2007) som er placeret på miljøniveauet samt det sociale niveau har også undervisning som en del af den forebyggende intervention. De virkningsfulde elementer ved interventioner som forebygger stress ved at inddrage undervisning er, at undervisningen skal omhandle stress generelt, stresshåndtering eller resiliens og måder hvorpå man kan blive mere modstandsdygtig for stressfulde påvirkninger (Le Blanc *et al.*, 2007; Rø *et al.*, 2010; Sahlin *et al.*, 2014; Duarte and Pinto-Gouveia, 2016; Mistretta *et al.*, 2018; Slatyer *et al.*, 2018).

Mindfulness-øvelser

Fælles for studierne, som er placeret på det individuelle niveau, er, at sygeplejerskerne bliver undervist i mindfulness-øvelser, som de også skal udføre (Rø *et al.*, 2010; Sahlin *et al.*, 2014; Alexander *et al.*, 2015; Duarte and Pinto-Gouveia, 2016; Mistretta *et al.*, 2018; Slatyer *et al.*, 2018). Studierne var alle virkningsfulde i forhold til at forebygge arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker, hvorfor mindfulness-øvelser anses som værende et essentielt element i forebyggelsen. De fleste studier, hvor mindfulness-øvelser var en del af den forebyggende intervention, inddrogede også undervisning (Rø *et al.*, 2010; Sahlin *et al.*, 2014; Duarte and Pinto-Gouveia, 2016; Mistretta *et al.*, 2018; Slatyer *et al.*, 2018). På baggrund heraf er virksomme elementer når mindfulness-øvelser anvendes i forebyggelsen af stress, at øvelserne kombineres med undervisning.

Halvdelen af studierne, hvor mindfulness-øvelser var en del af interventionen, gav enten deltagerne en cd eller en pjece med øvelserne med hjem (Alexander *et al.*, 2015; Duarte and Pinto-Gouveia, 2016; Mistretta *et al.*, 2018). På baggrund heraf er et virksomt element, når mindfulness-øvelser er en del af den forebyggende intervention, at deltagerne får udleveret materiale med mindfulness-øvelserne, således at sygeplejerskerne kan lave øvelserne, når de ikke deltager i interventionen.

5.4. anbefalinger

I følgende afsnit udformes anbefalinger til forebyggelse af arbejdsrelateret stress henvendt sygeplejersker på baggrund af syntesen på tværs af de inkluderede studier og Dahlgren og Whiteheads socio-økologiske model. I syntesen fremkom tre elementer, som en forebyggende intervention mod arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker, bør indeholde for at være virkningsfuld; *Møder omhandlende problemidentificering, -løsning og implementering, Undervisning og Mindfulness*. Anbefalingerne vil derfor tage udgangspunkt i disse tre elementer.

Møder omhandlende problemidentificering, -løsning og implementering

Ifølge Niks et al. (2018), Schneider, Wehler og Weigl (2019) og Le Blanc et al. (2007) er møder, hvor stressorer identificeres, løsningsforslag og interventioner hertil udformes og derefter implementeres essentiel i forhold til virkningsfuldt at forebygge arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker. Dette begrundes i, at studierne viser statistisk signifikant effekt på burnout. Fælles for de tre studier er ud over indholdet i interventionerne, at de udføres på flere niveauer i den socio-økologiske model. Ifølge Dahlgren og Whitehead (2007) skal en intervention, for at være virkningsfuld, inddrage flere niveauer for at undgå negative følgevirkninger på et andet niveau, eftersom niveauerne interagerer med hinanden. På baggrund af Dahlgren og Whitehead (2007) samt de tre studiers resultater er det således virkningsfuldt at inddrage møder i forebyggelsen af stress blandt sygeplejersker. Studierne af Niks et al. (2018) og Schneider, Wehler og Weigl (2019) er placeret på det strukturelle niveau og på miljø-niveauet, mens studiet af Le Blanc et al. (2007) er placeret på miljø-niveauet og det sociale niveau. Ifølge Dahlgren og Whitehead (2007) er det mest effektivt, at interventioner foregår på det strukturelle niveau eller miljø-niveauet, hvorfor interventionerne i studierne af Niks et al. (2018) samt Schneider, Wehler og Weigl (2019) anses som mest virkningsfulde, eftersom de udføres på både miljø-niveauet og det strukturelle niveau. På baggrund heraf anbefales sådanne møder at indgå i forebyggelsen af arbejdsrelateret stress henvendt sygeplejersker. For at møder omhandlende problemidentificering, -løsning og implementering er virkningsfulde, fremkom det i syntesen essentielt, at både medarbejdere og ledelse deltager, at der i problemidentificeringen og -løsningen tages udgangspunkt i den specifikke kontekst, og at sygeplejersker skal skabe mening i og indflydelse på deres arbejde. Ifølge Dahlgren og Whitehead (2007) skal der være politisk indgriben, for at der kan skabes strukturelle ændringer. Studierne af Niks et al. (2018) og Schneider, Wehler og Weigl (2019) inddrager dog ledelsen i udarbejdelsen af strukturelle ændringer, og disse studier er

virkningsfulde i forhold til at forebygge stress blandt sygeplejersker. På baggrund heraf skal ledelsen inddrages, såfremt der skal laves strukturelle ændringer.

Undervisning

Undervisning om stress, stresshåndtering og resiliens fremkommer i syntesen som virkningsfuldt i forhold til at forebygge stress (Le Blanc *et al.*, 2007; Rø *et al.*, 2010; Sahlin *et al.*, 2014; Duarte and Pinto-Gouveia, 2016; Mistretta *et al.*, 2018; Slatyer *et al.*, 2018). Størstedelen af studierne, som har undervisning som en del af den stressforebyggende intervention, er placeret på det individuelle niveau. Ifølge Dahlgren og Whitehead (2007) skal interventioner på det individuelle niveau indeholde undervisning, som medvirker til, at individet kan handle på baggrund af information. Dette skal endvidere medvirke til at sænke uligheden i sundhed, hvilket i dette tilfælde er stress blandt sygeplejersker. Undervisning om stress, hvordan stressfulde påvirkninger kan håndteres, og hvordan individet kan blive mere modstandsdygtig over for stressorer, kan således medvirke til at forebygge stress blandt sygeplejersker, fordi de får viden, som de kan anvende, hvis de oplever stressfulde påvirkninger. Alle studier, som inddrager undervisning, er placeret på det individuelle niveau, på nær studiet af Le Blanc *et al.* (2007) som er placeret på miljø-niveauet samt det sociale niveau. Ifølge Dahlgren og Whitehead (2007) skal interventioner, for at de er mest virkningsfulde, foregå på flere niveauer i den socio-økologiske model. På baggrund heraf anses studiet af Le Blanc *et al.* (2007) som mest virkningsfuld, eftersom det inddrager flere niveauer i forebyggelsen af stress blandt sygeplejersker. Det anbefales på baggrund heraf, at undervisning bør komplementeres med de førnævnte møder, for at interventionen udføres på flere niveauer, og herved, ifølge Dahlgren og Whitehead (2007), bliver mest virkningsfuld.

Mindfulness

Størstedelen af de inkluderede studier viser, at mindfulness-øvelser er virkningsfuldt i forhold til at forebygge stress blandt sygeplejersker (Rø *et al.*, 2010; Sahlin *et al.*, 2014; Alexander *et al.*, 2015; Duarte and Pinto-Gouveia, 2016; Mistretta *et al.*, 2018; Slatyer *et al.*, 2018). Virkningsfulde elementer når mindfulness anvendes i forebyggelsen af stress blev i syntesen fundet at være, at øvelserne blev kombineret med undervisning i stress, stresshåndtering eller resiliens, eftersom næsten alle studierne som inkluderer mindfulness også inkluderede undervisning. Derudover fik sygeplejerskerne i halvdelen af studierne, som inkluderede mindfulness materiale med hjem om øvelserne, så de kunne lave dem hjemme. Eftersom kun tre af studierne gav materiale med hjem

samtidig med at to af studierne er vurderet at have moderat kvalitet, anses det ikke som udslagsgivende for virkningen, hvorfor dette virkningsfulde element ikke inddrages i anbefalingerne. Interventionerne, som har mindfulness som en del af forebyggelsen, placeres udelukkende på det individuelle niveau i den socio-økologiske model. Ifølge Dahlgren og Whitehead (2007) kan der opstå negative følgevirkninger, såfremt en intervention udelukkende udføres på ét niveau. På baggrund heraf skal mindfulness-øvelser indgå i en forebyggende intervention mod stress henvendt sygeplejersker, eftersom det er virkningsfuldt, men bør indgå i en intervention som udføres på et andet eller andre niveauer også, for at have den største virkning på forebyggelsen af stress.

Anbefalinger

På baggrund af ovenstående bør fremtidige forebyggende interventioner mod arbejdsrelateret stress henvendt til sygeplejersker både inddrage elementer fra virkningsfulde forebyggende interventioner på det strukturelle niveau, miljø-niveauet og på det individuelle niveau. Dog bør fremtidige forebyggende interventioner have mest fokus på forebyggelse på det strukturelle niveau, eftersom det ifølge Dahlgren og Whitehead (2007) er mest effektivt at forebygge herpå, samtidig med at niveauerne interagerer, hvorfor strukturelle ændringer vil have indflydelse på individets håndtering af stressorer. På baggrund heraf vil arbejdsmæssige ændringer have betydning for den individuelle håndtering, eftersom de strukturelle ændringer formentligt vil medvirke til færre arbejdsmæssige stressorer. Dog bør der også inddrages elementer fra det individuelle niveau, eftersom studierne viser en forebyggende virkning på arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker, da sygeplejerskerne får en bedre mestringsevne i forhold til at håndtere stressorer.

Forebyggende interventioner mod arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker skal således, på baggrund af den tværgående syntese og Dahlgren og Whitehead (2007), indeholde møder mellem medarbejdere og ledelse som identificere stressorer, udvikler interventioner hertil og implementerer disse. Møderne skal tage udgangspunkt i den specifikke kontekst, og have fokus på at sygeplejerskerne skal finde mening med og få indflydelse på deres arbejde. Der bør derudover også være undervisning i mekanismerne bag stress og stresshåndtering eller resiliens. Den forebyggende intervention bør yderligere inkorporere mindfulness-øvelser, da de kan medvirke til at sygeplejersker i højere grad kan håndtere stressfulde påvirkninger.

