

# Bacheloroppgave

**SY301813 Sykepleie VI - Del 2**

**En litteraturstudie om forebygging av traumatisk stress hos sykepleiere**

**A review about preventing traumatic stress in nurses**

Kandidatnr: 2547, 2505

Totalt antall sider inkludert forsiden: 47

Antall ord: 7 990

Innlevert Ålesund, 14.05.15

## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	<b>Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	<b>Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	<b>Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høyskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§30 og 31.</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	<b>Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a></b>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	<b>Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter <a href="#">høgskolens studieforskrift</a> §30</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	<b>Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a></b>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Henny Torheim

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiÅ med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja     nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja     nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja     nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja     nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13/Fvl. §13](#))

Dato: 27.04.15

## **Sammendrag**

**Hensikt:** Hensikten med denne oppgaven er å finne ut hvordan vi kan forebygge stressreaksjoner hos sykepleiere etter traumatiske hendelser. Dette vil kunne bedre sykepleiernes helse og sikre en bedre omsorg til pasientene.

**Metode:** Dette er en litteraturstudie av seks kvantitative, to kvalitative og en systematisk litteraturstudie. Alle artiklene måtte ha følgende inklusjonskriterier: sykepleiere som arbeider innen akuttmottak, intensiv, medisinske og kirurgiske sengeposter. Artiklene måtte ha et sykepleieperspektiv, omhandle traumatisk stress og inneholde forebyggende tiltak.

**Hovedfunn:** Vi har identifisert fire hovedtema og ett undertema i denne studien. Hovedtemaene var peer support, stressavlastning, et positivt arbeidsmiljø og mestringsstrategier. Debriefing plasserte vi under peer support. Temaene forklarte at kollegial støtte var viktig. Bruken av stressavlastning varierte mye, noen synes dette fungerte, mens andre ikke. Sykepleierne må mestre situasjonene istedenfor å unngå dem. Debriefing viste seg å bedre kommunikasjonen, styrke teamet, øke forståelsen for hverandres roller og derav pasientsikkerheten. For å få til dette kreves et godt samspill mellom kollegaene med åpen kommunikasjon og et lyttende øre. Altså et godt psykososialt arbeidsmiljø.

**Konklusjon:** Konklusjonen til denne litteraturstudien er at taktskifte forebygger traumatisk stress. Debriefing, støttegrupper og støttesamtaler fungerer, men blir ikke gjennomført tilstrekkelig og må komme så tidlig som mulig etter hendelsen. Et godt og trygt arbeidsmiljø kan forebygge traumatisk stress. Det trengs likevel mye mer forskning innen dette temaet.

## **Abstract**

**Aim:** The goal of this study is to find out how to prevent traumatic stress in nurses, after traumatic incidents. This may increase the health of the nurses and maintain a better care for the patients.

**Method:** This review consists of six quantitative, two qualitative and one systematic review. The articles include nurses who work in the ER, ICU, medical and surgical wards. Studies were included if they satisfied all of the following inclusion criteria: a nurse perspective, traumatic stress and preventive measures.

**Main findings:** Four main themes have been identified in this study: peer support, stress management, a positive work environment and coping strategies. We also added debriefing as an under sub to peer support. The data demonstrate the importance of having a supportive social network and being able to talk things over with colleagues. The use of stress management varied a lot, some thought it was helpful, while others did not. Nurses have to cope with the situation instead of avoiding it. Debriefing improved team communication, strengthened the team, the knowledge of each role on the team and patient safety. To manage this, the colleagues have to have an open communication and be able to listen to each other.

**Conclusion:** The conclusions of this study suggest that change of pace prevents traumatic stress. Debriefing, support groups and peer support works, but is not used enough and should be used as early as possible. Although, more research needs to be done on this field.

# Innholdsfortegnelse

<b>1 Innledning</b> .....	<b>6</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.2 Oppgavens hensikt.....	7
1.3 Problemstilling.....	7
1.4 Begrepsavklaring.....	7
1.5 Avgrensning.....	7
1.6 Oppgavens oppbygning.....	8
<b>2 Teoribakgrunn</b> .....	<b>9</b>
2.1 Posttraumatisk stresslidelse.....	9
2.2 Sekundærtraumatisk stress.....	9
2.3 Den gode samtalen.....	9
2.4 Lazarus og Folkmans mestringsteori.....	10
2.5 Mestringsstrategier.....	11
2.5.1 Debriefing.....	11
2.5.2 Distraksjonsmetoder.....	11
2.6 Benner og Wrubels omsorgsteori.....	12
2.7 Arbeidsmiljø.....	13
<b>3 Metodebeskrivelse</b> .....	<b>14</b>
3.1 Datasamling.....	14
3.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	15
3.1.2 Kvalitetsvurdering.....	16
3.1.3 Etisk vurdering.....	16
3.2 Analyse.....	16
<b>4 Resultat</b> .....	<b>18</b>
4.1 Peer support.....	18
4.1.1 Debriefing.....	20
4.2 Stressavlastning.....	21
4.3 Mestringsstrategier.....	21
4.4 Arbeidsmiljø.....	22
<b>5 Diskusjon</b> .....	<b>23</b>
5.1 Metodediskusjon.....	23
5.2 Resultatdiskusjon.....	24
5.2.1 Sosial støtte og nettverk.....	24
5.2.2 Hvem skal støtte?.....	25
5.2.3 Når skal støtten komme?.....	26
5.2.4 Unngåelse av pasienter og vanskelige situasjoner.....	26
5.2.5 Sykepleiere kan hjelpe seg selv.....	27
5.2.6 Forberedelser før akutte situasjoner.....	28
5.2.7 Et godt psykososialt arbeidsmiljø.....	28
<b>6 Konklusjon</b> .....	<b>31</b>
6.1 Forslag til videre forskning.....	31
<b>7 Litteraturliste</b> .....	<b>32</b>
<b>8 Vedleggene</b> .....	<b>37</b>

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Traumatisk stress kommer av traumatiske hendelser som kjennetegnes ved at de er uventede, overveldende, farlige og du kan oppleve at du har lite eller ingen kontroll over situasjonen. For eksempel groteske inntrykk eller sterke vitneopplevelser som sykepleiere på sykehus ofte kan være vitne til (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress 2015).

Helsearbeidere har i flere studier (Clohessy og Ehlers 1999; Helps 1997; Laposa og Alden 2003; Regehr, Goldberg og Hughes 2002) vist seg å ha høy forekomst av symptomer på posttraumatisk stresslidelse (PTSD). I en studie av Mealer mfl. (2007) ble 500 amerikanske sykepleiere testet for PTSD-symptomer og 24% av de som jobbet på intensiven hadde symptomer, i motsetning til bare 14% på medisinsk og kirurgisk avdeling. I studien til Dominguez-Gomez og Rutledge (2009) hadde 85% av 67 sykepleiere i akuttmottaket minst ett symptom på sekundærtraumatisk stress (STS) og 33% møtte kriteriene for STS.

For sykepleiere kan møte med lidelse og død være en del av arbeidsdagen (Alden, Regambal og Laposa 2008). Det forekommer også at pasienter kan gå til fysisk angrep på helsepersonellet (ibid). Å være vitne til hardt skadde eller drepte pasienter ser ut til å være den mest belastende opplevelsen for sykehuspersonell generelt. Høyt arbeidspress og utilfredsstillende arbeidsmiljø på sykehus kan være av betydning (ibid; Chan og Huak 2004).

Vi har valgt dette temaet ettersom vi vil jobbe innen akutt sykepleie og har opplevd hendelser som har gitt oss slike stressreaksjoner. Dette vil kanskje være med på å gjøre oss bedre forberedt når vi møter slike situasjoner og vi vil belyse dette videre slik at andre også er bedre forberedt når man møter traumatiske hendelser.

## 1.2 Oppgavens hensikt

Det er relevant å belyse dette temaet for å finne ut hvordan vi kan forebygge stressreaksjoner etter traumatiske hendelser. Stressreaksjoner kan føre til at sykepleiere unnviker pasienter og spesielle situasjoner (Kalfoss 2010:476). Forebygging av slike stressreaksjoner vil derfor kunne bedre omsorgen for pasienter. Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer sier at ”sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom” (Norsk Sykepleierforbund 2011). Det vil også være en mulighet for å kunne spare samfunnet økonomisk gjennom en reduksjon i sykefravær og holde flere i arbeid (Chan og Huak 2004; Mealer mfl. 2009).

## 1.3 Problemstilling

Hvordan forebygge traumatisk stress hos sykepleiere i sykehus?

## 1.4 Begrepsavklaring

Tabell. 1. Begrepsavklaring.

Sykepleier	Sykepleiere og sykepleiere med videreutdanning.
Traumatisk stress	Stress etter traumatiske hendelser som kan føre til PTSD og STS.
Sykehus	Akuttmottak, intensivavdeling, medisinske og kirurgiske sengeposter.

Mange av artiklene bruker begreper som “intensive care unit nurses”, “emergency nurses” og “trauma nurses” og med dette kan de mene sykepleiere som jobber på disse avdelingene og ikke nødvendigvis at de har en videreutdanning innen dette faget. Vi har valgt å omtale de som sykepleiere som jobber på de respektive avdelingene sine.

## 1.5 Avgrensning

Med traumatisk stress velger vi å avgrense oss til symptomer på STS og PTSD. Dette fordi STS og PTSD er mer en konsekvens av traumatisk stress (Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisks tress 2015), mens andre tilstander som fatigue og utbrenthet er mer rettet mot langvarig arbeidsstress (Hinderer mfl. 2014).

## **1.6 Oppgavens oppbygning**

Videre i oppgaven vil vi belyse teori som er relevant for problemstillingen. Vi har også valgt å ta i bruk Lazarus og Folkmans mestringsteori og Benner og Wrubels omsorgsteori. Deretter kommer metodedelen, hvor vi presenterer oppgavens litteratursøk, kvalitetsvurdering og hvordan vi har analysert de ulike artiklene. Til slutt introduserer vi funnene fra alle artiklene, som vi bruker sammen med teorien for å diskutere, som etter hvert munner ut i en konklusjon.



## **2 Teoribakgrunn**

### **2.1 Posttraumatisk stresslidelse**

PTSD kan oppstå etter en svært belastende hendelse eller situasjon. Situasjonen kan ha kort eller lang varighet, og det kan både ta kort eller lang tid før man får symptomer. Eksempler på situasjoner eller hendelser kan være alvorlige ulykker, å være vitne til andres død, naturkatastrofer eller krigshandlinger. Det er noen som er mer utsatt for å utvikle PTSD enn andre. Typiske symptomer som oppstår ved PTSD er flashbacks, der man gjenopplever traumet i form av minner, mareritt eller drømmer (Aarre, Bugge og Juklestad 2012:134). En kan distansere seg fra hendelser eller personer som minner om den traumatiske hendelsen og det er vanlig med ledsagende angst og depresjon. Symptomene opptrer vanligvis noen uker til måneder etter traumet (ibid).

### **2.2 Sekundærtraumatisk stress**

Sykepleiere som gir sykepleie til traumepasienter kan utvikle sekundærtraumatisk stress. STS er utviklingen av PTSD hos helsearbeidere, og inkluderer atferd og følelser som følge av andres traumer. De som utvikler STS kan oppleve symptomer som irritasjon, konsentrasjonsvansker, sinne, påtrengende eller forstyrrende tanker og søvnvansker (Hinderer mfl. 2014:160). STS er et begrep som ble brukt tidligere i yrker som ikke er forbundet med sykepleie, for eksempel sosialt arbeid, og gjenspeiler den emosjonelle ubalanse som kan oppstå som følge av nær kontakt med personer som er ofre for traumer. STS kan forekomme etter daglig eksponering for traumer i forbindelse med den empatiske responsen. Høye nivåer av STS kan føre til at sykepleiere blir utbrent og endrer praksis eller at man velger å slutte som sykepleier (Dominguez-Gomez og Rutledge 2009:199-200).

