



Randi-Ann Rake Hoffart, klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie, Modum Bad

Sigrid Holm Larsen, klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie, Modum Bad

Karin Isaksson Rø, spesialist i arbeidsmedisin, PhD, Modum Bad

Hjelper utbrente sykepleiere

Veiledningskurs for utbrente sykepleiere minsket stress og økte arbeidslysten.

Stress og utbrenthet hos sykepleiere kan få negative konsekvenser for pasientbehandling, teamarbeid og enkeltindivider. Et veiledningsprogram om stress og utbrenthet ble derfor gjennomført for seks grupper med ansatte ved Drammen sykehus, Vestre Viken HF i 2010. I denne artikkelen vil vi beskrive arbeidsmodellen, presentere deltakernes temaer for veiledning og diskutere gruppeprosessen. Deltakerne rapporterer økt trivsel og kvalitet på det daglige arbeidet etter endt veiledning, framfor alt basert på økt innsikt i egne behov som leder til konkrete endringer i arbeidssammenheng. Dette bidrar til profesjonalisering av arbeidet i form av økt kunnskap, bedre pasientbehandling og økt samarbeid kolleger imellom. Vi tror at flere sykehus og grupper av helsearbeidere kan dra nytte av disse erfaringene.

Økt stress

Sykepleieryrket er preget av ansvar og omsorg for mennesker med ulike lidelser, og måten arbeidet utøves på har en direkte innvirkning på pasientbehandling og kommunikasjon med pasienter (1). Stress og utbrenthet kan påvirke yrkesutøvelsen

på en negativ måte både kvalitativt og ved økt sykefravær (1-4). Flere studier rapporter økning i stressrelaterte plager for denne gruppen (5-7). Det er derfor viktig å etablere forebyggende tiltak for å hindre utvikling av utbrenthet hos den enkelte sykepleier med påfølgende belastning for arbeidsmiljøet.

Utbrenthet

Utvikling av stress og stressrelaterte tilstander som utbrenthet, kan forstås som et resultat av en langvarig ubalanse mellom krav til den enkelte og vedkommendes kontroll over egen arbeidssituasjon (8). Kristensen har pekt på at opplevd sosial støtte kan motvirke utviklingen av stressrelaterte plager (9). Kombinasjonen av høy grad av arbeidsrelatert stress, lav grad av kontroll og liten grad av sosial støtte kan altså øke risikoen for utbrenthet. Utbrenthet karakteriseres av emosjonell utmattelse, følelsesmessig distansering og på lengre sikt en opplevelse av redusert arbeidskapasitet (10).

Tiltak

Flere nyttige tiltak er utviklet for sykepleiere som erfarer slitenhet og utbrenthet (11-16). De fleste av disse er imidlertid etablert for individuell tilnærming, løstrevet fra arbeidssituasjonen, og effekten kan derfor svekkes når mye av årsaken er forhold på arbeidsplassen, som for eksempel uavklarte roller og fastlåste konflikter (15). Forebyggende tiltak mot slitenhet og utbrenthet blant sykepleiere vil derfor være viktig å gjennomføre i en arbeidssammenheng, der slike forhold belyses og der man kan utvikle kollegial sosial støtte (17).

Forebygging

Forebygging betyr å gi hjelp – i tide. Hjelpen rettes mot de forhold man vet kan ramme den enkelte sykepleier og arbeidsmiljøet i sin helhet. Det er viktig

å adressere risikofaktorer både på individ- og gruppenivå. For at forebyggende tiltak skal ha effekt har det vist seg viktig å utvikle kunnskap basert på relasjonelle erfaringer og ikke bare på teoretisk kunnskap (18). Det betyr at gruppesamlinger der man tar utgangspunkt i deltakernes egne erfaringer er en nyttig forebyggingsmetode. Gruppeveiledning vil derfor være et egnet virkemiddel. Det vil gjøre det mulig å tematisere arbeidsrelatert stress i utgangspunkt i egen situasjon.

Kurs

Ressurssenteret for helsepersonell, Villa Sana ved Modum Bad, har lang erfaring med kursvirksomhet for forebygging av slitenhet og utbrenthet blant sykepleiere som oppsøker senteret individuelt. En evaluering av dette tilbudet viste at deltakerne på kursene hadde lavere nivå av utbrenthet ett år etter kurset, men evalueringen viste også at vedvarende konflikter på arbeidsplassen kunne hindre bedring (15,16). I Sverige er det utviklet et tilbud for helsepersonell med rådgivning på arbeidsplassen over ti uker. Deltakerne i tilbudet rapporterte reduksjon i utmattelse, mindre kvantitativ arbeidsbelastning og bedring i opplevd generell helse. De opplevde også økt støtte i arbeidssituasjonen (17).

Med bakgrunn i disse erfaringene ønsket vi å utvikle og prøve ut et program for forebygging av stress og utbrenthet, i form av veiledningsgrupper lokalisert til arbeidsplassen. En modell for gruppeveiledning ble utviklet og tatt i bruk ved Sykehuset Buskerud, nå Drammen sykehus, Vestre Viken HF i 2010. Vi vil her presentere modellen og deltakernes erfaringer i slike veiledningsgrupper.

Veiledningsmodellen

Veiledningsgruppene gikk over ti uker med gruppesamling to timer per uke, samt en oppfølgingsamling over to timer fire uker etter avslutning.