5.5. Succesfuld implementering af forandring af forebyggelse

Resultaterne af det systematiske mapping review viste, at der er overvejende interventioner som placeres på det individuelle niveau, samt at der er interventioner, som placeres på flere niveauer i den socio-økologiske model. Virkningsfulde elementer i en forebyggende intervention mod arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker fremkom i syntesen at være møder mellem ledelse og medarbejdere, undervisning i stress og stresshåndtering samt mindfulness-øvelser. På baggrund i de heraf udledte anbefalinger (afsnit 5.4.), er det relevant at se nærmere på, hvordan disse anbefalinger kan omsættes og bidrage til forandring af gældende måder at forebygge arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker i hospitalssektoren. Følgende afsnit har derfor til formål at svare på forskningsspørgsmålet: *Hvordan kan en forandring i måden at forebygge arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker implementeres succesfuldt?*

Identificering af behov for forandring og implementering heraf

I det systematiske mapping review blev der identificeret flest interventioner, som placeres på det individuelle niveau i den socio-økologiske model. Dog fremkom også tre interventioner som blev placeret på flere niveauer. I de udarbejdede anbefalinger til forebyggelse af arbejdsrelateret stress fremkom dog, at det, ifølge Dahlgren og Whitehead (2007), er mest virkningsfuldt at forebygge på det strukturelle niveau samt at forebygge på flere niveauer på samme tid, da niveauerne i den socio-økologiske model interagerer. Det anses derfor som essentielt at skabe forandring i måden, hvorpå stress blandt sygeplejersker i hospitalssektoren forebygges, eftersom der blev identificeret flest interventioner på det individuelle niveau i den socio-økologiske model. For at denne forandring kan igangsættes, er det ifølge Kotters forandringsmodel (1997) essentielt at skabe en følelse af, at forandring er nødvendigt i organisationen. Det fremkom i syntesen, at det er strukturelle ændringer, som er mest virkningsfulde i forhold til at forebygge arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker. Det er således ledelsen på sygehusene, som skal gøres opmærksomme på, at forandring i måden, hvorpå arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker forebygges, kan medvirke til at færre sygeplejersker bliver stresset, og som følge heraf færre sygeplejersker, som skal sygemeldes med stress, da det er ledelsen, som har mulighed for at lave strukturelle ændringer.

Når følelsen af nødvendighed, for en forandring i måden at forebygge arbejdsrelateret stress er etableret hos sygehusledelsen, kræves, ifølge Fixsen (2005), at ledelsen undersøger mulighederne for, at en forandring kan implementeres i organisationen. Såfremt ledelsen finder, at en forandring i forebyggelsen af stress blandt sygeplejersker kan implementeres i hospitalsektoren, udmunder

undersøgelsen i en klar implementerings- og tidsplan. Dette vil ifølge Kotter (1997) være at skabe en klar og forståelig vision for forandringen, der skal implementeres. I de udformede anbefalinger fremkom, at forebyggelsen af stress blandt sygeplejersker skal indeholde møder mellem ledelse og medarbejdere, hvor stressorer skal identificeres, og der skal skabes problemløsende interventioner, som skal implementeres. Derudover skal forebyggelsen indeholde undervisning og mindfulness-øvelser. Visionen skal derfor indeholde disse tre elementer, og der skal med afsæt i dette speciales anbefalinger argumenteres for, hvorfor disse elementer er virkningsfulde, for at motivere medarbejderne til at deltage i forandringen af forebyggelsen.

Medarbejdere og ledelse skal inddrages

I syntesen fremkom inddragelse af både medarbejdere og ledelse i identificerings- og problemløsningsmøderne som et virkningsfuldt element (Niks *et al.*, 2018; Schneider, Wehler and Weigl, 2019). Denne del af den forebyggende intervention, kan ansues som Kotters andet trin, hvor der skal dannes et team, som skal være styrende inden for forandringen (Kotter, 1997). Dette team anbefales, på baggrund af syntese og anbefalinger, at bestå af både medarbejdere og ledelse, som således skal stå i spidsen for forandringen, og som skal skabe visionen for forandringen. Ifølge Kotter (1997) er det essentielt, at der bliver oprettet et stærkt team, eftersom ledelsen ikke alene kan stå i spidsen for forandringen (Kotter, 1997). Dermed skal både ledelse og medarbejdere inddrages i forandringsprocessen samt deltage i den forebyggende intervention mod arbejdsrelateret stress. Inddragelse af både medarbejdere og ledelse underbygges af Fixsens implementeringsteori (2005), hvor medarbejdernes og ledelsens kompetencer skal styrkes, for at implementering kan installeres i organisationen og blive succesfuld. Derved er både medarbejdere og ledelsen essentielle for at implementeringen af forandringen kan blive succesfuld.

Forandring af strukturer og systemer

Som en del af forebyggelsen af arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker anbefales møder mellem medarbejdere og ledelse om identificering af stressorer på arbejdspladsen, problemløsende interventioner hertil og implementering af interventionerne (Le Blanc *et al.*, 2007; Niks *et al.*, 2018; Schneider, Wehler and Weigl, 2019). I femte trin i Kotters model (1997) skal strukturer og systemer, som negativt påvirker forandringen, ændres, således at forandringen har en større mulighed for succesfuldt at implementeres. Strukturer og systemer, som kan have en negativ påvirkning på forandringen i forebyggelse af stress blandt sygeplejersker, ansues at være normeringen af

sygeplejersker. I problemanalysen fremkom, at årsager til stress blandt sygeplejersker bl.a. var arbejdspress, overarbejde og underbemanding, som følge af lave normeringer (Sygeplejeråd, 2018). En stressor som identificeres til møderne mellem sygeplejersker og ledelse vil derfor formodentligt være normeringen af sygeplejersker. Problemløsning i forhold til denne stressor vil, jævnfør Kotter (1997), gøre at forandringen i forebyggelse af stress blandt sygeplejersker har en større mulighed for at blive succesfuld. Dette stemmer ligeledes overens med Fixsens implementeringsteori, hvor en succesfuld implementering af en forandring, kræver at strukturer og systemer på arbejdspladsen tilpasses, således at implementering bliver muliggjort.

Forandringen skal gøres til en del af kulturen i hospitalssektoren

Anbefalinger til, hvad en forebyggende intervention mod arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker, skal indeholde, fremkom at være møder mellem ledelse og medarbejdere omhandlende identificering af stressorer, løsningsforslag hertil, og implementering af disse, samt undervisning i stress og stresshåndtering og mindfulness-øvelser. Således skal fokus være på at forebygge både på det individuelle niveau, det strukturelle niveau og miljø-niveauet i den socio-økologiske model, frem for overvejende at have forebygget på det individuelle niveau. For at denne forandring i måden at forebygge stress på, bliver vedvarende, kræver det, ifølge Kotter (1997), at forandringen forankres i organisationens kultur. Dette underbygges af Fixsen (2005), som argumenterer for, at en succesfuld implementering af en forandring kræver en forandring i organisationens overordnede kultur. Forandringer i en organisation kan, ifølge Kotter (1997), ophæves, selv efter flere års arbejde med forandringen, hvis forandringen ikke er blevet fast forankret i organisationens normer og værdier. På baggrund af syntesen antages forandring i måden, hvorpå arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker forebygges, ved at forebygge på det strukturelle niveau, miljø-niveauet samt inddragelse af det individuelle niveau, at være virkningsfuld. For at denne forandring kan integreres i organisationens kultur, er det netop vigtigt, at forandringen tydeligt har vist positive resultater, og at indsatsen virker bedre end den foregående måde at forebygge på. Både sygehusledelsen og sygeplejerskerne har en betydelig rolle i, at gøre forandringen til en del af kulturen. Sygehusledelsen skal særligt være medvirkende til forankringen, eftersom det er dem, som har indflydelse på, hvordan stress blandt deres medarbejdere forebygges. Derfor er det vigtigt, at sygehusledelsen fører forandringen videre og forankrer den i organisationskulturen, såfremt ledelsen udskiftes, således at forebyggelse af arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker fortsat bliver virkningsfuld.

6. Resultatdiskussion

Med baggrund i den tværgående syntese, som svarer på første forskningsspørgsmål, vil følgende blive diskuteret: *Udpræget fokus på individet i forebyggende interventioner mod arbejdsrelateret stress og Ændring af arbejdsvilkår og arbejdsmiljø*. Efterfølgende vil de udarbejdede anbefalinger og forandringsperspektivet, som svarer på andet forskningsspørgsmål, diskuteres ud fra følgende: *Tilsigtede og utilsigtede konsekvenser ved de udformede anbefalinger og Barrierer for implementering af forandringsforslaget til forebyggelse af arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker*.

6.1. Udpræget fokus på individet i forebyggende interventioner mod arbejdsrelateret stress

I den tværgående syntese af de inkluderede studier fremkom, at der er en overvægt af forebyggende interventioner mod arbejdsrelateret stress henvendt til sygeplejersker, som placeres på det individuelle niveau i den socio-økologiske model. Fælles for interventionerne på det individuelle niveau er, at de inddrager undervisning og mindfulness i forebyggelsen af arbejdsrelateret stress. Undervisningen skal ifølge Le Blanc et al. (2007), Slatyer et al. (2018), Duarte og Pinto-Gouveia (2016), Rø et al. (2010), Sahlin et al. (2014), og Mistretta et al. (2018) have til formål, at give sygeplejerskerne information og baggrundsoplysning om stress samt, hvordan de kan håndtere stressfulde påvirkninger eller blive mere modstandsdygtig herfor. Mindfulness-øvelserne har, ifølge Alexander et al. (2015), Slatyer et al. (2018), Rø et al. (2010), Duarte og Pinto-Gouveia (2016), Mistretta et al. (2018) og Sahlin et al. (2014), til formål at sænke sygeplejerskernes stressniveau ved at øge deres håndtering af stressfulde påvirkninger. Mindfulness-øvelserne indgår som en del af alle interventionerne, som placeres på det individuelle niveau, og anses således som at være en virkningsfuld intervention mod stress på det individuelle niveau. Dog inkluderer størstedelen af interventionerne med mindfulness-øvelser ligeledes undervisning, kun studiet af Alexander et al. (2015) undlader undervisning. Det kan derfor diskuteres, om undervisning også skal være en del af interventionen, for at mindfulness-øvelserne er virkningsfulde i forhold til at forebygge arbejdsrelateret stress. Studiet af Alexander et al. (2015) blev vurderet at have moderat kvalitet, hvorimod studierne af Slatyer et al. (2018), Rø et al. (2010), Mistretta et al. (2018) og Sahlin et al. (2014), som også inddrager undervisning, blev vurderet at have høj kvalitet. På baggrund heraf vurderes, at der skal indgå undervisning om stress og stresshåndtering i den forebyggende intervention, for at mindfulness-øvelserne er virkningsfulde i forhold til at forebygge stress.