### **2.3 Den gode samtalen**

Dette innebærer å bruke ferdigheter av ulikt slag for å kunne stille gode spørsmål kombinert med aktiv lytting, bekrefte og speile den andre (Eide og Eide 2012:266). For å kunne skape trygghet er kunsten å stille det rette spørsmålet og lytte aktivt. Slik at man kan stimulere den andre til å utforske og/eller formulere seg om et problem som i utgangspunktet kan være uklart for begge parter. Når en skal bygge opp en relasjon til en annen person, er det å stille spørsmål en god måte å gjøre dette på. Med tanke på å kunne

yte best mulig hjelp er det viktig å samle inn nødvendig informasjon for å kunne skape en mening sammen og kunne stimulere til nødvendig refleksjon. Et spørsmål som : “Hva tenker du om det som skjedde?”, er et initiativ fra hjelperen som kan gi samtalen en mening og føre den i riktig retning (Ibid).

En uttrykker respekt og interesse for den andre ved bruk av bekreftende ferdigheter. Man snakker derfor om responderende ferdigheter som er basert på empati, og som formidler umiddelbare, bekreftende og anerkjennende svar på det den andre uttrykker. Ferdigheter som formidler med ord at man har sett og forstått det sentrale i det den andre formidler er definisjonen på bekreftende kommunikasjon. Det som er bekreftende i seg selv er det å bli sett og forstått. Selvfølelsen blir styrket ved at noen lytter og lever seg inn i hva vi føler. Det fyller et eksistensielt og psykologisk behov for tilknytning og nærhet til andre mennesker. Det som er avgjørende for å bygge en god relasjon og et godt samarbeidsklima er bekreftende kommunikasjon, for det skaper trygghet og tillit (Eide og Eide 2012:220).

## **2.4 Lazarus og Folkmans mestringsteori**

*“Mestring er det en gjør med det sammenbruddet av mening en opplever, og med de forandringene som skjer” (Lazarus og Folkman 1984).*

Lazarus og Folkmans (1984) definisjon betyr at mestring er å kontinuerlig forandre kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å klare å håndtere spesifikke indre og/eller ytre krav som overstiger personens ressurser, truer velværet eller som vurderes som krevende. Vi har valgt Lazarus og Folkman fordi de belyser de ulike mestringsstrategiene som kommer frem i våre artikler.

Det er to hovedmåter Lazarus og Folkman skiller mellom i møte med stressfylte situasjoner: emosjonsorientert og problemorientert mestring. Emosjonsorientert mestring innebærer ulike strategier som istedenfor å ta sikte på å endre selve situasjonen, innebærer den å endre opplevelsen av situasjonen. Ved problemorientert mestring tar man sikte på å løse et problem eller det å hanskkes med en vanskelig situasjon ved hjelp av ulike strategier. Her stiller personen seg direkte og aktiv til problemet eller til det situasjonen gjelder (Lazarus og Folkman 1984).

## **2.5 Mestringsstrategier**

Mestringsstrategier bruker man for å takle utfordringer eller krav. Formålet med mestringsstrategiene som en person bruker er å hjelpe vedkommende til å finne en mening, bevare sitt selvbylde og opprettholde kontroll over de problemer og ytre og indre krav som personen står overfor. Det som er grunnleggende ved all mestring er kontrollaspektet til hver enkelt person. Noen plasserer kontrollen hos andre mennesker, mens andre plasserer den hos seg selv (Reitan 2011:79-80). Når et menneske møter utfordringer som uventet død, livstruende sykdommer, ulykker eller katastrofer bruker de ulike sider ved seg selv for å få kontroll over de ulike mestringsutfordringene. En må da få kontroll over følelser, tanker og reaksjoner på traumat. Å få tilgang til informasjon som gjør at situasjonen kan oppleves som entydig og forutsigbar innebærer at man må ha kontroll. Samtidig får man en viss oversikt over konsekvenser av traumat for en selv, familie, utdanning eller arbeid og hva som kreves av egen aktivitet (Ibid).

### *2.5.1 Debriefing*

Debriefing er en psykologisk behandling som har til hensikt å redusere den psykiske reaksjonen som oppstår etter å ha blitt utsatt for et traume. Debriefing har to hovedintensjoner. Den første er å redusere psykiske plager som er blitt funnet etter traumatiske hendelser. Den andre, beslektede hensikten er å hindre utvikling av psykiatrisk lidelse, vanligvis PTSD (Rose mfl. 2002). Formålet med debriefing i helsevesenet er å tilrettelegge for diskusjon av handlinger og tankeprosesser, stimulere til refleksjon, og til slutt assimilere til bedre atferd i praksis. Debriefing er et viktig pedagogisk verktøy som kan endre teamets atferd og positivt påvirke pasientens utfall. Funksjonen til debriefing er å identifisere områder av optimale og ikke-optimale prestasjoner for å beslutte ulike måter for å forbedre fremtiden for teamets prestasjoner. Debriefing bør inneholde en vennlig atmosfære, åpne spørsmål, en ærlig dialog og identifisering av atferd og oppfatninger som fører til bedre resultater (Kessler, Cheng og Mullan 2014).

### *2.5.2 Distraksjonsmetoder*

Når man har opplevd en traumatisk stressituasjon, er det naturlig for mennesker å bruke ulike distraksjonsmetoder. Ved å unngå å tenke på det som skjedde, kan man sette i gang med en aktivitet, gjøre noe annet eller låse tankene i noe. Slike aktiviteter eller situasjoner hjelper deg til å ta tankene vekk fra negative tanker og du får en kontroll over tankene som

går gjennom hodet. Det finnes ulike måter å distrahere seg på. Atferds distraksjon er den vanligste å bruke, som vil si å gjøre noe aktivt, som å ta kontakt med noen, finne en sportslig aktivitet, se på TV eller eventuelt å strikke. Ved å styre oppmerksomheten ved å bruke tankene sine til å lage et dikt, gå inn i en fantasi eller lignende er også noe man kan bruke for å distansere seg fra hendelsen (Dyregrov 2002).

## **2.6 Benner og Wrubels omsorgsteori**

Grunnen til at vi har valgt Benner og Wrubels (1989) omsorgsteori er fordi de hevder at omsorg er det primære i alt menneskeliv. Omsorg, person, institusjon, kontekst, stress, mestring, sykdom, symptomer, livsløp, helse og helsefremming er sentrale begreper som de trekker fram i sin teori. Man har omsorg for noe eller noen, når det betyr noe for en selv. Omsorg er essensielt i en avgrenset verden hvor noen ting virkelig betyr noe, mens andre ting er mindre viktig eller ikke viktig i det hele tatt (Benner og Wrubel 1989).

Fordi omsorg styrker hva som betyr noe for et menneske, styrker det også hva som teller som stressende og hvilke muligheter som er tilgjengelige for mestring. Det å ha omsorg åpner for muligheter. Relasjoner, begivenheter, ting og prosjekter kan oppfattes som stressende hvis de betyr noe. En begivenhet trenger ikke være stressende hvis personen er likegyldig. Men det er ut ifra omsorgen at en definerer hvilke muligheter en person har til å mestre ulike situasjoner (Benner og Wrubel 1989).

Et omsorgsfullt forhold skaper en tillitsfull situasjon som setter pasientene i stand til å ta imot den hjelpen de får tilbudt. Pasientene vil da føle at sykepleiere viser omsorg til dem. I vårt tilfelle vil pasienten her være en sykepleier. Humor, kjærlig trygghet, undervisning av pasientene og sinne virker annerledes i en omsorgsfull kontekst enn i en ikke omsorgsfull. Derfor kan ikke sykepleie reduseres til en ren og skjær teknikk (Benner og Wrubel 1989). Omsorg setter personen i en situasjon slik at visse aspekter viser seg å være relevante. Det er dette som setter folk i stand til å identifisere problemer, se mulige løsninger, og iverksette disse løsningene (ibid).

## 2.7 Arbeidsmiljø

Det stilles krav til både det fysiske og det psykososiale arbeidsmiljøet ut ifra Arbeidsmiljøloven (2014), som arbeidsgiver og arbeidstaker må følge lojalt opp. ”Psykososialt arbeidsmiljø” er et begrep som Arbeidsmiljøloven har innført. Det omhandler forholdet til arbeidet, menneskenes forhold til hverandre og hvordan arbeidsplassen påvirker menneskene. Arbeidsmiljøloven (2014) § 1.1 sier at arbeidsgiver skal ”sikre et arbeidsmiljø som gir arbeidstakerne full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger”. Konsekvensen av et dårlig psykososialt arbeidsmiljø kan føre til mistilpasning, vantrivsel, helseproblemer og sykefravær (Andersen 1999:146).

Hvis en aktivt arbeider med det psykososiale miljøet vil dette ha stor betydning for forebyggingen av stress. Sosial og menneskelig kontakt mellom ledelse og arbeidstakere som sammen løser problemer er med på å redusere og forebygge psykososiale stressreaksjoner (Andersen 1999:200). Å gjøre hverandre gode, er det ledelse handler om. Dette betyr at man sørger for at hvert teammedlem fungerer på best mulig måte ut ifra sine forutsetninger. Å kunne utvikle gjensidig tillit og relasjoner både innad og utad, er et sentralt poeng i teambygging. På samme måte som ledelse, er tillit et relasjonelt fenomen. For at teamet som helhet skal takle utfordringer, må teammedlemmene ha en tiltro til hverandre (Orvik 2012:304-305). En leder som har en medarbeiderorientert stil prøver å utvikle gode relasjoner til sine medarbeidere. En slik leder tar hensyn til sine medarbeidere, er omsorgsfull, støttende og oppmerksom (Orvik 2012:318).

Sykepleierens rolle er i endring, men mange synes fortsatt at det å komme med alternative løsninger som går mot legens avgjørelser er vanskelig. Noen mener det fremdeles er ett ”vennlighetstyranni” i profesjonen. Sykepleiere skal være snille, ikke lage oppstyr og snakke med behagelig røst. Dette kan gjøre det vanskelig for sykepleiere å si ifra om ting de ser bør endres (Kalfoss 2011:481).

### 3 Metodebeskrivelse

Avsluttende bacheloroppgave ved Høyskolen i Ålesund skal være et systematisk litteratursøk. Dette innebærer en god formulert problemstilling, som skal besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg og Wengström 2013). Det er også en forutsetning at det finnes tilstrekkelig antall studier med god kvalitet, som kan gi et godt grunnlag for tiltak og konklusjon (ibid).

#### 3.1 Datasamling

Vi har tatt utgangspunkt i analysemodellen til Evans (2002) og dens fire faser. Den første fasen går ut på å samle inn data om temaet som senere skal analyseres. Vi startet i desember 2014 med å gjøre søk for å undersøke om det fantes forskning på vårt tema. Vi leste en del artikler og ut ifra dette fant vi ut hvilken hensikt vi ville ha.

Søkeordene våre ble utarbeidet ved hjelp av PICO-skjema, hvor C for Control ikke var relevant for oss, derav PIO-skjema (Tabell 2). Dette er en strukturert metode for å sette sammen søkestrategier når en søker i ulike databaser, ut ifra problemstillingen (Forsberg og Wengström 2013:70).

Tabell. 2. PIO-skjemaet (Kunnskapsbasert praksis 2015).

<b>P:</b>	Pasient/problem	Sykepleiere (Nurses OR Nursing)
<b>I:</b>	Intervention	Forebygge traumatisk stress (Prevent OR Prevention OR Coping) Traumatic stress Intervention
<b>O:</b>	Outcome	Tiltak (Debriefing OR Debriefings) Implementation

Søkeordene vi har brukt er; prevent/prevention/coping, nursing/nurses, traumatic stress, debriefing/debriefings, intervention og implementation. For å forsikre oss om at vi fant alle relevante artikler brukte vi de booleske operatørene AND og OR. AND finner referanser som inneholder både A og B, mens OR finner enten A eller B (Forsberg og Wengström 2013:79). Vi har søkt etter forskningsartikler i databasene; Cinahl Complete, Cochrane Library og Ovid Nursing. Vi fant alle artiklene våre i Cinahl Complete (vedlegg 1) og vi fant også mange av de samme i Ovid Nursing. Fant derimot ingenting i Cochrane når vi kombinerte søkeordene våre. Ettersom vi fant alle artiklene våre i Cinahl Complete er det bare den vi har illustrert søkehistorikken til (vedlegg 1). Vi endte til slutt opp med to kvalitative, seks kvantitative og en systematisk litteraturstudie.