Ifølge Lazarus og Folkman (1984) har individets coping betydning for, om individet bliver stresset eller ej. Formålet med undervisningen og mindfulness-øvelserne er således at øge sygeplejerskernes coping, for herigennem at forebygge arbejdsrelateret stress. Fokus og derved ansvaret for forebyggelsen af stress bliver derfor rettet mod individet, og individets egen mulighed for at undgå at blive stresset frem for at mindske arbejdsmæssige stressorer. Forebyggelsesetisk placeres undervisning i stress og stresshåndtering samt mindfulness sig liberalistisk, jf. Vallgård, Dederichsen og Jørgensen (2014), eftersom elementerne søger at give sygeplejerskerne et informeret valg om, hvordan de kan håndtere stressfulde påvirkninger. Dette afspejles i liberalismen, som er funderet på, at mennesket selv kan og bør bestemme over sine handlinger, hvis de er bevidste om de mulige konsekvenser af deres handlinger (Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014). Kritikere af liberalismen mener dog, at mennesket ikke kan anskues som selvstændigt, og at mennesket ikke er i stand til at påvirke sin egen sundhed i den grad, som den liberalistiske forståelse af forebyggelse foreskriver (Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014). På baggrund heraf kan undervisning om stress og stresshåndtering samt mindfulness ikke være en selvstændig forebyggende intervention mod stress, eftersom fokus bliver på individets egen håndtering af stressorer og ikke på at ændre de arbejdsmæssige vilkår og arbejdsmiljøet. For at arbejdsmiljøet og -vilkårene kan ændres, er det nødvendigt, at det strukturelle politiske niveau og det strukturelle ledelsesniveau inddrages, da staten og regionen har indflydelse på arbejdsvilkårene samtidig med at sygehusledelsen har ansvaret for arbejdsmiljøet (PricewaterhouseCoopers and McKinsey&Company, 2018; Beskæftigelsesministeriet, 2019). Dette stemmer således overens med de interagerende årsager beskrevet i problemanalysen, samt Dahlgren og Whiteheads interagerende niveauer i den socio-økologiske model, hvor forebyggelse af stress ikke kan ske på et enkelt niveau, eftersom niveauerne interagerer, og dermed kan skabe negative følgevirkninger på andre niveauer. Det er således nødvendigt at anskue arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker som et komplekst problem, og derved inddrage flere niveauer i forebyggelsen af stress, og ikke udelukkende have fokus på det individuelle niveau til trods for, at de fleste inkluderede studiers forebyggende intervention er placeret herpå.

6.2. Ændring af arbejdsvilkår og arbejdsmiljø

Det systematiske mapping review identificerede dog også studier, som inddrager interventioner, som har til formål at eliminere arbejdsmæssige stressorer for herigennem at forebygge arbejdsrelateret stress. Studierne af Niks et al. (2018), Schneider, Wehler og Weigl (2019) og Le Blanc et al. (2007)

inddrager møder omhandlende problemidentificering, -løsning og implementering. Møderne skal ifølge Niks et al. (2018), Schneider, Wehler og Weigl (2019) og Le Blanc et al. (2007) identificere stressorer på den specifikke arbejdsplads, og lave løsningsforslag for at eliminere dem, som herefter skal implementeres. Formålet med møderne er således at ændre sygeplejerskernes arbejdsvilkår og arbejdsmiljø og herigennem udarbejde retningslinjer for håndtering af stress i hverdagen, for således at forebygge stress. Studierne som inddrager møder, er alle tre placeret på flere niveauer i den socio-økologiske model. Ifølge Dahlgren og Whitehead (2007) skal en intervention intervenere på flere niveauer for at være virkningsfuld, da der ellers kan opstå negative følgevirkninger på andre niveauer. Studierne af Niks et al. (2018) og Schneider, Wehler og Weigl (2019) udføres på det strukturelle niveau og på miljø-niveauet, mens studiet af Le Blanc et al. (2007) placeres på miljø-niveauet og på det sociale niveau. En styrke, ved at møderne har til formål at ændre arbejdsvilkår og arbejdsmiljøet, er således, at interventionen udføres på flere niveauer, hvorfor den ifølge Dahlgren og Whitehead (2007) vil være virkningsfuld, da den ikke medfører negative følgevirkninger på andre niveauer.

Det kan diskuteres, om inddragelse af ledelsen i møderne er nødvendigt for, at de er virkningsfulde i forhold til at forebygge arbejdsrelateret stress. Interventionen i studiet af Le Blanc et al. (2007) medinddrager ikke ledelsen i møderne omhandlende identificering af stressorer, problemløsning og implementering. Studiet viser dog alligevel en signifikant reducerende effekt på burnout (Le Blanc *et al.*, 2007). Inddragelse af ledelsen er derfor ikke nødvendigvis udslagsgivende for mødernes virkning. Dog inddrager interventionerne i studierne af Niks et al. (2018) og Schneider, Wehler og Weigl (2019) ledelsen i møderne, hvorfor dette anses som et virkningsfuldt element. Inddragelse af ledelsen anses at være essentiel, eftersom det juridiske ansvar for arbejdsmiljøet, ifølge Beskæftigelsesministeret (2019), er ledelsens. Derfor ville virkningen af møderne, såfremt kun sygeplejerskerne deltog, muligvis ikke være som den tilsigtede, eftersom ledelsens deltagelse er vigtig for at kunne udforme retningslinjer og ændre arbejdsvilkår samt arbejdsmiljø. Ledelsen anses derfor som central i forhold til at kunne sætte forebyggelsen af arbejdsrelateret stress på den ledelsesmæssige dagsorden ved at have tydelige politikker og handleplaner, som adresserer de identificerede stressorer.

Ifølge Nielsen et al. (2007) er der i Danmark flest forebyggende interventioner på det individuelle niveau samtidig med, at der er mangel på forebyggende interventioner, som udføres på flere niveauer. Dette stemmer således overens med dette reviews resultater, som ligeledes fandt en overvægt af individuelle stressforebyggende interventioner. I syntesen fremkom dog tre interventioner, som

inddrager flere niveauer. Ifølge Dahlgren og Whitehead (2007) er det mest effektivt at forebygge på det strukturelle niveau eller miljø-niveauet, hvorfor interventionerne i studierne af Niks et al. (2018) samt Schneider, Wehler og Weigl (2019) anses som mest virkningsfulde, eftersom de udføres på begge niveauer. Dog mangler der, jf. Nielsen et al. (2007), forebyggende interventioner mod stress, som både inddrager det strukturelle niveau samt det individuelle niveau, hvilket i dette review heller ikke blev identificeret. På baggrund heraf bør fremtidige forebyggende interventioner mod arbejdsrelateret stress henvendt til sygeplejersker både inddrage elementer fra virkningsfulde forebyggende interventioner på det strukturelle niveau og på det individuelle niveau. Dog bør fremtidige forebyggende interventioner have mest fokus på forebyggelse på det strukturelle niveau, eftersom det ifølge Dahlgren og Whitehead (2007) er mest effektivt at forebygge herpå, samtidig med at lagene interagerer, hvorfor strukturelle ændringer vil have indflydelse på individets håndtering af stressorer. På baggrund heraf vil arbejdsmæssige ændringer have betydning for den individuelle håndtering, eftersom de strukturelle ændringer vil medvirke til færre arbejdsmæssige stressorer, som kan påvirke individet.

6.3. Tilsigtede og utilsigtede konsekvenser ved anbefalingerne

Anbefalingen, om møder omhandlede identificering af stressorer, udvikling af interventioner hertil og implementering heraf, er udformet på baggrund af interventioner, som har et overordnet strukturelt og arbejdsmiljømæssigt fokus, eftersom det er arbejdsvilkår og arbejdsmiljøet, der søges ændret for herigennem at forebygge arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker. Dog kan fokus på det strukturelle niveau samt miljø-niveauet forårsage utilsigtede konsekvenser for individet. Ifølge Merton (1936) kan der ved enhver aktivitet forekomme utilsigtede konsekvenser, hvilke er kendetegnet ved enten negative eller positive konsekvenser, som afviger fra den oprindelige hensigt med en aktivitet (Merton, 1936). Hensigten med anbefalingen om møder, som identificerer stressorer, problemløsning og implementering, er at fjerne stressorer på arbejdspladsen for herigennem at forebygge stress. En negativ utilsigtet konsekvens ved et strukturelt og arbejdsmiljømæssigt fokus i interventionen kan dog være, at lægmandsperspektivet ikke inddrages tilstrækkeligt. Ifølge Helle Timm (2006) karakteriseres lægmandsperspektivet som værende subjektivt og hverdagslivsorienteret, og perspektivet er det dominerende perspektiv i individets liv. Dog vil lægmandsperspektivet ses som underordnet i det professionelle perspektiv (Timm, 2006). Eftersom det anbefales, at ledelsen inddrages i møderne, kan det forårsage, at fokus bliver på strukturelle tiltag, og at medarbejdernes perspektiver ikke inddrages tilstrækkeligt, hvilket medvirker til, at

lægmandsperspektivet ikke inddrages. Såfremt lægmandsperspektivet, hvilket i dette speciale anses at være sygeplejerskernes perspektiv, ikke inddrages tilstrækkeligt, kan det medvirke til, at sygeplejerskerne ikke ser møderne som relevante og virkningsfulde i forhold til at forebygge arbejdsrelateret stress. Dette kan derved medvirke til mindre deltagelse og engagement i møderne. Ifølge Beskæftigelsesministeriet (2019) er det juridiske ansvar for arbejdsmiljøet ledelsens, dog har medarbejderne et medansvar for at sikre et godt arbejdsmiljø. Forudsætningerne for at anbefalingen om møder, som medvirker til ændrede arbejdsvilkår og -miljø, er virkningsfuld, er således at både ledelse og sygeplejersker deltager, og herved at både det strukturelle niveau, miljø-niveauet og det individuelle niveau inddrages i en forebyggende intervention målrettet arbejdsrelateret stress. Dette kan således medvirke til, at lægmandsperspektivet inddrages, dog skal ledelsen være opmærksom på at lytte til sygeplejerskerne og inddrage dem i møderne, da lægmandsperspektivet ellers ikke tilgodeses.

En mulig positiv utilsigtet konsekvens af møderne mellem ledelse og sygeplejersker kan være, at møderne øger det sociale fællesskab og tilhørsforhold medarbejderne imellem og mellem medarbejdere og ledelse. Dette forudsættes dog af, at der bliver skabt en dialog mellem ledelse og sygeplejersker, og en fælles diskussion om stressorerne som medvirker til arbejdsrelateret stress. Ifølge Woodhead, Northrop og Edelstein (2016) har social støtte fra både leder, kollega, venner og familie en beskyttende effekt i forhold til stress, hvorfor denne utilsigtet positive konsekvens kan være medvirkende til at stress forebygges på flere niveauer. Dette stemmer således overens med Dahlgren og Whiteheads (2007) teori om, at de forskellige niveauer interagerer, hvorfor en intervention på det strukturelle niveau og på miljø-niveauet således vil påvirke det sociale niveau.

I modsætning kan møderne muligvis medføre en negativ utilsigtet konsekvens i form af, at møderne kan udgøre et yderligere stressmoment for sygeplejerskerne, eftersom stress hos sygeplejersker, ifølge Dansk Sygeplejeråd (2018), Aiken et al. (2002) og Vahey et al. (2004) ofte er forårsaget af arbejdspress, underbemanding og overarbejde som følge af lave normeringer. Derfor kan møderne udgøre endnu en stressfaktor i en forvejen travl hverdag, hvorfor det formodes, at sygeplejerskerne kan opleve et øget tids- og arbejdspress. Hensigten med møderne er, som tidligere nævnt, at ændre sygeplejerskernes arbejdsvilkår og arbejdsmiljø. Det kan dog diskuteres, hvorvidt det er muligt at ændre dette på møder mellem ledelse og sygeplejersker, eftersom sundhedsvæsenet er finansieret af staten og regionerne, hvor regionerne prioriterer ressourcerne (PricewaterhouseCoopers and McKinsey&Company, 2018). Derfor skal det strukturelle politiske niveau ligeledes inddrages i forebyggelsen, eftersom bevillinger og normeringer fastsættes på dette niveau.

Interventionerne på det individuelle niveau har en tilsigtet positiv konsekvens i form af at styrke individets coping og stresshåndtering for på den måde at forebygge, at sygeplejerskerne bliver stresset. Forebyggelsen af stress bliver således afhængig af sygeplejerskens individuelle håndtering af stressfulde påvirkninger. Hvorvidt forebyggelsen af stress er virkningsfuld, er derfor bestemt af individet, da coping, ifølge Lazarus og Folkman (1984), er afhængig af individets ressourcer. På baggrund heraf vil undervisning i stress og stresshåndtering samt mindfulness have forskellig virkning på forskellige individer, eftersom individers ressourcer er forskellige, og det anses som individuelt, hvad der opfattes som stressfulde påvirkninger (Lazarus and Folkman, 1984). En negativ utilsigtet konsekvens kan derfor være victim-blaming, da fokus er på at gøre sygeplejerskerne mere modstandsdygtige over for stressfulde påvirkninger på deres arbejdsplads i stedet for at fjerne de arbejdsmæssige stressorer. Derved bliver ansvaret for, hvorvidt sygeplejerskerne bliver stresset eller ej, lagt over på dem selv. Forebyggelsen af stress med fokus på individet kan dog diskuteres, eftersom individet ikke selv har indflydelse på arbejdsforhold og normeringer, da det er staten og regionerne som fastsætter hospitalernes budget (PricewaterhouseCoopers and McKinsey&Company, 2018). Derfor er fokus på at forbedre individets coping ikke hensigtsmæssig, da det ikke medvirker til at fjerne stressorer. Ifølge Dahlgren og Whitehead (2007) skal forebyggelse for at være virkningsfuld foregå på flere niveauer, hvorfor det ikke vil være virkningsfuldt kun at have fokus på individets coping. Derimod skal en forebyggende intervention mod arbejdsrelateret stress henvendt sygeplejersker inddrage elementer fra flere lag i den socio-økologiske model.

6.4. Barrierer for forandring

I afsnittet om forandring (afsnit 5.5.) fremkom det essentielt, at der skal identificeres et behov for forandring og implementering heraf. Behovet for at implementere en forandringen i måden at forbygge stress blandt sygeplejersker skal adresseres stat og regioner samt sygehusledelsen, da det disse instanser som har mulighed for at lave strukturelle ændringer (PricewaterhouseCoopers and McKinsey&Company, 2018). Inddragelse af ledelsen i møder om identificering af stressorer, interventionsudvikling hertil samt implementering fremkom derfor som en anbefaling til en forebyggende intervention mod arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker. Ifølge Dansk Sygeplejeråd (2018) fremkom, at andelen af sygeplejersker, som føler sig stresset, er stigende. For at kunne forebygge stress blandt sygeplejersker, er det derfor nødvendigt at forandre måden at forebygge stress blandt sygeplejersker. På baggrund af den stigende andel af sygeplejersker der føler

sig stresset, formodes at det hos sygehusledelse anses som nødvendigt at forandre forebyggelsen af stress, da det formentligt vil medvirke til færre sygemeldinger, hvilket anses som favorabelt for sygehusledelsen. Dog vil en forandring i forebyggelsen af stress kræve både tid og ressourcer, eftersom det anbefales både at inddrage møder mellem sygeplejersker og ledelse, undervisning og mindfulness. Derfor anses tid og ressourcer som en barriere for, at der kan implementeres en forandring i forebyggelsen af stress. Ifølge Dansk Sygeplejeråd (2018) er årsager til arbejdsrelateret stress hos sygeplejersker bl.a. arbejdspress, overarbejde og underbemanding. Det kan derfor udledes, at normeringen af sygeplejersker er lav. På baggrund heraf vil det således være besværligt for sygeplejersker at deltage i den forebyggende intervention, såfremt interventionen foregår i arbejdstiden. Inddragelse af både medarbejdere og ledelse anses, ifølge både Kotter (1997) og Fixsen (2005), som essentielt i forandrings- og implementeringsprocessen, hvorfor sygeplejerskernes deltagelse anses som vigtig, for at forandringen og implementeringen heraf kan blive succesfuld. Derfor fordrer forandring i måden at forebygge stress blandt sygeplejersker en forandring af nuværende politiske prioriteringer, for at imødekomme barriererne vedrørende tid og ressourcer. Dette stemmer ligeledes overens med Dahlgren og Whiteheads (2007) teori om niveauernes interageren, eftersom det ikke vil være virkningsfuldt at forandre forebyggelsen på udelukkende det miljø-mæssige og strukturelle ledelses niveau. Det strukturelle politiske niveau og individuelle niveau skal ligeledes inddrages, for at undgå de førnævnte utilsigtede konsekvenser af interventionen, men ligeledes barriererne for implementering af den forandrede forebyggelse.

Dog vil der med Finansloven 2020 afsættes 300 mio. kroner i 2020 og 600 mio. kroner i 2021 til at ansætte flere sygeplejersker, hvilket muliggør, at der fra 2021 kan ansættes 1000 flere sygeplejersker. Dette kan således have betydning for implementeringen af forandring i forebyggelse af stress blandt sygeplejersker, såfremt det medfører tilstrækkelige ændringer af arbejdsvilkårene for sygeplejersker. Dette eftersom normeringen vil blive højere, og der bliver derfor flere ressourcer og derved mulighed for, at sygeplejerskerne kan deltage i den forebyggende intervention. Såfremt sygeplejerskernes arbejdsvilkår ændres tilstrækkeligt på baggrund af Finansloven 2020, kan det medvirke til at forandringen i forebyggelsen af stress henvendt sygeplejersker kan implementeres succesfuldt. Ifølge Kotter (1997) og Fixsen (2005) skal strukturer og systemer, som hindrer at forandringen kan implementeres, ændres, for at implementering af forandringen kan blive succesfuld. Eftersom en barriere for at forandring af forebyggelsen blev identificeret som tid og ressourcer, anses denne hindring at blive ændret med Finansloven 2020, hvilket medvirker til, at forandringen således kan implementeres succesfuldt.

I afsnittet om forandring (afsnit 5.5.) blev forankring af forandringen i organisationskulturen identificeret som essentielt. Ifølge Fixsen (2005) og Kotter (1997) er forankringen essentiel, eftersom forandringen, såfremt den ikke bliver en del af organisationskulturen, kan forsvinde i organisationen, og derved vil den ikke blive anvendt på længere sigt. Det vil primært være på det strukturelle niveau, at forandringen skal forankres. På baggrund heraf skal ledelsen indføre forebyggelsen som retningslinje for, hvordan stress blandt sygeplejersker forebygges, og herved gøre forandringen til en del af kulturen, for at sikre at forebyggelsen af stress fremadrettet sker på den anbefalede måde. Ifølge Kotter (1997) er positive resultater af forandringen essentiel i forhold til at forankre den i organisationskulturen. En barriere for, at forandringen forankres i kulturen, vil derfor være, at en forandring, ifølge Kotter (1997) og Fixsen (2005), tager lang tid at gennemføre, hvorfor ledelsen kan anse forandringen som ikke virkningsfuld og derfor ikke forankre den i kulturen. Dog kan dette, ifølge Kotter (1997), imødekommes ved at have fokus på de kortsigtede gevinster i forandringsprocessen, for herigennem at vise ledelsen at forebyggelsen formodentligt har en positiv virkning på antallet af sygeplejersker, som føler sig stresset.

7. Metodediskussion

I de følgende afsnit diskuteres den anvendte teori samt specialets metodiske grundlag til det systematiske review. Formålet med metodediskussionen er at diskutere specialets validitet og reliabilitet, som henholdsvis omhandler, hvorvidt de anvendte metoder måler det tilsigtede og om de er reproducerbare (Rienecker and Jørgensen, 2017).

7.1. Styrker og svagheder ved den anvendte teori

Videnskabsteori

Den pragmatiske tilgang har dannet grundlag for besvarelse af problemformuleringen, eftersom pragmatismen, ifølge Langergaard, Rasmussen og Sørensen (2006), søger at skabe viden og værdi for det område, der undersøges på baggrund af de metoder, som bedst muligt kan dette. Den pragmatiske tilgang har således medvirket til at vælge det systematiske review som metode, da denne metode anses som anvendelig ift. at medvirke til at svare på, hvilke forebyggende interventioner mod arbejdsrelateret stress henvendt til sygeplejersker som er virkningsfulde. Betydningen af, at have anvendt pragmatismen for det systematiske review, er blandt andet, at udgangspunktet for

udvælgelsen af studier har været, at studierne skulle have værdi for problemformuleringen. Der har således ikke været fokus på, at det skulle være enten kvalitative eller kvantitative studier, men studierne skulle medvirke til at besvare problemformuleringen, ved at studierne skulle være virkningsfulde ift. at forebygge arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker. Den pragmatiske tilgang har således givet mulighed for at inddrage alle slags studiedesigns som omhandlede forebyggende interventioner mod arbejdsrelateret stress, og har således medvirket til at skabe værdi for det område, og de mennesker som det henvender sig til. Såfremt reviewet ville have søgt efter de mest effektive interventioner, ville en positivistisk tilgang være relevant. En positivistisk tilgang ville medvirke til, at der kun ville blive inkluderet kvantitative studier, eftersom lovmæssigheder i positivismen baseres på faktuelle og konkrete objekter (Jacobsen, Lippert-Rasmussen and Nedergaard, 2015). Såfremt et positivistisk vidensideal var anlagt skulle en metaanalyse være foretaget, som består af at kombinere estimer og effekter fra forskellige studier. Denne type af analyse kunne have medvirket til at styrke de udformede anbefalinger til forebyggelse af arbejdsrelateret stress, da anbefalinger ville være udformet på baggrund af de mest effektive studier. I modsætning hertil har den pragmatiske tilgang muliggjort inklusion af mixed-methods studier, således er der inddraget både kvantitative og kvalitative data, hvorfor en styrke ved den pragmatiske tilgang er, at den har medvirket til at nuancere analysen, da forskellige studiedesigns er inkluderet.