### 3.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi valgte artikler ut fra inklusjonskriteriene våre og gikk nøyer gjennom de og fjernet de som hadde eksklusjonskriteriene slik som modellen til Evans (2002) belyser. Når vi skulle velge ut artikler fra søkene våre var det lett å ekskludere svært mange artikler bare ut fra titlene deres. Inklusjonskriteriene våre var at artikkelen måtte inkludere forebyggende tiltak for sykepleiere innenfor sykehusets rammer og at problemet som skulle forebygges var traumatisk stress. Eksklusjonskriteriene var artikler eldre enn år 2000, artikler som omhandlet kun sykepleiestudenter og de som foregikk utenfor sykehuset. Først ekskluderte vi alle artikler utenfor vesten, men fant ikke nok gode artikler innen vesten til at dette var gjennomførbart. Vi gikk dypere inn i 33 artikler, hvor vi ekskluderte 24 artikler som ikke ble tatt med på grunn av feil perspektiv og for lite forebyggende tiltak (vedlegg 1). Til slutt satt vi igjen med ni artikler.

Tabell. 3. Inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Sykepleieperspektiv	Eldre enn år 2000
Omhandle traumatisk stress	Omhandlet kun sykepleiestudenter
Inneholde forebyggende tiltak	Utenfor sykehus

### 3.1.2 Kvalitetsvurdering

Vi har begge lest alle artiklene flere ganger, sjekket at de har IMRaD-struktur, sjekket at de er referee-bedømte gjennom nettsiden til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (2015). To av tidsskriftene, Journal of Trauma Nursing og Singapore Nursing Journal, var ikke i denne databasen, men inne på nettsidene deres står det at de er en referee-bedømte tidsskrift. Fire av artiklene våre kom fra disse to tidsskriftene og ellers er to artikler nivå 2 og tre er nivå 1. For å kvalitetssikre artiklene har vi brukt skjemaene til Forsberg og Wengström (2013), sjekklister for analyse av kvantitative, kvalitative og systematiske litteraturstudier. De vitenskapelige artiklene som er referee-bedømte er vurdert av eksperter. Det er ikke noen absolutt garanti for at de gode, men det viser til en viss standard (Bjørk og Solhaug 2013:69).

### 3.1.3 Etisk vurdering

Åtte av artiklene våre er vurdert av ett etisk panel og var anonyme, frivillige og hadde tilbud om ekstern hjelp til å takle eventuelt oppdukkende problemer (Berg mfl. 2014; Von Rueden mfl. 2010; de Boer mfl. 2013; Adrianssens, Gucht og Maes 2012; Niyama mfl. 2009; Lavoie, Talbot og Mathieu 2011; Gillespie og Gates 2013; Buurman mfl. 2011). En av studiene (Gillespie og Gates 2013) søkte i tillegg til Emergency Nurses Association om å få tilgang til deres medlemsregister for å kunne gjennomføre denne studien. Den niende artikkelen er en systematisk litteraturstudie og artiklene er blitt etisk vurdert tidligere (Lim 2009).

*”Helsinki-deklarasjonen skal sikre at de etiske sidene av medisinsk forskning blir ivaretatt. Den omhandler grunnleggende etiske prinsipper med emner som informert samtykke, dokumentasjon, hensynet til sårbare grupper/individer og vurdering av forskningsmål i forhold til belastning for de enkelte forsøkspersonene. Deklarasjonen slår fast at det alltid er forskeren som har det etiske ansvaret, og at behovet for ny kunnskap aldri kan gå foran rettighetene og interessene til forsøkspersonene” (Skjerdal 2013).*

## 3.2 Analyse

Den første fasen til Evans (2002) har vi beskrevet i datasamlingen tidligere i oppgaven, hvor vi har gjort ulike søk i forskjellige databaser for å finne relevante artikler til vår oppgave.



Den andre fasen til Evans omhandler å identifisere nøkkelfunnene i hver av artiklene (Evans 2002). Her har vi gått igjennom hver og en artikkel, med fokus på resultatdelen, fargekodet de sentrale temaene vi valgte å bruke. Deretter opprettet vi et eget dokument hvor vi satte inn alle funnene for å kunne få en oversikt over hvilke artikler som sa hva. De sentrale temaene vi valgte å bruke i starten var; kommunikasjon, stressavlastning, arbeidsmiljø, mestringsstrategier og debriefing.

I den tredje fasen til Evans skal man sammenligne temaene på tvers av studiene for å finne likheter i artiklene (Evans 2012). Her kunne vi se at vi trengte et tema om peer support og kommunikasjon falt inn under de andre temaene.

Til slutt kom vi fram til fire hovedtemaer og et undertema (Figur 1) som vi mente var mest relevant for denne oppgaven, som hører til den fjerde fasen til Evans (2002). Peer support og debriefing ble også svært like og vi valgte derfor å inkludere debriefing inn under peer support. Peer support blir definert som å sørge for å gi mennesker kunnskap, erfaring, emosjonell, sosial eller praktisk hjelp til hverandre (Mead, Hilton og Curtis 2001).



Figur. 1. Hovedfunn.

## 4 Resultat

### 4.1 Peer support

Det ble forsket på peer support i artiklene til Adriaenssens, de Gucht og Maes (2012), de Boer mfl. (2013), Lavoie, Talbot og Mathieu (2011), Buurman mfl. (2011), Niiyama mfl. (2009), Lim (2011) og Von Rueden mfl. (2010).

Å ha et godt sosial nettverk og være i stand til å snakke med kollegaer om vanskelige ting er forebyggende på utvikling av PTSD. Forebyggende tiltak for å sikre at sykepleierens grunnleggende energiresurser blir vedlikeholdt, restaurert eller styrket, bør bli tatt opp på et primært, sekundært og tertiært nivå (de Boer mfl. 2013). Ulike typer traumatiske hendelser krever ulike typer intervensjoner. Hvilket nivå for forebygging det er behov for kommer an på; arten av eksponering og symptomer som er observert, intervensjoner prioritert av deltakere og deres egne anbefalinger. Med arten av eksponering og symptomer som er observert menes det at sykepleieren har observert traumatiserte pasienter, vært offer for traumatiske hendelser selv eller om arbeidsmengden har blitt så stor og inntrykkene så mange, uten at en har fått tid til å bearbeide dem (Lavoie, Talbot og Mathieu 2011).

På primærnivået, hvor kilder til stress kan være kritiske hendelser, bør disse reduseres så mye som mulig. Det bør oppmuntres til støtte og nødvendige vilkår som tid og et stille rom (de Boer mfl. 2013). Sykepleiere som bruker formelle støttemekanismer som debriefing og klinisk veiledning, sammen med uformelle støttemekanismer som spontane samtaler og sosialt samvær med kollegaer, blir ansett som effektive metoder for å redusere traumatisk stress (Lim 2011). Noen snakket med venner eller deres familie for å lette på presset:

*”my partner is also a healthcare worker... a few words are enough to understand what I am talking about...”* (de Boer mfl. 2013:170).

Sosial støtte reduserer risikoen for varige PTSD-symptomer etter kritiske hendelser og er dermed et viktig verktøy for å overvinne stressreaksjoner (de Boer mfl. 2013; Lim 2011). Det å snakke med kollegaer om hendelsen anses som svært viktig for å oppnå en naturlig vinning, selv om ikke alle ønsker å snakke om det. Ved siden av et lyttende øre og spørsmål om hendelsen, blir medfølelse nevnt som svært verdifullt (de Boer mfl. 2013). Støtte fra kollegaer er det mest brukte tiltaket for å mestre traumatisk stress (ibid; Lavoie,

Talbot og Mathieu 2011; Von Rueden mfl. 2010). Men tiltak som sosial støtte vil aldri være nok for å forebygge PTSD-symptomer (de Boer mfl. 2013). Derfor må man iverksette sekundære tiltak som for eksempel: økt oppfølging og oppmerksomhet rundt teamet (Lavoie, Talbot og Mathieu 2011). Formelle systemer for støtte og veiledning der små grupper av ansatte møtes i fortrolighet for å diskutere arbeidsrelaterte problemer, kan hjelpe på å hindre gjentakelse og takle traumatisk stress som for eksempel kan være ett resultat av vold (Lim 2011). Flere av deltagerne i studien til de Boer mfl. (2013) sa dette om støtte fra kollegaer:

*”Telling it to my colleagues has helped me very much”* (de Boer 2013:170).

*”... it happened to me and a colleague, we could talk it over together very well”* (de Boer 2013:170).

Mangel på sosial støtte disponerer for yrkesmessig stress hos sykepleiere og dårlig teamkommunikasjon har blitt funnet ut å være relatert til høyere nivåer av tretthet, utbrenthet og posttraumatiske stressreaksjoner. Kvalitativ sosial støtte fra veileder ble assosiert med mindre posttraumatiske stressreaksjoner, psykiske plager, somatiske plager og tretthet, mens tilstrekkelig sosial støtte fra kollegaer var assosiert med mindre tretthet (Adriaenssens, de Gucht og Maes 2012). Når det gjaldt støtte etter kritiske hendelser hos sykepleiere på en intensivavdeling var variasjonen stor. Noen kunne få støtte i 100% av tilfellene, mens andre kun 10% (de Boer mfl. 2013). Dette sa to av deltagerne om fraværet av støtte:

*”... in my ward ... yes we were busy and ... of course I could say quite severe incident ... but we did not take time to discuss it together”* (de Boer mfl. 2013:170).

*”... i mentioned the incident, but did not get any support”* (de Boer mfl. 2013:170).

Som tidligere nevnt skriver de Boer mfl. (2013), Lavoie, Talbot og Mathieu (2011), Adriaenssens, de Gucht og Maes (2012) og Von Rueden mfl. (2010) varmt om sosial støtte, men kontinuerlig bruk av upassende tiltak kan føre til at sykepleierens negative selvbilde eller traumatiske minner ikke går bort (Niiyama mfl. 2009). Buurman mfl. (2011) konkluderer med at å søke sosial støtte som en mestringsstrategi, er forbundet med en økt

sjanse for å utvikle traumatisk stress. Muligens er mengden positiv styrke man mottar fra andre, ikke stor nok til å være effektiv (ibid). For noen sykepleiere var støtte vanligvis adekvat ”get sufficient support from colleagues... the informal network”, men noen hadde behov for ytterligere støtte: ”... if you are not extravert, it is good that you are offered support” eller ”when it is your first time, they might pay special attention” (de Boer 2013:170).

Sykepleierne tar gjerne kontakt med kollegaer, men bare 10% ønsket kontakt med instituttets spesialister og nærmere oppfølging etter kritiske hendelser (de Boer 2013). Noen synes det er mer nyttig å snakke med kollegaer enn andre profesjonelle ved institusjonen. Ved fravær av formell psykologisk hjelp etter urovekkende hendelser, tar flertallet av sykepleiere kontakt med andre sykepleiere eller sykepleiere med mer erfaring for peer support (Lim 2011). Noen snakket om hendelsen med andre sykepleiere, leger eller deres leder:

*”I told it to my superior and the doctor... actually, they listened... they could not say much about it... I felt supported by them”* (de Boer mfl. 2013:170).