Den socio-økologiske model

Den socio-økologiske model af Dahlgren og Whitehead (2007) har været styrende for mapping af de inkluderede studier samt analysen og syntesen heraf samt de udformede anbefalinger. Styrken ved at have anvendt den socio-økologiske model er, at den har medvirket til at besvare første forskningsspørgsmål, eftersom modellen har medvirket til at svare på, hvilke lag der eksisterer virkningsfulde interventioner og på hvilke lag, der er mangel på virkningsfulde interventioner. Dette har således medvirket til en forståelse af, at niveauerne interagerer, hvorfor interventioner på flere niveauer bør indgå i forebyggelsen af arbejdsrelateret stress. Såfremt modellen ikke var blevet anvendt, ville analysen af studierne have vist, at der er flest virkningsfulde interventioner på det individuelle niveau, hvorfor det ville formodes, at forebyggelse på det individuelle niveau alene skulle effektueres for at forebygge arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker. Med den socio-økologiske model har det været muligt at se niveauernes interageren, og på baggrund heraf udforme begrundet anbefalinger, som er funderet i både studier og teori.

Modellen er, jf. Rienecker og Jørgensen (2017), anvendt analyserende, da den har været styrende for at danne temaer i analysen og dermed kategorisere de inkluderede studiers interventioner i forhold til, hvilke lag i den socio-økologiske model, de blev udført på. Modellen er derudover også anvendt diskuterende, da resultaterne af analysen, syntesen og anbefalingerne diskuteres i forhold til modellen. En svaghed ved at inddrage teori eller model allerede i analysefasen er, ifølge Rienecker og Jørgensen (2017), at teori eller model bliver anvendt for ihærdigt, og at teori eller model derfor kan blive for styrende. Dog anses inddragelse af modellen i både analysefasen og diskussionen som en styrke, eftersom modellen har medvirket til at mappe studierne efter, hvilket niveau interventionen udføres på. Dette har således medvirket til at udlede, hvilke niveauer der mangler interventioner på, samt at der bør forebygges på flere niveauer for virkningsfuldt at forebygge arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker.

Modellen argumenterer for, hvordan sundhed fremmes og sygdom forebygges, men en svaghed er, at den ikke inddrager ikke et forandringsperspektiv. Dette har betydet, at der er inddraget anden teori, for at kunne belyse forandringsperspektivet. Modellen har dog medvirket til at fremanalysere, på hvilket niveau studierne intervention var placeret på. Modellen har således været betydningsfuld i forhold til udarbejdelsen af anbefalinger, da det fremkom, at flest virkningsfulde interventioner var placeret på det individuelle niveau, men med inddragelse af modellen, er anbefalingerne udformet ud fra forståelsen af niveauernes interageren, hvorfor interventioner på flere niveauer er inddraget i anbefalingerne.

Kotters forandringsmodel og Fixsens implementeringsteori

Til forandringsaspektet er Kotters forandringsmodel (1997) og Fixsens implementeringsteori (2005) inddraget, for at kunne svare på andet forskningsspørgsmål. Styrken ved modellen og teorien er, at de har medvirket til at identificere, hvad hospitalsledelsen skal være opmærksom på, når en forandring, i måden at forebygge arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker, skal implementeres. En svaghed ved modellen og teorien er dog, at de er organisationsteorier, som har fokus på, hvordan forandring og implementering bliver succesfuld i en organisation, hvorfor de ikke inddrager det politiske niveau. Såfremt forandringsteori eller implementeringsteori som inddrager det politiske niveau var inddraget, ville dette aspekt muligvis være en større del af analysen, da det i resultatdiskussion fremkom, at politik kan være betydningsfuld ift. forandringen af forebyggelse af stress på grund af normeringen af sygeplejersker. Udfaldet af analysen kunne derfor muligvis have set anderledes ud, såfremt en teori, som inddrager det politiske område, var blevet inddraget. Såfremt

en teori med inddragelse af det politiske niveau var anvendt, ville den bidrage med viden om, hvordan en forandring i forebyggelsen af arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker kan initieres fra politisk side, og hvad der skal være opmærksomhed på i det politisk niveau, for at forandring af forebyggelsen kan effektueres. Styrken ved at anvende Kotters model og Fixsens teori har dog været, at de har medvirket til at kunne fremanalysere, hvordan en forandring kan implementeres succesfuldt, og de har således været anvendelige til besvarelse af forskningsspørgsmålet.

7.2. Styrker og svagheder ved den anvendte metode

Review

Der blev i dette speciale udarbejdet et review for at svare på, hvilke interventioner har en forebyggende virkning på arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker? Styrken ved at anvende et review er, at det er en metode som systematisk, eksplicit og reproducerbart kan identificere, evaluere og sammenholde eksisterende udgivet studier (Booth, Sutton and Papaioannou, 2016). Reviewet har således medvirket til at kortlægge viden om virkningsfulde forebyggende intervention mod arbejdsrelateret stress henvendt til sygeplejersker på baggrund af publicerede studier. Reviewet er udarbejdet systematisk og eksplicit, hvilket har medvirket til at gøre resultaterne af reviewet reproducerbart, således at andre forskere kan gentage reviewet. En anden styrke ved at anvende review som metode er muligheden for at identificere viden, men også hvor der mangler viden (Booth, Sutton and Papaioannou, 2016). Reviewet i dette speciale har identificeret en overvægt af virkningsfulde interventioner mod arbejdsrelateret stress henvendt sygeplejersker på det individuelle niveau. Dette til trods for at interventioner, ifølge Dahlgren og Whitehead (2007), er mest virkningsfulde, hvis de udføres på det strukturelle niveau eller miljø-niveauet. Derudover har forebyggende interventioner mod stress, som kombinerer både individuelle og strukturelle interventioner, ifølge Awa, Plaumann og Walther (2010), den længste positive virkning. Der er således mangel på viden om forebyggende stressinterventioner, som inddrager det strukturelle niveau, men også interventioner som inddrager både det individuelle og strukturelle niveau. På baggrund heraf bør fremtidig forskning undersøge forebyggende interventioner mod arbejdsrelateret stress henvendt sygeplejersker, som inddrager både det individuelle og det strukturelle niveau, for at undersøge virkningen heraf. En svaghed ved reviewet som metode er, at det ikke har været muligt at inddrage den specifikke kontekst, hvilket i dette tilfælde er sygeplejersker som arbejder i den danske hospitalssektor. Dette har ikke været muligt, da der i den systematiske søgning ikke fremkom studier

med den danske hospitalssektor som kontekst. Derfor vil det være relevant, at fremtidig forskning undersøger forebyggelse af arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker i den danske hospitalssektor. Det kunne endvidere være relevant at foretage en empirisk kvalitativ undersøgelse, omhandlende hvad sygeplejerskers behov til en forebyggende intervention mod arbejdsrelateret stress er, for herigennem at få sygeplejerskernes syn på og oplevelse af stressforebyggende interventioner.

Søgestrategi

Søgestrategien i den systematiske søgning blev udarbejdet med afsæt i The Cochrane Handbook (2011) og Booth et al. (2016), og blev udarbejdet med formålet om at generere den mest udtømmende og fyldestgørende søgning i forhold til besvarelse af forskningsspørgsmålet. Dette blev gjort for at kortlægge, hvilke virkningsfulde forebyggende interventioner mod arbejdsrelateret stress henvendt sygeplejersker som er publiceret. Forinden den systematiske litteratursøgning er der lavet prøvesøgninger i de inkluderede databaser for at identificere de mest relevante emneord, fritekstord samt sammenkoblinger af ord, for herigennem at præcisere den systematiske søgning og øge den interne validitet, hvilket således anses som en styrke. På den ene side anbefaler The Cochrane Handbook (2011), at den systematiske litteratursøgning udføres ens på tværs af de inkluderede databaser. På den anden side har dette ikke været muligt, eftersom de forskellige databaser indekserer studierne med forskellige emneord og fritekstord (Buus *et al.*, 2008). Dog er Cochranes anbefaling forsøgt imødekommet ved, at der er opstillet en overordnet PIO-model med overordnede begreber, som er oversat til kontrollerede emneord og fritekstord i de inkluderede databaser. På baggrund heraf øges transparensen og systematikken af den systematiske litteratursøgning. I den systematiske litteratursøgning blev anvendt kontrollerede emneord for at fremsøge flest mulige relevante studier og dermed øge den interne validitet af det systematiske review (Booth, Sutton and Papaioannou, 2016). Dog blev der gennem den systematiske litteratursøgning identificeret andre søgeord, som kunne have været relevant at inddrage i litteratursøgningen, hvilke er *burnout* og *resiliens*. Derudover var den overordnede danske term *forebyggelse* svær at oversætte, eftersom termen anvendes forskelligt, hvorfor der i søgningen fremkom mange irrelevante studier, som ikke handlede om forebyggelse, men behandling. Dette tyder på, at der muligvis skulle være anvendt andre ord for forebyggelse, som omfavner begrebet bedre. Det vurderes dog ikke at have medført kvalitetsmæssige implikationer for den systematiske søgnings resultater, eftersom irrelevante studier blev ekskluderet i udvælgelsesprocessen. Imidlertid var en konsekvens heraf, at antallet af hits i nogle databaser var

højt, hvorfor der var mange studier, der skulle screenes, hvilket kan have forlænget udvælgelsesprocessen.

Den systematiske litteratursøgnings transparens og reliabilitet blev søgt øget ved, at der blev udarbejdet et søgebilag, som har til formål at gøre søgningerne reproducerbare. Derved kan resultaterne af den systematiske litteratursøgning reproducere af andre forskere, eftersom litteratursøgningen er foretaget systematisk og eksplicit. Udvalgelsesprocessen er ligeledes gjort transparent med samme formål. På baggrund heraf er transparensen og reliabiliteten øget ved, at fokus har været på at gøre den systematiske litteratursøgning systematisk og eksplicit. Samtidig er den interne validitet muligvis svækket, da der fremkom relevante søgetermer, da den systematiske litteratursøgning var igangsat, samtidig med der fremkom mange irrelevante studier på grund af termen *forebyggelse*, hvorfor der skulle have været retningslinjer ift., hvordan ordet skulle oversættes.

Udvælgelsesproces

Udvælgelsen af de inkluderede studier er foregået på en systematisk måde, da udvælgelsesprocessen er udført igennem flere faser for at undgå, at relevante studier ekskluderes (Booth, Sutton and Papaioannou, 2016). Udvalgelsesprocessen bør dog, jf. The Cochrane Handbook (2011), foretages af mindst to personer, som uafhængigt af hinanden foretager udvælgelsen og herefter diskuterer processen og de udvalgte studier, for at sikre at relevante studier ikke ekskluderes. Eftersom dette ikke var muligt grundet gruppens størrelse, er dette søgt imødekommet ved inddragelse af vejleder ved tvivl, om studier skulle inkluderes eller ej. Vejleder blev inddraget ved tvivl om tre studier. Det kan dog muligvis have påvirket det systematiske reviews kvalitet, at udvælgelsesprocessen er foretaget af en enkelt person, da reproducerbarheden af den opstillede søgestrategi dermed ikke er blevet efterprøvet reviewere imellem, samtidig med at studier ikke er blevet vurderet af flere reviewere i forhold til relevans. Omvendt er reliabiliteten, som tidligere nævnt, forsøgt øget ved udarbejdelse af et søgebilag, og validiteten er sikret ved, at de inkluderede studier har medvirket til besvarelse af første del af specialets problemformulering. Imidlertid er det fortsat muligt, at relevante studier er blevet ekskluderet. For at undgå dette er der opstillet klare inklusions- og eksklusionskriterier, hvilket ifølge Booth et al. (2016) er medvirkende til at sikre systematikken i udvælgelsesprocessen, da disse har været retningsgivende for, om et studie skulle inkluderes eller ekskluderes.

De opstillede inklusions- og eksklusionskriterier kan dog diskuteres ift., om de har været relevante. Der er opstillet et inklusionskriterie, som vedrører, at de inkluderede studier skal omhandle interventioner, som er virkningsfulde. Eftersom dette inklusionskriterie er opstillet, har det medvirket til, at der kun er inkluderet studier, som har vist en virkning på forebyggelsen af stress. Alternativt kunne studier, der ikke viste en forebyggende virkning, have været inkluderet, hvorved de opstillede anbefalinger ville være udformet på baggrund af et større vidensgrundlag. Dette kunne muligvis have bidraget til at afklare, om der findes særlige omstændigheder, som er gældende for at visse interventioner virker for nogen, og ikke for andre.

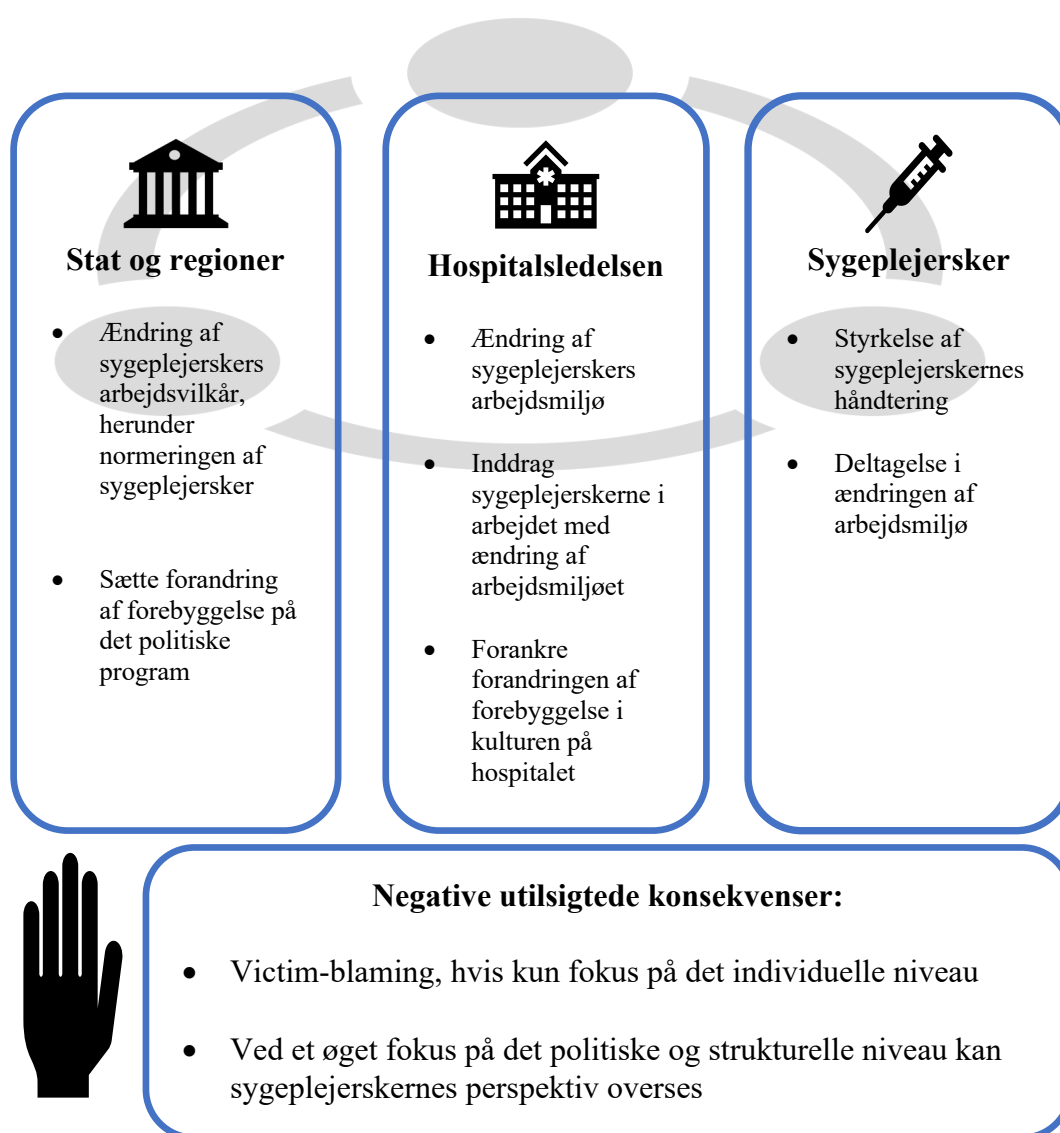
Den eksterne validitet er søgt højnet ved inklusionskriteriet, som handler om, at de inkluderede studier skal omhandle sygeplejersker eller sundhedsprofessionelle, og såfremt det omhandler både sygeplejersker og andre faggrupper, skal resultaterne for sygeplejersker stå separat. Interventionerne i de inkluderede studier er således direkte henvendt sygeplejersker, som er specialets målgruppe, hvorfor overførbare af specialets anbefalinger, som er lavet på baggrund af det systematiske mapping review, er højnet. Derudover er den eksterne validitet højnet ved, at der er udformet et præspecificeret inklusionskriterie, som omhandler, at studierne skal være foretaget i vestlige lande, som har en kontekst, som er overførbart til en dansk kontekst. Derfor er studier fra bl.a. flere afrikanske lande og Kina ekskluderet, da disse landes sundhedsvæsen ikke kan sammenlignes med det danske sundhedsvæsen. Dette inklusionskriterie har medvirket til en hensigtsmæssig udvælgelsesproces, da de inkluderede studiers resultater kan overføres til en dansk hospitalskontekst.

Reliabiliteten af reviewet er højnet ved, at der er udarbejdet et søgebilag, som medvirker til at gøre den systematiske søgning transparent og reproducerbar. Dog er den systematiske søgning og udvælgelsesprocessen foretaget af én person, hvilket kan have svækket reliabiliteten. Den eksterne validitet er søgt øget ved klare og specifikke inklusionskriterier. Dog kan inklusionskriteriet vedrørende virkningsfulde interventioner have svækket reviewets interne validitet, da reviewet ikke inddrager viden om forebyggende interventioner, som ikke er virkningsfulde.

8. Beslutningsgrundlag

På baggrund af resultaterne af det systematiske mapping review samt diskussionen udarbejdes et beslutningsgrundlag. Beslutningsgrundlaget skal danne udgangspunkt for, hvordan en forandring i måden at forebygge arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker, kan effektueres og implementeres.

Der er i beslutningsgrundlaget tre aktører, som har indflydelse på, om forandringen kan effektueres og implementeres succesfuldt, hvilke er stat og regioner, hospitalsledelsen og sygeplejersker. Disse tre aktører kan ligestilles med niveauerne i Dahlgren og Whiteheads socio-økologiske model (2007). Såfremt alle tre aktører ikke inddrages i beslutningsgrundlaget, vil forandringen af forebyggelse af stress formodentligt ikke lykkes, eftersom niveauerne, ifølge Dahlgren og Whitehead (2007), interagerer. Derudover kan der opstå utilsigtede negative konsekvenser hvis de tre aktører ikke inkluderes. Dette understøttes af Kotter (1997) og Fixsen (2005) som ligeledes mener, at både ledelsesniveauet og individniveauet skal inddrages for succesfuld implementering af forandring.



Figur 4: *Beslutningsgrundlag for forandring af forebyggelsen af arbejdsrelateret stress hos sygeplejersker.*

Det strukturelle politiske niveau

En barriere for at forebyggelsen af arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker kan forandres, er identificeret som tid og ressourcer. Det er staten og regionerne, der finansierer sundhedsvæsenet (PricewaterhouseCoopers and McKinsey&Company, 2018), hvorfor det politiske strukturelle niveau skal inddrages i beslutningsgrundlaget. Såfremt det politiske niveau inddrages, kan sygeplejerskernes arbejdsvilkår ændres, og normeringen af sygeplejersker kan derved blive højere, og sygeplejerskernes arbejdspress vil blive lavere. Derved vil barriereren for implementeringen imødekommes. Det er endvidere essentielt at inddrage det politiske niveau, da arbejdspress, underbemanding og overarbejde blev identificeret som stressorer. Disse stressorer kan ændres ved at ændre sygeplejerskernes arbejdsvilkår, hvilket staten og regionerne har indflydelse på, hvorfor disse instanser skal inkluderes. For at forandringen af måden at forebygge arbejdsrelateret stress kan effektueres, er det vigtigt, at det bliver sat på den politiske dagsorden, da det, som tidligere nævnt, er staten og regionerne, som har mulighed for at ændre sygeplejerskernes arbejdsvilkår i form af normeringer. Der skal derfor blandt politikere identificeres et behov for at forandre forebyggelsen af stress blandt sygeplejersker, for herigennem at kunne forandre sygeplejerskernes arbejdsvilkår.