#### 4.1.1 Debriefing

For sykepleiere som har vært utsatt for vold eller trusler kan det føles terapeutisk å få snakket ut om det. Debriefing bør være en viktig del av forebyggingen av traumatisk stress (Lim 2011). Gjennomføringen av debriefing som et verktøy i et traumeprogram er klinisk viktig av flere grunner: debriefing styrker og vokser laget, det klargjør roller og ansvar, det gir muligheten til å vurdere pasientbehandlingen i et umiddelbart og mer meningsfylt miljø, det identifiserer muligheter for prosessforbedring og det styrker sykepleierne ved å gi data for å utføre forbedringstiltak (Berg mfl. 2014).

Støttegrupper er effektive og nyttige når det gjelder strategier for å håndtere negative reaksjoner på langsiktig basis. Dette fører til at de ansatte som er ofre kan generalisere sine problemer og det får dem til å føle at de ikke er så ulike fra alle andre og at det er andre de kan assosiere seg med (Berg mfl. 2013). Sykepleiere som er utsatt for vold fra pasienter rapporterer lavere nivå av traumatisk stress når debriefing er et alternativ. Med stabile støttegrupper og debriefing systemer, får de fleste tilbake en følelse av kontroll innen tre til ti dager etter hendelsen (ibid).

## **4.2 Stressavlastning**

Det å bruke stressavlastningsmetoder viser seg å være de eneste mestringsstrategiene i disse studiene som blir assosiert med signifikant lavere forekomst av traumatiske stressreaksjoner. Ulike stressavlastningsmetoder kan være det å ha en hobby, trening og generell aktivitet som får en til å koble av. Det å kunne avlede tankene i ny og ne, og ikke kontinuerlig snakke om hendelsen, viser seg å være gunstig (Niiyama mfl. 2009). Det ble sammenlignet en gruppe sykepleiere med STS-symptomer og en gruppe uten, hvor det ble sett på hvor ofte og hvilke stressavlastningsaktiviteter de deltok på. De sykepleierne med STS-symptomer brukte signifikant færre stressavlastningsmetoder med dårligere kvalitet, for eksempel hadde få av dem hobbyer som de kunne koble av med, og flere måtte ty til medisiner for å takle presset (Von Rueden mfl. 2010).

## **4.3 Mestringsstrategier**

Mangelfull mestring og mangel på tilstrekkelig sosial støtte kan bidra til forverring av vedvarende PTSD-symptomer. Når det gjelder mestring blir det i flere av studiene skilt mellom to mestringsstrategier: aktiv problemfokustert mestring og følelsesmessig mestring. Aktiv problemfokustert mestring hjelper sykepleieren til å håndtere hendelsen og å gjøre noe med situasjonen, deres egne stressresponser, og dermed unngå langsiktige emosjonelle og fysiske feilreguleringer. Sykepleierne møter opplevelsen ved å tenke over den, snakke med kollegaer eller venner. De lærer å leve med det som har skjedd, og gjenvinner kontrollen og sikkerheten. Følelsesmessig mestring innebærer å arbeide med å regulere følelsene som oppleves på grunn av den stressende hendelsen (Adriaenssens, de Gucht og Maes 2012; de Boer mfl. 2013).

Før sykepleiere går inn i tøffe scenarioer kan tre tiltak bli brukt: planlegging og forberedelse av situasjonen, tilrettelegging for å kunne håpe på det beste utfallet og før de gikk inn i situasjonen så de for seg suksess scenarioer (Gillespie og Gates 2013). Positiv tenkning og positive handlingsmåter ble mer brukt av de som fortsatt hadde symptomer enn de som var blitt friske (Niiyama mfl. 2009).

#### 4.4 Arbeidsmiljø

Et godt arbeidsmiljø blir nevnt som en vesentlig faktor i mange av artiklene. Det blir konkludert med at det er behov for et samspill mellom flere faktorer for å få en effektiv forebygging (de Boer mfl. 2013; Von Rueden mfl. 2010; Adriaenssens, de Gucht og Maes 2012). Det å justere arbeidsplasser, forbedre arbeidsprosesser, arbeide i henhold til protokollen, profesjonell opplæring, bedre åpen kommunikasjon og tilbakemeldinger bør kunne forebygge hendelser som blir karakterisert som unødvendige. Det var en studie som ikke målte noen forskjell mellom sykepleiere med STS og deres forhold til kollegaene sine, og de uten STS sitt forhold til kollegaene (de Boer mfl. 2013; Von Rueden mfl. 2010).

En 35 år gammel sykepleier med 15 års erfaring, inkludert 7 år på et akuttmottak, svarte dette på et spørsmål om hvilke forbedringer hun ville likt å se i en perfekt verden:

*”The perfect world... I think it would be meeting right after, not weeks after, not months after, but meeting within hours of the event. To know what we did right, of course, and what we did wrong, and see how the others experienced it. And maybe to be able to wind down afterwards. In my perfect world, that’s how it would happen. Within hours” (Lavoie, Talbot og Mathieu 2011:1518).*

## 5 Diskusjon

Her diskuterer vi metoden og resultatet. Under metodediskusjon blir styrker og svakheter i oppgaven presentert i forhold til datasamling, søkestrategi og analyse. I resultatdiskusjonen blir det diskutert og reflektert over forskningsartiklens funn opp imot oppgavens hensikt og problemstilling. Teori, forskning, konsekvenser for sykepleie og egne erfaringer blir tatt med. Til slutt blir det en kort konklusjon med oppsummering av hovedfunn, konsekvenser for praksis og anbefalinger for videre forskning.

### 5.1 Metodediskusjon

Når vi visste hvilket tema vi ville skrive om, brukte vi PICO-skjemaet til å finne relevante søkeord (Tabell 2). Vi søkte som sagt i flere databaser, men fant alle artiklene i databasen Cinahl Complete. Vi brukte lang tid på å finne gode søkeord og brukte MeSH og Cinahl headings for å finne omfattende søkeord. Alt dette gjorde vi etter anbefalingene fra boken til Forsberg og Wengström (2013) og artikkelen til Evans (2002) og dette sparte oss mye tid. Vi kunne ha brukt flere søkeord som; acute nurses og intensive care nurses, men ettersom vi søkte på nurses og nursing, skal acute og intensive care også dukke opp i søket. Vi har ikke brukt det booleske søkeordet NOT fordi dette kunne ekskludere artikler som var gode nok.

Først begrenset vi oss til vesten, men måtte inkludere artikler fra resten av verden også. Dette måtte vi gjøre fordi svært mange av artiklene hadde for lite stoff om vår problemstilling. Mange av artiklene vi ekskluderte hadde en passende tittel og problemstilling, men når vi leste gjennom de, svarte de dårlig på problemstillingen sin og hadde rett og slett for lite stoff. Noen av artiklene vi har valgt ut har også litt lite tiltak og det er derfor vi har valgt å ha med ni artikler. Resultatet gjelder for sykepleiere i akuttmottak, intensivavdeling, kirurgiske og medisinske sengeposter ved sykehus. Vi ser også av annen forskning (Mealer mfl. 2007; Dominguez-Gomez og Rutledge 2009) at forekomsten av PTSD og STS er støtte på de akutte avdelingene enn på vanlige sengeposter.

En faktor som kan påvirke oppgaven vår er at vi kan ha feiltolket artiklene på grunn av at de er på engelsk, med mange vanskelige formuleringer og engelsk fagterminologi. Vi kvalitetsvurderte artiklene ut fra sjekklister til Forsberg og Wengström (2013), men ser nå i ettertid at det kanskje hadde vært lettere og bedre å bruke sjekklister til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2015). Vi skulle gjerne hatt flere kvalitative artikler, ettersom dette ville gitt oss flere personlige erfaringer og sykepleieres meninger. Men vi fant ikke gode nok kvalitative artikler eller noen som var relevante for vår problemstilling. Vi kunne selvfølgelig ha søkt i flere og større databaser, som for eksempel MedLine, men ut ifra den tiden vi har hatt til å utføre denne oppgaven på måtte vi begrense oss. Det finnes ganske mye forskning på forebygging av PTSD, men ikke spesifikt for helsepersonell som vi har vært på jakt etter. Vi har valgt dette temaet fordi vi vil lære mye mer om det og vi visste som sagt at det kom til å være en vanskelig oppgave å skrive og at det ville være lite forskning rundt dette temaet. Det har tatt lang tid og mye lesing, men vi sitter igjen med ni artikler som vi mener er gode.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

### *5.2.1 Sosial støtte og nettverk*

Et stort og trygt sosialt nettverk kan virke forebyggende på psykiske og fysiologiske komplikasjoner etter traumatisk stress og kan hjelpe sykepleieren å mestre situasjonen eller avlaste stresset (de Boer mfl. 2013). Dette stemmer overens med Dyregrovs (2002) distraksjonsmetoder. Det kan være vanskelig for arbeidsstedet og kollegaer å gjøre noe med sykepleierens sosiale nettverk, men de kan prøve å ta initiativ til å være sosiale på fritiden, arrangere fester, middager eller sportslige aktiviteter som fjellturer for hele avdelingen. Vil dette bidra til et bedre arbeidsmiljø og friskere sykepleiere?

Det er litt omdiskutert om sosial støtte har positiv eller negativ virkning på traumatisk stress hos sykepleiere. En bør legge vekt på å ha gode ferdigheter innen aktiv lytting og spørsmålsformulering, samtidig som man må bekrefte og speile den andre (Eide og Eide 2012:266). Dette er ting en kan inkludere i debriefing, støttegrupper eller helt enkle støttesamtaler mellom kollegaer.



Forskningen er altså litt sprikende, men de opplyser lite om hvilken form for sosial støtte de har undersøkt om sykepleieren har brukt. De Boer mfl. (2013) har skilt mellom å snakke med kollegaer og familie, men det er ingen signifikant forskjell. Hvordan blir egentlig disse samtalene gjennomført? Teorien sier at det er viktig å skape en trygghet ved å stille det rette spørsmålet og lytte aktivt (Eide og Eide 2012) Kanskje passer ikke alle til å lede en støttesamtale, støttegruppe eller debriefing?

I forskningen til Niiyama mfl. (2009) blir det konkludert med at sosial støtte økte sannsynligheten for å få traumatisk stress. Dette kan komme av at studien hadde på forhånd en del tilfeller av at kollegaer var negative til hverandre. Sykepleiere opplevde at de ble oppfattet som hysteriske når de sa ifra og noen fikk skylden for enkelte situasjoner (ibid). Dette stemmer ikke med de yrkesetiske retningslinjene (Norsk Sykepleierforbund 2011), Helsepersonelloven (2015), Benner og Wrubels (1989) omsorgsteori eller hvordan flere av artiklene skriver at det bør være (de Boer mfl. 2013; Lavoie, Talbot, Mathieu 2011; Von Rueden mfl. 2010). Undervurderer vi problemene til kollegaene våre? Kalfoss (2011:481) skriver om at dette er ett kjent problem i sykepleieprofesjonen. Så hvorfor blir ikke dette tatt mer tak i? Studien til Von Rueden mfl. (2010) presiserer at god støtte fra kollegaer er viktigst, men da er det nødvendig at den kollegiale støtten er omsorgsfull slik Benner og Wrubel (1989) forklarer i sin omsorgsteori.

### *5.2.2 Hvem skal støtte?*

Det er viktig at problemet blir tatt opp i de rette omgivelsene, en sykepleier som søker støtte hos familien sin kan få svar som gjør sykepleieren enda mer betenkt. Slike samtaler bør foregå med personell som er trent i å vite hvilke spørsmål og svar som kan påvirke den utsatte (Eide og Eide 2012), som i disse tilfellene er sykepleieren selv. Det trengs mer forskning som går spesifikt inn på hver form for sosial støtte. Er det forskjell om sykepleierne får støtte fra familien sin enn under litt mer organiserte forhold av kvalifisert personell?

Adriaenssens, de Gucht og Maes (2012) forsket litt på forskjellen mellom støtte fra kollegaer og støtte fra profesjonelle. Kvalitativ sosial støtte forebygget et bredere spekter av komplikasjoner enn å bare få sosial støtte fra kollegaer. Benner og Wrubels (1989) omsorgsteori fokuserer på å bry seg om andre og dette vil åpne muligheten for å motta

hjelp og yte hjelp. Hvorfor er det for eksempel ikke mer støttegrupper eller organiserte veiledninger i arbeidsdagen?

Støtte etter kritiske hendelser på en intensivavdeling varierte veldig. Noen sykepleiere fikk bare støtte i 10% av tilfellene, i motsetning til at noen fikk i 100% av tilfellene (de Boer mfl. 2013). Sånn skal det ikke være. Har sykepleieren behov for støtte og veiledning, for å kunne fortsette i sin jobb, er ledelsen nødt til å iverksette tiltak (Helsepersonelloven 2015; Arbeidsmiljøloven 2014; Norsk sykepleierforbund 2011). Berg mfl. (2014) fikk gode resultater etter å ha prøvd ut organiserte debriefinger. De tilbydde personellet å gå overtid for å være med på disse møtene (ibid). Vi mener at omsorgsteorien bidrar til god debriefing, samtidig som debriefing bidrar til god omsorg. Er ikke dette en viktig prioritering vi burde prøve ut her i Norge også?

### *5.2.3 Når skal støtten komme?*

Kontinuerlig bruk av upassende tiltak kan føre til at sykepleiernes negative selvbilde eller traumatiske minner vedvarer (Niiyama mfl. 2009). Debriefing eller samtaler om en traumatisk hendelse som skjedde for flere uker siden og oppfølgingsamtaler opp til flere måneder senere ble assosiert med høy forekomst av PTSD. Møtene ble bare en påminnelse om den traumatiske hendelsen, uten at den traumatiserte fikk noen følelse av mestring (Hinderer mfl. 2014). Flere av artiklene spesifiserer at eventuelle møter bør komme så fort som mulig og ikke lenge etter hendelsen (Berg mfl. 2013; Lavoie, Talbot og Mathieu 2011). Debriefing vil ikke bare hjelpe teamets atferd, men også kunne påvirke pasientens utfall på en positiv måte (Kessler, Cheng og Mullan 2014). Er det tid til å implementere enda en prosedyre eller møte i sykepleierens hverdag? Må avdelingens bemanning økes for å gjøre plass for slike møter og ivareta sykepleiernes helse?

### *5.2.4 Unngåelse av pasienter og vanskelige situasjoner*

I støttesamtaler, støttegrupper eller debriefinger kan en jobbe med å mestre situasjonene. En kan velge å se problemet rett i øynene eller å unngå det (Lazarus og Folkman 1984). Det er mestringsstrategien hvor en unngår problemet vi må unngå. I artikkelen til de Boer mfl. (2013) kom det frem at noen ganger ble noen pasienter unngått:

*”.... when it happens frequently I sometimes feel the need to choose risk-free patients” (de Boer mfl. 2013:170).*

Begynner en sykepleier å unngå de dårligste pasientene fordi han/hun er redd for å finne pasienten død i sengen, kan det resultere i at de som trenger mest pleie og observasjon får minst. Dette er selve definisjonen til Aarre, Bugge og Juklestad (2012) på PTSD. Hvor man fort kan unngå å møte pasienter som minner om tidligere traumatiske hendelser. Sykepleiere må passe på hverandre og hjelpe hverandre til å mestre tøffe situasjoner. Om en vet at kollegaen sin får panikk av å hjelpe pasienter når de får pustebesvær, bør en gjøre alt en kan for å være der og betrygge pasienten og samtidig vise kollegaen sin hvordan det kan gjøres. Kan det implementeres regelmessige møter som fokuserer på hvordan en kan være en god kollega?

#### *5.2.5 Sykepleiere kan hjelpe seg selv*

Ifølge Niiyama mfl. (2009) sin forskning viser det seg å ha et taktskifte i arbeidsdagen og det å ha en hobby er mestringsstrategier som forebygger traumatisk stress. Stressreaksjonene i denne artikkelen har blitt redusert etter å ha brukt en kombinasjon av mestringsstrategier, men det er ønskelige å kunne forske mer på akkurat dette med et større utvalg for å få et mer pålitelig svar. Dette stemmer overens med teorien om distraksjonsmetoder (Dyregrov 2002). Ifølge Dyregrov (2002) er det naturlig og viktig for et menneske å koble av med en aktivitet for å slippe å tenke på den traumatiske hendelsen hele tiden. Hvilken aktivitet som fungerer er individuelt. For noen kan det være å se på yndlingsserien sin på tv og for andre kan det være å gå på café med venner (ibid).

Ifølge Gillespie og Gates (2013) var det færre av de som hadde STS som hadde en hobby som de brukte for å avlaste det traumatiske stresset. Flere av de med STS måtte ty til medisiner for å kompensere for stresset. Dette kan ligne litt på Lazarus og Folkman (1984) sin mestringsstrategi ved å unngå problemet, men da i den forstand at en ikke lar problemet konsumere all sin tid. Sykepleiere må også vise omsorg for seg selv for å kunne yte omsorg til andre (Benner og Wrubel 1989).

### *5.2.6 Forberedelser før akutte situasjoner*

I møte med akutte situasjoner bør sykepleiere forberede seg godt ved å tenke positivt og ha en positiv handlingsmåte. Ifølge Niiyama mfl. (2009) er det tre tiltak en sykepleier burde utføre før en slik situasjon. Det å forberede seg på situasjonen, tenke over hva som venter en, vite hvem som har ledelsen og legge til rette for det beste utfallet er viktig i en slik situasjon. Dette samsvarer med Lazarus og Folkmans (1984) problemorienterte mestringsteori hvor man tar sikte på et problem eller det å hankses med en situasjon ved hjelp av ulike strategier. Hvordan vil en sykepleier klare å mestre en krevende situasjon hvis han/hun ikke har forberedt seg mentalt i det hele tatt?

I undersøkelsen til Gillespie og Gates (2013) så sykepleierne for seg suksess scenarier før de gikk inn i tøffe situasjoner. Dette kan gi dem en bedre selvtillit til neste gang en slik situasjon oppstår (ibid). Men hva med sykepleiere som aldri har opplevd en slik situasjon før? De kan ikke nødvendigvis se for seg hendelser som har gått bra. Det kan da være en idé å ha øvingsdager hvor man trener på å takle situasjoner som er tøffe og hvordan man mestrer disse, og at man får en oppfatning av hva som kan skje.

For eksempel på en avdeling hvor personalet sjeldent opplever at en pasient får hjertestans, kan det være behov for å simulere det. For nyutdannede sykepleiere kan det være utfordrende å mestre en slik situasjon hvis de aldri har opplevd noe slikt før. Det kan da være nødvendig at avdelingen har en gjennomgang med nyansatte og med seg selv jevnlig, hvor en trener på eller simulerer for eksempel et stans scenario. Dette vil gjøre at sykepleierne har mer kontroll hvis dette skulle skje igjen. Reitan (2011) nevner i teorien at å få tilgang til informasjon som gjør at situasjonen oppleves som forutsigbar og ensidig, innebærer at man må ha kontroll på situasjonen.

### *5.2.7 Et godt psykososialt arbeidsmiljø*

Arbeidsmiljø kan ha stor betydning når det gjelder å forebygge traumatisk stress. Får man ikke nok støtte fra kollegaer, når man er påvirket av traumatisk stress, kan det føre til en økning i sykefraværet, en nedgang i ytelse og trivsel og reduksjon av kvaliteten på omsorgen til pasientene (de Boer mfl. 2013, Von Rueden mfl. 2010, Adriaenssens, de Gucht og Maes 2012). Dette kommer også fram i teorien som en konsekvens av et dårlig psykososialt arbeidsmiljø (Andersen 1999). De yrkesetiske retningslinjene nevner

at ”sykepleieren har rett til å forvente respekt og støtte fra kollegaer og arbeidsgiver når hun/han melder fra om kritikkverdige forhold” (Norsk Sykepleierforbund 2011). Det ligger altså et stort ansvar på avdelingslederens skuldre. Lederen må vise god omsorg ovenfor sine medarbeidere for at de skal kunne betro seg om kritikkverdige forhold (Orvik 2012).

En god ledelse på arbeidsplassen er også vesentlig for å ha et godt arbeidsmiljø (Andersen 1999). En god ledelse er å gjøre hverandre gode (Orvik 2012). Noe som også artiklene til de Boer mfl. (2013), Von Rueden mfl. (2010), Adriaenssens, de Gucht og Maes (2012) understøtter. Ifølge Kalfoss (2011:481) kan sykepleiere ofte fremstilles som snille og skal ikke lage noe oppstyr. Sykepleiere kan da ha vanskeligheter med å si ifra om ting de mener bør endres (ibid). Ifølge Arbeidsmiljøloven (2014) skal arbeidsgiver sikre et arbeidsmiljø som gir arbeidstaker trygghet mot psykiske og fysiske skadevirkninger. Fokuserer ledelsen nok på dette? En årsak til at sykepleiere ikke tør å fortelle om sine problemer, kan være at de føler at de ikke blir hørt eller tatt på alvor. Sykemelder de seg da på grunn av dette? Ledelsen har et ansvar for å ivareta sykepleiernes helse og hjelpe de på best mulig måte (ibid).

Det som også er vesentlig for å kunne danne et godt arbeidsmiljø er at det er en åpen bekreftende kommunikasjon mellom de ansatte og at en kommer med gode tilbakemeldinger etter en hendelse. Dette vil også bidra til et godt samarbeidsklima, som skaper trygghet og tillit (de Boer mfl. 2013; Eide og Eide 2012). Benner og Wrubels (1989) omsorgsteori beskriver at det er god egenomsorg å bidra til andres omsorg. Omsorgsteorien bidrar altså til et godt arbeidsmiljø. Teorien understøtter at et lyttende øre og at man stiller de rette spørsmålene er med på å bygge en viktig relasjon til en annen person (Eide og Eide 2012; Benner og Wrubel 1989). Ved at kollegaer har en negativ holdning til sine medarbeideres problemer eller kommer med beskyldende tilbakemeldinger, kan dette føre til et negativt arbeidsmiljø. Prøver man å finne syndebukker blant sine kollegaer for å skjule sin egen usikkerhet?

Konflikter på en arbeidsplass kan påvirke arbeidsmiljøet til alle på avdelingen. En hyppig årsak til at sykepleiere slutter er konflikter med ledelsen. Konfliktene kan for eksempel dreie seg om tunge arbeidsforhold (Kalfoss 2011:484). Loven om helsepersonell stiller følgende krav til organisering av virksomheter:

*”§ 16. Virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter”*

(Helsepersonelloven 2015).

Dette vil si at om sykepleiere blir så påvirket av arbeidssituasjonene at det får konsekvenser for deres omsorg for pasientene, er faktisk avdelingsledelsen ansvarlig for å gjøre tiltak som vedlikeholder deres helse.

## **6 Konklusjon**

Resultatene i denne litteraturstudien viser at taktskifte kan hjelpe for å kunne forebygge traumatisk stress. Sykepleieren får da hjelp til å få tankene over på noe annet, istedenfor å måtte tenkte på den traumatiske hendelsen. Sosial støtte fra kollegaer er også et viktig funn, men det er da essensielt at en har et godt arbeidsmiljø rundt seg, med personer som viser respekt og omsorg. Debriefing bør igangsettes så raskt som mulig etter en traumatisk hendelse, istedenfor å la det gå flere uker før man samles. Under debriefing arbeider man med å mestre hendelsen, slik at man ikke unngår en lignende hendelse ved en senere anledning. Derfor bør debriefing prioriteres etter traumatiske hendelser, selv om det ikke alltid er tid til det.

Det må også fokuseres mer på at lederne tar et større ansvar overfor å ha et godt og trygt arbeidsmiljø. Det er deres ansvar å ta tak i problemer som oppstår på avdelingen. Dette vil også gjøre at sykepleieren vil bli flinkere til å si ifra om sine problemer og tørre å spørre om hjelp.