Det strukturelle ledelsesniveau og miljø-niveauet:

Det findes essentielt, at hospitalsledelsen ændrer sygeplejerskernes arbejdsmiljø, da der heri kan være adskillige stressorer. Dette kan bl.a. gøres ved at etablere møder mellem sygeplejersker og ledelse hvor stressorer identificeres, der udarbejdes løsningsforslag målrettet stressorerne og disse implementeres. Ved at sygehusledelsen medvirker til at fjerne stressorer i sygeplejerskernes arbejdsmiljø, vil dette medvirke til, at sygeplejerskernes individuelle håndtering bedres, eftersom der bliver færre stressorer på arbejdspladsen. Det er dog vigtigt, at ledelsen inddrager sygeplejerskerne, da det er sygeplejerskernes arbejdsmiljø, der skal ændres, hvorfor de anses som eksperter herpå. Derudover skal ledelsen være opmærksomme på at inddrage og lytte til sygeplejerskerne, for herigennem at inddrage sygeplejerskernes perspektiv. Ved at inkludere sygeplejerskerne kan dette også medvirke til at bedre det sociale forhold sygeplejersker imellem og mellem sygeplejersker og ledelse, hvilket kan være en beskyttende faktor for stress. Hospitalsledelsen skal, for at effektuerer forandringen, forankre denne i organisationskulturen. Dette er essentielt for, at anbefalingerne anvendes til forebyggelse på længere sigt.

Det individuelle niveau:

Sygeplejerskernes håndtering af stressfulde påvirkninger skal søges øget, for herigennem at forebygge arbejdsrelateret stress. Dog skal dette element kun indgå, såfremt de to andre niveauer også indgår, da udvikling af arbejdsrelateret stress ellers udelukkende bliver afhængig af sygeplejerskernes håndteringsevne. Derfor skal styrkelse af sygeplejerskernes coping kun indgå, såfremt sygeplejerskernes arbejdsvilkår og arbejdsforhold ændres. Sygeplejerskerne skal endvidere have indflydelse på ændringen af arbejdsforholdene, da de kan medvirke til at identificere, hvilke arbejdsforhold som anses som stressorer, og på denne måde forebygge stress.

Negative utilsigtede konsekvenser:

Såfremt de tre niveauer ikke inddrages i forandringen af forebyggelsen, kan der forekomme negative utilsigtede konsekvenser, eftersom niveauerne, ifølge Dahlgren og Whitehead (2007), interagerer. Derfor skal der rettes opmærksomhed herimod, når forandringen af forebyggelsen af arbejdsrelateret stress henvendt sygeplejersker effektueres. Der kan opstå victim-blaming af sygeplejerskerne, såfremt der bliver et forøget fokus på at øge sygeplejerskernes håndteringsevne. Derfor skal sygeplejerskernes arbejdsvilkår og arbejdsmiljø samtidig ændres, for at undgå at sygeplejerskerne bliver holdt til ansvar for, om de bliver stresset. En anden negativ utilsigtet konsekvens, der kan opstå, er, at lægmandsperspektivet, hvilket i dette tilfælde er sygeplejerskernes, ikke inddrages. Derfor skal sygeplejerskerne indgå som en del af forebyggelsesarbejdet. Dog er forudsætningen for at lægmandsperspektivet tilgodeses, at sygeplejerskerne, af politikere og ledelse, anses som vigtige i forebyggelsesarbejdet, og at de bliver lyttet til og aktivt inddrages.

Opsummerende skal både politikere, hospitalsledelse og sygeplejersker indgå i forandringen af forebyggelse af arbejdsrelateret stress henvendt sygeplejersker. Dog skal fokus være på politikere og hospitalsledelse, eftersom de kan ændre sygeplejerskernes arbejdsvilkår og arbejdsmiljø, og derved medvirke til at fjerne stressorer. Sygeplejerskerne skal også inkluderes for at lægmandsperspektivet inddrages. En sammenkobling af de tre aktører vil medvirke til at øge det sociale forhold mellem aktørerne, og det sociale niveau bliver derfor påvirket, og kan således blive en beskyttende faktor for stress. Derudover vil ændring af arbejdsvilkår og arbejdsmiljø medvirke til at øge sygeplejerskernes håndteringsevne, eftersom arbejdsmæssige stressorer fjernes. Derfor vil fokus på det strukturelle niveau og miljø-niveauet, med inddragelse af sygeplejerskerne, medvirke til påvirkning på det sociale

niveau og det individuelle niveau på grund af niveauernes interageren, og herved kan stress blandt sygeplejersker forebygges.

9. Konklusion

Dette speciale har til formål at bidrage med et beslutningsgrundlag til forandring af forebyggelse af arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker. Dette på baggrund af at årsager til stress blandt sygeplejersker findes på flere interagerende niveauer, hvorfor stress blandt sygeplejersker anses som et komplekst problem, som derfor kræver forebyggelse, som inddrager flere niveauer. I Danmark er der i høj grad fokus på individrettet stressforebyggende interventioner, hvorfor forandring af forebyggelsen af arbejdsrelateret stress skal inddrage flere niveauer og dermed anskue stress blandt sygeplejersker som et komplekst problem. Med udgangspunkt heri har specialet svaret på følgende problemformulering: *Hvordan forebygges arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker virkningsfuldt, og hvordan kan dette omsættes til forandring i måden, hvorpå arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker i hospitalssektoren forebygges?* Specialets resultater er genereret på baggrund af et systematisk mapping review, hvoraf resultaterne i analysen er sammenholdt med inddragelse af Dahlgren og Whiteheads socio-økologiske model (2007), Kotters forandringsmodel (1997) og Fixsens implementeringsteori (2005). På baggrund heraf blev opstillet en række anbefalinger til, hvordan arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker virkningsfuldt kan forebygges, samt hvordan en forandring i forebyggelsen af arbejdsrelateret stress kan implementeres succesfuldt i hospitalssektoren. På baggrund af anbefalingerne og diskussionen er et beslutningsgrundlag blevet udarbejdet. Beslutningsgrundlaget henvendes til tre aktører, som skal være en del af forebyggelsen af arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker. Stat og regioner skal inddrages i forebyggelsen, da sygeplejerskernes arbejdsvilkår, herunder normeringer, skal ændres, for herigennem at eliminere denne stressorer, som således kan medvirke til at forebygge arbejdsrelateret stress blandt sygeplejersker. Hospitalsledelsen skal inddrages, for at sygeplejerskernes arbejdsmiljø ændres, således at stressorer heri kan fjernes og dermed forebygge stress. Samtidig er sygehusledelsen essentielle ift. at forankre den nye måde at forebygge stress blandt sygeplejersker på. Dog skal gruppen af sygeplejersker også inddrages, da de er eksperterne på stressorer i arbejdsmiljøet, hvorfor hospitalsledelsen skal inkludere sygeplejerskerne. Ved at inddrage alle tre aktører, kan dette medvirke til, at det sociale niveau og det individuelle niveau ligeledes inkluderes. Således vil inddragelse af flere niveauer medvirke til en virkningsfuld forebyggende intervention mod arbejdsrelateret stress henvendt sygeplejersker, og derved tages højde for problemets kompleksitet. Resultaterne viser desuden, at der er behov for yderligere forskning om stressforebyggende interventioner, som både inddrager det strukturelle niveau, miljø-niveauet og det individuelle niveau, for at undersøge

virksomheden heraf, samtidig med at der er behov for fremtidig forskning indenfor en dansk hospitalskontekst.

10. Referenceliste

- AbuAlRub, R. F. (2004) 'Job Stress, Job Performance, and Social Support Among Hospital Nurses', *Journal of Nursing Scholarship*, 36(1), pp. 73–78.
- Aiken, L. H. *et al.* (2002) 'Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction', *Journal of the American Medical Association*, 288(16), pp. 1987–1993.
- Alexander, G. K. *et al.* (2015) 'Yoga for Self-Care and Burnout Prevention among Nurses', *Workplace Health and Safety*, 63(10), pp. 462–470.
- Awa, W. L., Plaumann, M. and Walter, U. (2010) 'Burnout prevention: A review of intervention programs', *Patient Education and Counseling*, 78(2), pp. 184–190.
- Beskæftigelsesministeriet (2019) 'Arbejdsmiljøloven'.
- Le Blanc, P. M. *et al.* (2007) 'Take care! The evaluation of a team-based burnout intervention program for oncology care providers', *Journal of Applied Psychology*, 92(1), pp. 213–227.
- Booth, A., Sutton, A. and Papaioannou, D. (2016) *Systematic approaches to a succesful literature review*. 2. edition. London: SAGE Publications Inc.
- Braun, V. and Clarke, V. (2006) 'Using thematic analysis in psychology', *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), pp. 77–101.
- Burton, A. *et al.* (2017) 'How Effective are Mindfulness-Based Interventions for Reducing Stress Among Healthcare Professionals? A Systematic Review and Meta-Analysis', *Stress and Health*, 33(1), pp. 3–13.
- Buus, N. *et al.* (2008) 'Litteratursøgning i praksis - begreber, strategier og modeller', *Sygeplejersken*, (10).
- Caulfield, N. *et al.* (2004) 'A review of occupational stress interventions in Australia', *International Journal of Stress Management*, 11(2), pp. 149–166.
- Chen, S. C. and Chen, C. F. (2018) 'Antecedents and consequences of nurses' burnout: Leadership effectiveness and emotional intelligence as moderators', *Management Decision*, 56(4), pp. 777–792.
- Cohen, S., Gianaros, P. J. and Manuck, S. B. (2016) 'A Stage Model of Stress and Disease', *Perspectives on Psychological Science*, 11(4), pp. 456–463.
- Creswell, J. W. (2003) *Research Design - Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 2. edition. London: Saga Publications Inc.
- Dahlgren, G. and Whitehead, M. (2007) *Policies and strategies to promote social equity in health Background document to WHO – Strategy paper, Main*.

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2014) 'Danskernes arbejdsmiljø 2014'.

Duarte, J. and Pinto-Gouveia, J. (2016) 'Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms: A non-randomized study', *International Journal of Nursing Studies*. Elsevier Ltd, 64, pp. 98–107.

Elfering, A. *et al.* (2002) 'Time control , catecholamines and back pain among young nurses', *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 28(6), pp. 386–393.

Fixsen, D. L. *et al.* (2005) *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa, Florida: Florida Mental Health Institute Publication.

Garrard, J. (2010) 'Synthesis: How to Use a Review Matrix to Write a Synthesis', in *Health Sciences Literature Review Made Easy - The Matrix Method*.

Gheshlagh, R. G. *et al.* (2017) 'The prevalence of job stress among nurses in Iran: A meta-analysis study', *Nursing and Midwifery Studies*, 6(4), pp. 143–148.

Hamer, M. (2012) 'Psychosocial stress and cardiovascular disease risk: The role of physical activity', *Psychosomatic Medicine*, 74(9), pp. 896–903.

Hegney, D. G. *et al.* (2019) 'Perceptions of nursing workloads and contributing factors, and their impact on implicit care rationing: A Queensland, Australia study', *Journal of Nursing Management*, 27(2), pp. 371–380.

Hegney, D., Plank, A. and Parker, V. (2003) 'Nursing workloads: The results of a study of Queensland Nurses', *Journal of Nursing Management*, 11(5), pp. 307–314.

Heraclides, A. *et al.* (2009) 'Psychosocial Stress at Work Doubles the Risk of Type 2 Diabetes in Middle-Aged', *Diabetes Care*, 32(12).