### **6.1 Forslag til videre forskning**

Det trengs mer forskning innen hele dette temaet, men spesielt mot hvert enkelt tiltak spesifikt. Interessante spørsmål til videre forskning er at på tross av høy forekomst av psykiske og fysiologiske komplikasjoner velger fortsatt mange sykepleiere å jobbe på utsatte avdelinger. Hvorfor velger de å jobbe på slike avdelinger? Er de sterkere enn andre? Blant annet har de med mest ansiennitet gjennomsnittlig vist mindre symptomer på PTSD og STS gjennom alle studiene. Kan denne forskningen også implementeres i institusjoner og hjemmesykepleie?

På skolen har vi undervisning om realitetssjokket, men hvilken rolle vi har i en eventuell støttegruppe blir det ikke undervist i. I praksis har vi refleksjonsgrupper, forventningssamtale, midtevaluering, sluttevaluering og ukeplaner som er en god arena for å snakke ut om vanskelige situasjoner. Vi synes at det bør komme mer undervisning om forebygging av traumatisk stress da man fort kan komme opp i en slik situasjon under praksis. Praksisplassene bør også prioritere å ha samtaler med studentene og de andre ansatte hvis det oppstår hendelser som kan være tøffe.

## 7 Litteraturliste

- Aarre, TF. Bugge, P. og Juklestad, SI. (2012). *Psykatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Adriaenssens, J., de Gucht, V. og Maes, S. (2012). The impact of traumatic events on emergency room nurses: Findings from a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 49(11), s. 1411-1422. Doi: [10.1016/j.ijnurstu.2012.07.003](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.003).
- Alden, LE., Regambal, MJ. og Lapos, JM. (2008). The effects of direct versus witnessed threat on emergency department healthcare workers: implications for PTSD criterion A. *Journal of anxiety disorders*. 22(8), s. 1337-1346. Doi: [10.1016/j.janxdis.2008.01.013](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.01.013).
- Andersen, IR. (1999). *Arbeidsmiljø og samarbeid*. Oslo: Cappelen Akademisk forlag.
- Arbeidsmiljøloven. Lov av 1. Juli 2014 nr. 62 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern. [online]. Lastet ned den 3.5. 2015, fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>.
- Benner, P. og Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring Stress and Coping in Health and Illness*. Menlo Park: CA: Addison-Wesley.
- Berg, GM., Hervey, AM., Basham-Saif, A., Parsons, D., Acuna, DL. og Lippoldt, D. (2014). Acceptability and Implementation of Debriefings After Trauma Resuscitation. *Journal of Trauma Nursing*. 21(5), s. 201-208. Doi: [10.1097/JTN.0000000000000066](https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000066).
- Bjørk, IT. og Solhaug, M. (2013). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe.
- Buurman, BM., Mank, APM., Beijer, HJM. og Olf, M. (2011). Coping With Serious Events at Work: A Study of Traumatic Stress Among Nurses. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 17(5), s. 321-329. Doi: [10.1177/1078390311418651](https://doi.org/10.1177/1078390311418651).
- Chan, AOM. og Huak, CY. (2004). Influence of work environment on emotional health in a health care setting. *Occupational Medicine*. 54(3), s. 207-212. Doi: [10.1093/occmed/kqh062](https://doi.org/10.1093/occmed/kqh062).



- Clohessy, S. og Ehlers, A. (1999). PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers. *British Journal of Clinical Psychology*. 38(3), s. 251-265. Doi: [10.1348/014466599162836](https://doi.org/10.1348/014466599162836).
- De Boer, J., Van Rikxoort, S., Bakker, AB. og Smit, BJ. (2013). Critical incidents among intensive care unit nurses and their need for support: explorative interviews. *Nursing in Critical Care*. 19(4), s. 166-174. Doi: [10.1111/nicc.12020](https://doi.org/10.1111/nicc.12020).
- Dominguez-Gomez, E. og Rutledge, DN. (2009). Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*. 35(3), s. 199-204. Doi: [10.1016/j.jen.2008.05.003](https://doi.org/10.1016/j.jen.2008.05.003).
- Dyregrov, A. (2002). Katastrofepsykologi. Bergen: Fagbokforlaget.
- Eide, H. og Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 20(2), s. 22-26. [online]. Lastet ned den 15.1.2015, fra <http://www.ajan.com.au/Vol20/Vol20.2-4.pdf>.
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Bokförlaget Natur & Kultur
- Gillespie, GL. og Gates, DM. (2013). Using Proactive Coping to Manage the Stress of Trauma Patient Care. *Journal of Traumatic Nursing*. 20(1), s. 44-50. Doi: [10.1097/JTN.0b013e318286608e](https://doi.org/10.1097/JTN.0b013e318286608e).
- Helps, SL. (1997). Experiences of stress in accident and emergency nurses. *Accident and Emergency Nursing*. 5(1), s. 48-53. Doi: [10.1016/S0965-2302\(97\)90064-3](https://doi.org/10.1016/S0965-2302(97)90064-3).
- Helsepersonelloven. Lov av 1. mai 2015 nr. 64 om helsepersonell. [online]. Lastet ned den 3.5.2015, fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>.
- Hinderer, KA., Von Rueden, KT., Friedmann, E., McQuillan, KA., Gilmore, R., Kramer, B. og Murray, M. (2014). Burnout, Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Secondary Traumatic Stress in Trauma Nurses. *Journal of Trauma Nursing*. 21(4), s. 160-169. Doi: [10.1097/JTN.0000000000000055](https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000055).
- Kalfoss, MH. (2011). Møte med lidende og døende pasienter- sykepleierens møte med seg selv. I: Almås, H., Stubberud, DG. og Grønseth, R (Red.) *Klinisk sykepleie 2*. (s. 475- 499). Oslo: Gyldendal Akademisk

- Kessler, DO., Cheng, A. og Mullan, PC. (2014). Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide. *Annals of Emergency Medicine*. (2014).  
Doi: [10.1016/j.annemergmed.2014.10.019](https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.10.019).
- Kunnskapsbasert praksis. (2012). *Spørsmålsformulering – PICO*. Bergen: Mediesentere, Høgskolen i Bergen. [online]. Lastet ned den 15.3.2015, fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico>.
- Laposa, JM. og Alden, LE. (2003). Posttraumatic stress disorder in the emergency room: exploration of a cognitive model. *Behavior Research and Therapy*. 41(1), s. 49-65.  
Doi: [10.1016/S0005-7967\(01\)00123-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00123-1).
- Lavoie, S., Talbot, LR. og Mathieu, L. (2011). Post-traumatic stress disorder among emergency nurses: their perspective and a 'tailor-made' solution. *Journal of Advanced Nursing*. 67(7), s. 1514-1522. Doi: [10.1111/j.1365-2648.2010.05584.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05584.x).
- Lazarus, RS. og Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lim, BCE. (2011). A systematic literature review: managing the aftermath effects of patient's aggression and violence towards nurses. *Singapore Nursing Journal*. 38(3), s. 6-12. [online]. Lastet ned den 18.3.2015, fra <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=19&sid=64556d69-2ca8-4d30-0add28442b94%40sessionmgr110&hid=110&bdata=JnNpdGU9ZWVvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=ccm&AN=2011322464>.
- Mead, S., Hilton, D. og Curtis, L. (2001). Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 25(2), s. 134-141. Doi: [10.1037/h0095032](https://doi.org/10.1037/h0095032).
- Mealer, ML., Shelton, A., Berg, B., Rothbaum, B. og Moss, M. (2007). Increased prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 175(7), s. 693- 697.  
Doi: [10.1164/rccm.200606-735OC](https://doi.org/10.1164/rccm.200606-735OC).
- Mealer, M., Burnham, EL., Goode, CJ., Rothbaum, B. og Moss, M. (2009). The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depression and Anxiety*. 26(12), s. 1118-1126. Doi: [10.1002/da.20631/abstract](https://doi.org/10.1002/da.20631/abstract).

- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2015). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. [online]. Lastet ned den 12.5.2015, fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartiklar>.
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2015). *PTS*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. [online]. Lastet ned den 18.3.2015, fra <http://www.nkvts.no/tema/Traumer/Sider/Posttraumatisk%20stress,%20PTS.aspx>.
- Niiyama, E., Okamura, H., Kohama, A., Taniguchi, T., Sounohara, M. og Nagao, M. (2009). A survey of nurses who experienced trauma in the workplace: influence of coping strategies on traumatic stress. *Stress and Health*. 25(1), s. 3-9. Doi: [10.1002/smi.1217/abstract](https://doi.org/10.1002/smi.1217/abstract).
- Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. (2015). *Publiseringskanalar*. Bergen: Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. [online]. Lastet ned den 16.3.2015, fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanalar/Forside>
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. [Online]. Lastet ned den 4.5.2012, fra [https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf).
- Orvik, A. (2012). *Organisatorisk kompetanse- i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen.
- Regehr, C., Goldberg G. og Hughes, J. (2002). Exposure to human tragedy, empathy, and trauma in ambulance paramedics. *American Journal of Orthopsychiatry*. 72(4), s. 505-513. Doi: [10.1037/0002-9432.72.4.505](https://doi.org/10.1037/0002-9432.72.4.505).
- Reitan, AM. (2011). Mestring. I: Knutstad, U. (Red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie-sykepleieboken 2. (s. 74-107)*. Oslo: Akribe.
- Rose, SC., Bisson, J., Churchill, R. og Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *The Cochrane Library*. (2), s. 1-51. Doi: [10.1002/14651858.CD000560](https://doi.org/10.1002/14651858.CD000560).
- Skjerdal, ÅS. (2013). *Helsinki-deklarasjonen er revidert*. [online] Lastet ned 27.04.15 fra <https://www.helsebiblioteket.no/for-forskere/helsinki-deklarasjonen-revidert>.

Von Rueden, KT., Hinderer, KA., McQuillan, KA., Murray, M., Logan, T., Kramer, B., Gilmore, R. og Friedmann, E. (2010). Secondary Traumatic Stress in Trauma Nurses: Prevalence and Exposure, Coping, and Personal/Environmental. *Journal of Trauma Nursing*. 17(4), s. 191-200. Doi: [10.1097/JTN.0b013e3181ff2607](https://doi.org/10.1097/JTN.0b013e3181ff2607).

## **8 Vedleggene**

<b>Vedlegg 1 Søkehistorikk .....</b>	<b>38</b>
<b>Vedlegg 2 Acceptability and Implementation of Debriefings After Trauma .....</b>	<b>39</b>
<b>Vedlegg 3 Post-traumatic stress disorder symptoms among emergency nurses:.....</b>	<b>40</b>
<b>Vedlegg 4 The impact of traumatic events on emergency room nurses: .....</b>	<b>41</b>
<b>Vedlegg 5 Secondary Traumatic Stress in Trauma Nurses: .....</b>	<b>42</b>
<b>Vedlegg 6 Using Proactive Coping to Manage the Stress of Trauma Patient Care.....</b>	<b>43</b>
<b>Vedlegg 7 A systematic literature review: .....</b>	<b>44</b>
<b>Vedlegg 8 A survey of nurses who experienced trauma in the workplace: .....</b>	<b>45</b>
<b>Vedlegg 9 Critical incidents among intensive care unit nurses and their .....</b>	<b>46</b>
<b>Vedlegg 10 Coping With Serious Events as Work:.....</b>	<b>47</b>

## Vedlegg 1 Søkehistorikk

Søk	Søkeord	Dato	Database	Årstall F.o.m.	Fulltekst	Antall treff	Leste artikler	Inkluderte artikler
S1	Prevention OR Prevent OR Coping	18.03.15	Cinahl Complete	2000		421 622		
S2	Traumatic stress	18.03.15	Cinahl Complete	2000		13 608		
S3	Nurses OR Nursing	16.03.15	Cinahl Complete	2000		426 215		
S4	Intervention	23.03.15	Cinahl Complete	2000		112 340		
S5	Debriefing OR Debriefings	18.03.15	Cinahl Complete	2000		964		
S6	Implementation	18.03.15	Cinahl Complete	2000		46 977		
S7	S1 AND S2 AND S3	18.03.15	Cinahl Complete	2000	Nei Ja	135 99	14 9	3 4
S8	S1 AND S2 AND S3 AND S4	23.03.15	Cinahl Complete			30	3	1
S9	S2 AND S3 AND S5	18.03.15	Cinahl Complete	2001		15	5	0
S10	S3 AND S5	18.03.15	Cinahl Complete	2000		384		
S11	S3 AND S5 AND S6	18.03.15	Cinahl Complete	2000	Nei Ja	27 11		

## Vedlegg 2 Acceptability and Implementation of Debriefings After Trauma Resuscitation

Referanse	Studiens hensikt	Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans:
<p>Berg, GM., Hervey, AM., Basham-Saif, A., Parsons, D., Acuna, DL. og Lippoldt, D. (2014). Acceptability and Implementation of Debriefings After Trauma Resuscitation. <i>Journal of Trauma Nursing</i>. 21(5), s. 201-8. Doi: <a href="https://doi.org/10.1097/JTN.000000000000006">10.1097/JTN.000000000000006</a>.</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke traume teamenes aksept til innføringen av debriefing. Etter tre måneder med dette programmet ble det vurdert og de skulle også undersøke om personellens oppfatning av sin rolle i traumeteamet hadde endret seg etter disse tre månedene.</p>	<p>Debriefings, Process change og Team communication.</p>	<p>Alt personale i traumeteamet ble invitert til å delta i studien, inkludert leger, sykepleiere, teknikere og farmasøyter. Det ble brukt et kvalitativt spørreskjema ved starten og slutten av de 3 månedene. I løpet av disse månedene hadde personalet strukturerte debriefinger hver uke med ansvarlige møteledere og de hadde også slike møter etter akutte hendelser. Om nødvendig ble aktuelt personell kalt tilbake til avdelingen for debriefing. De som ikke deltok i undersøkelsen før og etter prøveperioden og ikke deltok under debriefingmøtene ble ekskludert fra analysen.</p>	<p>64 ansatte gjennomførte rolleevalueringene og 6 av disse ble ekskludert på grunn av ingen deltakelse i debriefingene. Spørreskjemaet etter prøveperioden viste at deres forståelse for egen rolle, respekt for andre medlemmer og støtte til kollegaer hadde økt. Undersøkelsen viste også forbedringer for at ansatte ville si ifra, gi sine meninger, ta imot tilbakemeldinger og gi tilbakemeldinger. De ansatte evaluerte hverandre til at samarbeidet og effektivitet deres var økt, dermed økt pasientsikkerhet. Undersøkelsen viste også at det var blitt bedre kommunikasjon. 76% mente at de strukturerte debriefingene burde fortsette i avdelingen.</p>	<p>Vi vil bruke den til å vise at debriefing gir ansatte mulighet til å øyeblikkelig reflektere over egen prestasjon, oppdage problemer og diskutere forbedringspotensialer. Debriefing førte til bedre kommunikasjon, rolleforståelse, samarbeid, pasientsikkerhet og forståelse for behovet for debriefing. Debriefing kan bidra til et mer åpent arbeidsmiljø hvor det er greit å ta opp problemer og lettere å snakke ut om vanskelige situasjoner.</p>

### Vedlegg 3 Post-traumatic stress disorder symptoms among emergency nurses: their perspective and a 'tailor-made' solution

Referanse	Studiens hensikt/mål	Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans
<p>Lavoie, S., Talbot, LR. og Mathieu, L. (2011). Post-traumatic stress disorder among emergency nurses: their perspective and a 'tailor-made' solution. <i>Journal of Advanced Nursing</i>. 67(7), s. 1514-1522. Doi: <a href="https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05584.x">10.1111/j.1365-2648.2010.05584.x</a>.</p>	<p>Hensikten med denne studien var å identifisere støtteaktiviteter for sykepleiere som hadde opplevd traumatiske hendelser i ett akuttmottak. I den hensikt å forebygge PTSD. Studien hadde 4 delmål; beskriv situasjonene, beskriv PTSD, beskriv støtteaktivitetene som er i bruk og finn de mest gunstige støtteaktivitetene.</p>	<p>Action research, Early intervention, Emergency room nurses, Organizational health, Post-traumatic stress disorder, Qualitative research og Trauma exposure.</p>	<p>Det er blitt brukt en kvalitativ søksmodell: Guba and Lincoln's fourth generation evalueringsmodell. Et sosiodemografisk spørreskjema og en intervjuguide ble utviklet av et forskningsteam. Nesten alle som deltok var kvinner, med en gjennomsnittsalder på 37 år. 2/3 jobbet fulltid på dagtid. Over halvparten hadde en bachelor. Gjennomsnittlig 13 års sykepleiererfaring, inkludert 7 år på akuttmottaket.</p>	<p>Denne studien var svært nyttig for de deltakende medisinske sentrene, ettersom det nå har blitt designet et program spesielt for akutt sykepleierne. De deltakende sykepleieren syntes det var betryggende å vite at de ikke var de eneste som gjennomgikk slike situasjoner. Forskningsprosessen har vært en mulighet for sykepleierne å dele nyttige stressmestringsteknikker med hverandre. Den mest etterlyste støtten var det helt grunnleggende, som å snakke med kollegaer og å føle seg lyttet til. Selv om dette var tilgjengelig for sykepleierne var det likevel mest etterspurt.</p>	<p>Artikkelen kommer til samme konklusjon som annen forskning i forbindelse med viktigheten av støtten fra kollegaer. Dette er et tilbud, men blir tydeligvis ikke prioritert nok. Hvorfor har de ikke strukturert debriefing? Hvorfor har de ikke oftere samtalegrupper?</p>



## Vedlegg 4 The impact of traumatic events on emergency room nurses: Findings from a questionnaire survey

Referanse	Studiens hensikt	Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans
<p>Adriaenssens, J., de Gucht, V. og Maes, S. (2012). The impact of traumatic events on emergency room nurses: Findings from a questionnaire survey. <i>International Journal of Nursing Studies</i>. 49(11), s. 1411-1422. Doi: <a href="https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.003">10.1016/j.ijnurstu.2012.07.003</a>.</p>	<p>Denne studien utforsker hvor ofte og hvilke traumatiske hendelser sykepleiere i akuttmottak opplever. Hvor mange prosent av disse melder inn symptom på PTSD, angst, depresjon, somatiske plager, utmattelse og søvnforstyrrelser? Og sammenhengen mellom traumatiske hendelser, mestring og sosial støtte i forhold til PTSD symptomer, psykiske plager, somatiske plager, utmattelse og søvnforstyrrelser.</p>	<p>Emergency nursing, Traumatic stress disorder, Post-traumatic stress disorder, Anxiety, Depression, Somatic complaints, Fatigue, Psychological adaptation, Social support og Professional burnout.</p>	<p>Sykepleiere på 15 akuttmottak i belgiske sykehus ble invitert til å delta i en spørreundersøkelse, avdelingsledere ble ekskludert. 302 sykepleiere ble invitert til å delta og av disse, svarte 248.</p>	<p>At barn og mindreårige døde eller ble alvorlig skadet hadde størst traumatiserende effekt på sykepleierne. Nesten en tredjedel hadde symptomer på angst, depresjon og somatiske plager. 8,5% oppfylte de kliniske kravene til PTSD. Forekomsten av utmattelse var stor, men ble ikke direkte relatert til traumatiske hendelser. Problemfokuset mestring ble relatert til en reduksjon i mengden psykologiske plager og utmattelse. Sosial støtte fra kollegaer og avdelingsleder viste seg å ha en forebyggende effekt på forekomsten av PTSD symptomer.</p>	<p>Denne artikkelen konkluderer med at sykepleiere i akuttmottak er spesielt utsatt for post-traumatiske stressreaksjoner. Dette påvirker ikke bare sykepleierne personlig, men kan også påvirke kvaliteten på pleien de gir. Studien anbefaler å bruke og forske mer på støttende, empatisk og forutseende lederskap, lage avdelinger eller rom hvor sykepleierne kan koble av og tilby kognitiv terapi og psykisk rådgiving for sykepleierne på forespørsel. Dette kan vi bruke som tiltak for å forebygge stressreaksjoner.</p>

## Vedlegg 5 Secondary Traumatic Stress in Trauma Nurses: Prevalence and Exposure, Coping, and Personal/ Environmental Characteristics

Referanse	Studiens hensikt	Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans
<p>Von Rueden, KT., Hinderer, KA., McQuillan, KA., Murray, M., Logan, T., Kramer, B., Gilmore, R. og Friedmann, E. (2010). Secondary Traumatic Stress in Trauma Nurses: Prevalence and Exposure, Coping, and Personal/ Environmental. <i>Journal of Trauma Nursing</i>. 17(4), s. 191-200. Doi: <a href="https://doi.org/10.1097/JTN.0b013e3181ff2607">10.1097/JTN.0b013e3181ff2607</a>.</p>	<p>Hensikten var å utforske forekomsten av STS hos sykepleiere som arbeidet i et sivilt traumesenter og sammenhengen mellom STS og eksponering, mestringsstrategier, personlige egenskaper og miljøfaktorer.</p>	<p>Secondary traumatic stress, Posttraumatic stress, Trauma nurses og Vicarious trauma.</p>	<p>Alle sykepleierne ved et traumesykehus i Maryland, USA, ble invitert til å delta i en anonym spørreundersøkelse. De som ikke hadde pasientkontakt i sin hverdag ble ekskludert. 262 ble invitert og 128 (49%) svarte. Spørreundersøkelsen ble utlevert sammen med lønnen deres og svarene kunne leveres i spesielle avleveringsbokser rundt om på sykehuset. Spørreundersøkelsen bestod av en demografisk undersøkelse og "Penn Inventory" for å undersøke forekomsten og alvorligheten av traumatisk stress.</p>	<p>Den støtten som ble mest brukt og høyest rangert var familien, venner på andre plass og kollegaer på tredje. Over 85% av sykepleierne rangerte forholdet til sine kollegaer som 4 og 5 på en skala fra 1 til 5, hvor 5 var best. De formene for stressavlastning som ble mest brukt var hobbyer og trening. 9 sykepleiere (7%) oppfylte indikasjonen for STS på "Penn inventory"-testen. 16 sykepleiere (11%) hadde mellom 30 og 35 poeng, &gt;35 poeng indikerte STS.</p>	<p>Når en sammenlignet de med STS og de uten, så en store forskjeller i mengden av støtte og bruk av stress avlastning. De med STS hadde mindre sannsynlighet for å søke støtte fra familie og venner. Det var færre av de med STS som deltok på hobbyer og flere som brukte medisiner for å kompensere for stresset. De med STS brukte adskillig færre og dårligere støttefunksjoner i motsetning til de uten STS, men det var ingen forskjeller mellom gruppene når det gjaldt forhold til kollegaene. Artikkelen drar frem viktigheten av støtte fra familie, venner og kollegaer og stressavlastning i form av hobbyer og trening.</p>

## Vedlegg 6 Using Proactive Coping to Manage the Stress of Trauma Patient Care

Referanse	Studiens hensikt	Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans
Gillespie, GL. og Gates, DM. (2013). Using Proactive Coping to Manage the Stress of Trauma Patient Care. <i>Journal of Traumatic Nursing</i> . 20(1), s. 44-50. Doi: <a href="https://doi.org/10.1097/JTN.0b013e318286608e">10.1097/JTN.0b013e318286608e</a> .	Hensikten med denne studien var å finne ut av hvilke forebyggende tiltak sykepleiere brukte for å unngå traumatisk stress. Hva var mest effektivt og hva var forholdet mellom forebyggende tiltak og forekomst.	Emergency nurse, Proactive coping, Trauma patient care og Traumatic stress.	Det ble brukt en tverrsnittsforskende korrelasjonsdesign for å teste hypotesen. Et tilfeldig utvalg på 2300 sykepleiere, av Emergency Nurses Associations 40 000 registrerte sykepleiere, ble invitert til å delta i studien. 165 svarte at de ville delta, 28 av disse ble ekskludert på grunn av at de svarte på under 90% av spørsmålene under minst ett tema. Det ble altså en studie basert på 137 svar.	Det var ingen deltakere med en sporadisk bruk av mestringsstrategier. En moderat bruk av mestringsstrategier skjedde hos 44 deltakere. Flertallet hadde en jevn bruk av mestringsstrategier (67,9%). I denne studien er det mulig at sykepleierne brukte mestringsstrategier, men de kan også ikke ha brukt det på grunn av en økt tilstand av stress eller et tilbakefall av påtrengende bilder. Imidlertid er det like mulig at de proaktive mestringsstrategiene faktisk var effektive, og uten å bruke dem kunne denne relativt lave scoren vært betydelig høyere. Spesielt siden alle stress situasjonene i denne studien var knyttet til omsorgen for traumepasienter. Denne antakelsen av effektiv mestring er støttet av det faktum at sykepleiere i denne studien har en høyere kumulativ personlig traumescore enn i en annen undersøkelse, der deltakerne ofte ble diagnostisert med traumatisk stresslidelse.	Tre tiltak var signifikant brukt av sykepleiere; planlegging og forberedelse av situasjoner før de handlet, tilrettelegging for å kunne håpe på det beste utfallet og før de gikk inn i tøffe scenarioer, så de for seg suksess scenarioer. Disse var mest brukt og de som brukte disse hadde minst forekomst av traumatiske stress symptomer.