Higgins, J. P. T. and Green, S. (2011) *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Available at: <http://handbook-5-1.cochrane.org/> (Accessed: 17 December 2019).

Holgaard, J. E. *et al.* (2016) *PBL - Problembaseret læring og projektarbejde ved de videregående uddannelser*. Samfundslitteratur.

Holt-Lunstad, J. *et al.* (2015) 'Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review', *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), pp. 227–237.

Jacobsen, M. H., Lippert-Rasmussen, K. and Nedergaard, P. (2015) *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*. 3. udgave. Kbh.: Hans Reitzels Forlag.

Jensen, C. G., Hansen, A. V. and Andersen, M. D. (2017) *Har kommunale stressbehandlingstilbud udviklet sig de sidste 10 år?* København.

Jensen, H. A. R. *et al.* (2018) *Danskernes Sundhed. 1.0, Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017. 1.0*. København: Sundhedsstyrelsen.

- Jones, T. L., Hamilton, P. and Murry, N. (2015) 'Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review', *International Journal of Nursing Studies*. Elsevier Ltd, 52(6), pp. 1121–1137.
- Juel, K. (2006) *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Juul, S. (2012) *Epidemiologi og evidens*. 2. København: Munksgaard.
- Kakemam, E. *et al.* (2019) 'Occupational stress and associated risk factors among nurses: A cross-sectional study', *Contemporary Nurse*. Taylor & Francis, 6178, pp. 1–26.
- Kivimäki, M. *et al.* (2012) 'Job strain as a risk factor for coronary heart disease: A collaborative meta-analysis of individual participant data', *The Lancet*, 380(9852), pp. 1491–1497.
- Kjøller, M., Juel, K. and Kamper-Jørgensen, F. (2007) *Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007*, Statens Institut for Folkesundhed.
- Kleinman, A. (1980) *Patients and Healers in the Context of Culture*. 1st edn. London: University of California Press.
- Kotter, J. P. (1997) *I spidsen for forandringer*. Kbh.: Industriens Forlag.
- Kristensen, F. B. and Sigmund, H. (2007) *Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering*. Kbh.: Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk Teknologivurdering.
- Langergaard, L. L., Sørensen, A. and Rasmussen, S. B. (2006) *Viden, videnskab og virkelighed*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Lazarus, R. S. and Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lee, I. and Wang, H.-H. (2002) 'Perceived Occupational Stress and Related Factors in Public Health Nurses', *Journal of Nursing Research*, 10(4), pp. 253–260.
- Lichtenberg, E. and Steinitz, S. (2018) *Flere oplever stress - især blandt offentligt ansatte*. Kbh.
- Liu, M.-Y. *et al.* (2017) 'Association between psychosocial stress and hypertension: a systematic review and metaanalysis', *Neurological Research*, 39(6), pp. 573–580.
- Lund, H. *et al.* (2014) *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning - redskaber til evidensbaseret praksis*. Kbh.: Munksgaard.
- Lund, R. (2011) 'Sociale relationer og helbred', in Lund, R., Christensen, U., and Iversen, L. (eds) *Medicinsk sociologi*. 2. udgave. Kbh.: Munksgaard Danmark, pp. 63–83.
- Manzanares, N. *et al.* (2014) 'Unhealthy lifestyle in early psychoses: The role of life stress and the

hypothalamic-pituitary-adrenal axis', *Psychoneuroendocrinology*, 39(1).

Maslach, C. and Leiter, M. P. (2016) 'Burnout', in Fink, G. (ed.) *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*. Press, Academic, pp. 351–357.

Matud, M. P. (2004) 'Gender differences in stress and coping styles', *Personality and Individual Differences*, 37(7), pp. 1401–1415.

McKenzie, S. H. and Harris, M. F. (2013) 'Understanding the relationship between stress, distress and healthy lifestyle behaviour: a qualitative study of patients and general practitioners', *BMC Family Practice*, 14(1).

Merton, R. (1936) 'The Unanticipated Consequences of Purposive Social Action', *American Sociological Review*, 1(6), pp. 894–904.

Mistretta, E. G. *et al.* (2018) 'Resilience Training for Work-Related Stress among Health Care Workers', *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 60(6), pp. 559–568.

Moksnes, U. K., Espnes, G. A. and Haugan, G. (2014) 'Stress, sense of coherence and emotional symptoms in adolescents', *Psychology and Health*, 29(1), pp. 32–49.

Mouchacca, J., Abbott, G. R. and Ball, K. (2013) 'Associations between psychological stress, eating, physical activity, sedentary behaviours and body weight among women: A longitudinal study', *BMC Public Health*, 13(1).

Nielsen, L. *et al.* (2007) 'Forebyggelse og behandling af stress i Danmark', (April), p. 19.

Nielsen, N. R. and Kristensen, T. S. (2007) *Stress i danmark - hvad ved vi?*, Sundhedsstyrelsen. København.

Niks, I. *et al.* (2018) 'Work stress interventions in hospital care: Effectiveness of the DISCOVERY method', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(2).

Nowrouzi, B. *et al.* (2015) 'Occupational stress management and burnout interventions in nursing and their implications for healthy work environments: A literature review', *Workplace Health and Safety*, 63(7), pp. 308–315.

Otto, L. (2009) 'Sundhed i praksis', in Glasdam, S. (ed.) *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv*. Kbh.: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, pp. 20–26.

Phelan, J. C., Link, B. G. and Tehranifar, P. (2010) 'Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications', *Journal of health and social behavior*, 51, pp. 28–40.

Pors, N. O. and Johannsen, C. G. (2013) 'Afgrænsning af population, intervention og effekter og formulering af forskningsspørgsmål', in Pors, N. O. and Johannsen, C. G. (eds) *Evidens og systematiske reviews - En introduktion*. Kbh.: Samfundslitteratur.

PricewaterhouseCoopers and McKinsey&Company (2018) *Analyse af den regionale styring på sygehusområdet*. Kbh.

Rienecker, L. and Jørgensen, P. S. (2017) *Den gode opgave : håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser*. 5. udgave. Edited by L. Rienecker. Frederiksberg : Samfundslitteratur.

Rieper, O. (2013) 'Hvad er et systematisk review, og hvilke formål tjener det?', in Johannsen, C. G. and Pors, N. O. (eds) *Evidens og systematiske reviews - En introduktion*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Rø, K. E. I. *et al.* (2010) 'A self-referral preventive intervention for burnout among Norwegian nurses: One-year follow-up study', *Patient Education and Counseling*, 78(2), pp. 191–197.

Rod, N. H. (2011) 'Stress', in Lund, Ri., Christensen, U., and Iversen, L. (eds) *Medicinsk sociologi*. 2. udgave. Kbh.: Munksgaard Danmark, pp. 221–240.

Rosengren, A. *et al.* (2004) 'Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study', *The Lancet*, 364, pp. 953–962.

Rugulies, R. *et al.* (2006) 'Psychosocial work environment and incidence of severe depressive symptoms: Prospective findings from a 5-year follow-up of the Danish work environment cohort study', *American Journal of Epidemiology*, 163(10), pp. 877–887.

Rutters, F. *et al.* (2014) 'The association between psychosocial stress and mortality is mediated by lifestyle and chronic diseases: The Hoorn Study', *Social Science and Medicine*. Elsevier Ltd, 118.

Sahlin, E. *et al.* (2014) 'Nature-based stress management course for individuals at risk of adverse health effects from work-related stress-effects on stress related symptoms, workability and sick leave', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(6), pp. 6586–6611.

Santos, S. R. *et al.* (2003) 'Baby Boomer nurses bearing the burden of care: A four-site study of stress, strain, and coping for inpatient registered nurses', *Journal of Nursing Administration*, 33(4), pp. 243–250.

Schibye, B. and Klausen, K. (2013) *Menneskets fysiologi*. 3. København: FADL's Forlag.

Schneider, A., Wehler, M. and Weigl, M. (2019) 'Effects of work conditions on provider mental well-being and quality of care: A mixed-methods intervention study in the emergency department', *BMC Emergency Medicine*. BMC Emergency Medicine, 19(1), pp. 1–12.

Sirgy, M. J. and Lee, D. J. (2018) 'Work-Life Balance: an Integrative Review', *Applied Research in Quality of Life*. Applied Research in Quality of Life, 13(1), pp. 229–254.

Slatyer, S. *et al.* (2018) 'Evaluating the Effectiveness of a Brief Mindful Self-Care and Resiliency (MSCR) Intervention for Nurses: a Controlled Trial', *Mindfulness*. Mindfulness, 9(2), pp. 534–546.

Statistik, D. (2017) *Indvandrere og efterkommere*.

Sundheds- og ældreministeriet (2019) 'Sundhedsloven'.

Sundhedsstyrelsen (2018a) *Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017*. 1.0. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2018b) *Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker*.

Sveinsdóttir, H., Biering, P. and Ramel, A. (2006) 'Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: A cross-sectional questionnaire survey', *International Journal of Nursing Studies*, 43(7), pp. 875–889.

Sygeplejeråd, D. (2013) *Psykisk arbejdsmiljø blandt sygeplejersker*.

Sygeplejeråd, D. (2015) *Sygeplejerskers arbejdsmiljø, trivsel og helbred*.

Sygeplejeråd, D. (2018) 'Sygeplejerskers Arbejdsmiljø, Trivsel og Helbred'.

Sygeplejeråd, D. (2019) 'Sygemeldinger pga. faktorer i det psykiske arbejdsmiljø blandt nyuddannede sygeplejersker'.

Tarnow-Mordi, W. O. *et al.* (2000) 'Hospital mortality in relation to staff workload: A 4-year study in an adult intensive-care unit', *The Lancet*, 356, pp. 185–189.

Taylor, G. *et al.* (2014) 'Change in mental health after smoking cessation: Systematic review and meta-analysis', *BMJ (Online)*, 348, pp. 1–22.

Timm, H. (2006) 'Det sunde væsen og de syge brugere', *Dansk Sociologi*, 11(1).

Vahey, D. C. *et al.* (2004) 'Nurse burnout and patient satisfaction', *Medical Care*, 42(2).

Vallgård, S., Diderichsen, F. and Jørgensen, T. (2014) *Sygdomsforebyggelse*. Kbh.: Munksgaard.

Wackerhausen, S. (1995) 'Sundhedsbegreber - filosofi og praksis', in Jensen, U. J. and Andersen, P. F. (eds) *Sundhedsbegreber - filosofi og praksis*. 1. Århus: Philosophia.

Woodhead, E. L., Northrop, L. and Edelstein, B. (2016) 'Stress, Social Support, and Burnout among Long-Term Care Nursing Staff', *Journal of Applied Gerontology*, 35(1), pp. 84–105.

11. Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Søgebilag

Bilag 2: Kvalitetsvurdering af inkluderede studier

Bilag 3: Kodetræ