## Vedlegg 7 A systematic literature review: Managing the aftermath effects of patient's aggression and violence towards nurses

Referanse	Studiens hensikt	Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans
<p>Lim, BCE. (2011). A systematic literature review: managing the aftermath effects of patient's aggression and violence towards nurses. <i>Singapore Nursing Journal</i>. 38(3), s. 6-12. [online]. Lastet ned den 18.3.2015, fra <a href="http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=19&amp;sid=64556d69-2ca8-4d30-9452-0add28442b94%40sessionmgr110&amp;hid=110&amp;bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=ccm&amp;AN=2011322464">http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=19&amp;sid=64556d69-2ca8-4d30-9452-0add28442b94%40sessionmgr110&amp;hid=110&amp;bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=ccm&amp;AN=2011322464</a>.</p>	<p>Hva er den beste evidensbaserte praksisen for å håndtere resultatene av pasienter som er aggressive eller voldelige eller begge deler mot sykepleiere?</p>	<p>Patient assault, Aggression, Violence, Nurse victim, Intervention, Management, Mental health og Psychiatry.</p>	<p>Prosjektet brukte en to-steps metode for å finne relevante artikler. Det første steget var å gå gjennom titlene og abstraktene til elektroniske tekster. Studiene ble inkludert om de hadde tiltak som påvirket de negative reaksjonene for sykepleiere etter aggresjon eller vold, metodiske og empiriske studier om tiltak for avdelingsledere som blir utsatt for vold eller aggresjon og kvalitative studier som fokuserte på sykepleieres erfaringer med tiltak mot de negative reaksjonene på aggressive eller voldelige pasienter. Det andre steget gikk ut på å undersøke hele artikkelen og de som viste seg å ikke ha noen av de tre inklusjonskriteriene ble ekskludert.</p>	<p>Studien identifiserte tre hovedtema; formell kriseintervensjon, uformell peer support og trening av ansatte som anbefalte tiltak for å forebygge negative reaksjoner etter trusler og vold mot sykepleiere. Det blir bevist at majoriteten av sykepleierne stolte på å kunne få peer support fra kollegaer og sykepleiere med mer erfaring for å kunne mestre hendelsene. Formell støtte burde være tilgjengelig etter voldelige hendelser. Debriefing og veiledning ble funnet å være effektive og var de mest populære intervensjonene.</p>	<p>Det som er relevant for vår oppgave er det at studien viser at peer support, støtte fra kollegaer og debriefing er tiltak som blir anbefalt som forebyggende for sykepleiere etter trusler og vold. Debriefing beroliger sykepleierne og gir dem støtte. Det ble funnet et lavere nivå av stress symptomer når debriefing var et alternativ.</p>

**Vedlegg 8 A survey of nurses who experienced trauma in the workplace: influence of coping strategies on traumatic stress.**

Referanse	Studiens hensikt	Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans
Niiyama, E., Okamura, H., Kohama, A., Taniguchi, T., Sounohara, M. og Nagao, M. (2009). A survey of nurses who experienced trauma in the workplace: influence of coping strategies on traumatic stress. <i>Stress and Health</i> . 25(1), s. 3-9. Doi: <a href="https://doi.org/10.1002/smi.1217/abstract">10.1002/smi.1217/abstract</a> .	Hensikten med denne studien var å karakterisere traumer hos sykepleiere på arbeidsplassen basert på tre aspekter: direkte erfaring, vitne til en opplevelse og læring av en opplevelse, og å klargjøre mestringsstrategier som demper eller griper inn på traumatisk stress.	Coping, Nurse, Trauma, Traumatic stress.	782 sykepleiere som arbeidet på fem somatiske sykehus og et universitetssykehus i Japan deltok i studiet. Det ble delt ut et spørreskjema til de som deltok. Respondentene ble bedt om å spesifisere området hvor traumet oppsto, på avdelingen eller poliklinikken. Traumatisk stress, som oppsto rett etter hendelsen, ble målt ved bruk av Japanese version of the Impact of Event Scale- Revised (IES-R). I en tidligere studie, brukte Niiyama et beskrivende spørreskjema for å undersøke hvordan sykepleierne taklet traumer på arbeidsplassen sin. Det ble valgt ut 29 konkrete mestringsstrategier som kunne være nyttig i arbeidet med ulike traumet.	Resultatet i denne studien konkluderer med at et taktskifte fører til forbedring av traumatisk stress. Positive tiltak er en mestringsstrategi som kan se ut som hindrer stressreaksjoner fra å minke. Stressreaksjonene har blitt redusert etter å ha brukt en kombinasjon av mestringsstrategier.	Det å kunne ha en hobby eller en aktivitet som får tankene over på noe annet er veldig relevant for vår oppgave. Det viser seg at det å avlede tankene i ny og ne, og ikke kontinuerlig tenke over det som har skjedd, er gunstig. Det er ønskelig at det blir utført flere undersøkelser med et større utvalg for å få bedre pålitelighet blant sykepleiere.

## Vedlegg 9 Critical incidents among intensive care unit nurses and their need for support: explorative interviews

Referanse	Studiens hensikt	Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans
De Boer, J., Van Rikxoort, S., Bakker, AB. og Smit, BJ. (2014). Critical incidents among intensive care unit nurses and their need for support: explorative interviews. <i>Nursing in Critical Care</i> . 19(4), s. 166-174. Doi: <a href="https://doi.org/10.1111/nicc.12020">10.1111/nicc.12020</a> .	Hvilke kategorier av arbeidsrelaterte hendelser ble oppfattet som mest stressende? Hva er sykepleiernes reaksjoner og mestringspreferanser etter deres mest kritiske hendelse? Og til hvilken grad sjekket kollegaer eller veiledere, sykepleiernes behov for støtte etter traumatiske hendelser?	Critical incidents, Health care providers, Nurses, Post-traumatic stress og Work-related stress.	Studien ble utført på en intensiv avdeling på et universitetssykehus i Nederland. Ansikt til ansikt, ble semi-strukturerte intervjuer som varte i en halvtime gjennomført. En intervjuordning, basert på målene for studien og forventede stressreaksjoner, guidet intervjuene. Dette er altså en kvalitativ studie.	Dødsfall hvor sykepleieren identifiserte seg med pasienten eller dens pårørende var det mest stressende. Sykepleierne reagerte profesjonelt etter kritiske hendelser. Etterpå begynte fysiske, følelsesmessige, og atferds reaksjoner å komme fram. De snakket om hendelsen til kollegaer. De tenkte ofte på det som hadde skjedd, men drømte ikke om den eller unngikk påminnelser om hendelsen. Å få tilstrekkelig støtte fra kollegaer eller veiledere etter kritiske hendelser varierte stort: fra å få støtte i 100% av tilfellene, til kun 10%. For noen sykepleiere var støtte vanligvis tilstrekkelig, mens andre hadde behov for ekstra støtte. Ved siden av et lyttende øre og spørsmål om hendelsen, ble medfølelse nevnt som svært verdifullt. Også negative reaksjoner ble nevnt, som følelsen av å ikke bli hørt, beskyldende anmerkninger eller å bli kalt hysterisk. Kollegaer bør unngå slike situasjoner, fordi et negativt sosialt miljø eller negativ vurdering av sosial støtte er en enda sterkere prediktor for varige PTSD-symptomer enn mangel på sosial støtte.	Artikkelen konkluderer med at det må fokuseres mer på åpen kommunikasjon. Få et mer åpent arbeidsmiljø. Få til et kollegialt støttesystem, for eksempel med regelmessig debriefing eller støttegrupper. Og sist men ikke minst ha faste evalueringer av om noen ansatte trenger profesjonell hjelp. Alt dette kan vi inkludere i tiltakene våre for å forebygge traumatisk stress.

## Vedlegg 10 Coping With Serious Events at Work: A Study of Traumatic Stress Among Nurses

Referanse	Studiens hensikt	Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans
Buurman, B., Mank, A., Beijer, H. og Olf, M. (2011). Coping With Serious Events at Work: A Study of Traumatic Stress Among Nurses. <i>Journal of the American Psychiatric Nurses Association</i> . 17(5), s. 321-329. Doi: <a href="https://doi.org/10.1177/1078390311418651">10.1177/1078390311418651</a> .	Målet med denne studien var å beskrive hendelsene og antall alvorlige hendelser sykepleierne møter deres subjektive reaksjoner på disse alvorlige hendelsen og å undersøke hvilke faktorer som var uavhengig assosiert med traumatisk stress etter en alvorlig hendelse.	Posttraumatic stress disorder, Violence/aggresjon og Inter-professional issues.	Studien ble utført på et universitetssykehus i Amsterdam. Alle sykepleierne som jobbet på medisinske sengeposter ble invitert til å delta. (108). Studien baserte seg på to spørreskjemaer. 72 deltok, men 3 ble ekskludert på grunn av ufullstendig utfyllelse av skjemaene. 77% var kvinner og 23% var menn. Dette er altså en kvantitativ undersøkelse.	Det viste seg at sykepleierne hadde et gjennomsnitt på åtte alvorlige hendelser i løpet av de siste fem årene, og 98% av sykepleierne hadde opplevd minst en hendelse hvor de opplevde traumatisk stress. Aktiv mestring, sosial støtte og lindrende tiltak ble uavhengig assosiert med traumatisk stress når antall alvorlige hendelser ble kontrollert for. Disse mestringsstilene forklarte 32.7% av variansen i traumatisk stress. Denne forskningen analyserte de alvorligste hendelsene som oftest har opphav til traumatisk stress. Det bør bemerkes at hendelser som truer integriteten til sykepleier (fysisk aggresjon, uønsket intimitet og verbal aggresjon) var de hendelsene som var mest traumatiske. I denne studien kan en tredjedel av variansen ved traumatisk stress forklares ved mestringsstrategiene som blir brukt av sykepleiere. Lindrende tiltak og det å søke sosial støtte økte sannsynligheten for at hendelsen ble oppfattet som traumatisk mens aktiv mestring beskytter mot traumatisk stress.	Det som er spesielt med denne artikkelen er at den konkluderer med at sosial støtte øker sannsynligheten for å oppfatte en hendelse som traumatisk. Er det fordi sykepleierne får så mye støtte at de til slutt tenker at situasjonen var mer traumatisk enn den egentlig var? Eller er det fordi den sosiale støtten var uorganisert, kom på feil tidspunkt eller feil sted?