Hovedbudskap

Kollegial veiledning rettet mot stress og utbrenthet øker trivselen og kvaliteten på arbeidet blant sykepleiere. Men veiledning gir først og fremst muligheter for bedre selvaretakelse.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.
» Arbeidsbelastning » Stress » Utbrent » Veiledning



TRENGER HJELP: Stress og utbrenthet hos sykepleiere kan få alvorlige konsekvenser både for dem selv og pasienter. Arkivfoto: Erik M. Sundt

Rekrutteringen til gruppene skjedde ved at avdelingssykepleierne forespurte sine medarbeidere om de ville delta. Dette resulterte i seks grupper med åtte deltakere i hver, hovedsakelig sykepleiere og noen hjelpepleiere.

Veiledningen var hovedsakelig rettet mot det enkelte deltaker og gruppen opplevde at skapte stress og slitenhet. I første gruppeøkt ble disse aspektene kartlagt ved å spørre: Hva tror du bidrar til utbrenthet for deg; ut fra et samfunnsperspektiv, arbeidsperspektiv og personlig perspektiv. Svarene ble bearbeidet til en oversikt over temaer man senere skulle ta utgangspunkt i for gruppeveiledningene.

Målet for veiledningsgruppene er bevisstgjøring av egen situasjon, motivasjon til å ivareta egen helse, styrke arbeidsfelleskapet og senke konfliktnivået på arbeidsplassen.

Struktur

Hver veiledningsøkt fulgte en bestemt struktur for å skape retning og for å støtte opp under elementene som erfaringsmessig gir endring i veiledning. Veiledningsøkten startet med 20 minutters oppmerksomhetstrening. Oppmerksomhetstrening er en metode som styrker selvinntoning. Med denne treningen kan man lære seg å oppdage, kjenne igjen, forstå og forholde seg til det som pågår i og omkring en selv. Det gir en forståelse for det som

er til stede gjennom å rette oppmerksomheten mot her og nå (19).

Deretter valgte gruppen dagens tema for refleksjon der deltakerne arbeidet individuelt, to og to, og med felles erfaringsrunder. Egne fokuseringer ble tydeliggjort, og den enkelte ble oppfordret til å gjøre oppdagelser og utprøving til neste gruppeøkte. Hver økt ble avsluttet med en runde, hvor den enkelte deltaker uttrykte hva dagens veiledning ga av mening og hvordan man mente gruppen hadde jobbet den dagen, noe som virket ansvarliggjørende, bevisstgjørende og befestende (20).

Neste veiledningsøkt starter med at man deler erfaringene fra forrige gang. En slik sirkulær prosess gir kontinuitet og rekonstruksjon av erfaring som fører til kunnskapsutvikling både individuelt og på gruppeplan. Den kontinuerlige prosessen med konkret erfaring, observasjon og refleksjon, konseptualisering og aktiv eksperimentering blir en læringsprosess i relasjon til gruppen man deltar i (21).

Temaer

Vi vil nå presentere hvilke temaer for veiledning gruppene tok opp, oppsummert fra alle gruppene, og illustrert med sitater fra gruppedeltakere. Utsegnene er anonymisert ved at navn er fingerte. Vi vil deretter drøfte gruppeprosessen og presentere den kvalitative tilbakemeldingen fra deltakerne.

I den første veiledningsøkten drøftet gruppene hvilke forhold som bidro til økt risiko for utbrenthet. Vi presenterer her temaene som kom opp i gruppene. De er delt inn i tre kategorier etter stressutviklingsmodellen som Karasek og Theorell har presentert (8) og Kristensen senere har modifisert (9): krav, kontroll og støtte. For hver kategori gis konkrete eksempler som deltakerne hentet fra sin kliniske hverdag.

«Jeg går konstant med dårlig samvittighet.»

Temaer som omhandler krav:

- › Arbeidspres: store krav, fleksibilitet, opplæring av «andre» parallelt med egne oppgaver
- › Faglig ansvar: være faglig oppdatert, kjenne prosedyrer og arbeidsoppgaver, møte pasientbehov
- › Tidspres: nedbemanning, omorganisering, effektivisering

Da Jytte kom til første veiledning, sa hun at det føltes som om hun hadde en indre trykkoker. Hun var irritert, ble fort sint både på jobb og hjemme. «Jeg går konstant med dårlig samvittighet. Etter at avdelingene er slått sammen er tempoet for høyt for meg, jeg rekker ikke alt. Forventningspresset fra pasienter, pårørende



og leder er så stort at jeg blir stresset av det. Jeg ønsker å gjøre en god jobb og har jo også høye krav til meg selv.»

Temaer som omhandler kontroll:

- › Uklar kommunikasjon av funksjon og ansvar
- › Mangler kontroll over arbeidet, klarer ikke å prioritere oppgaver
- › Redd for å gjøre feil, innvendig kribling, irritasjon og sinne
- › Irritabel hjemme, spiser dårlig, sover dårlig

Asta fortalte at sykepleierne på avdelingen blir bedt om å hjelpe til på andre avdelinger hvis de trenger hjelp der. Hun ble redd for å gjøre feil på grunn av manglende erfaring med andre avdelingers arbeid. «Jeg gruer meg allerede kvelden før og får ikke sove. Jeg er jo trygg el-

personlige og organisatoriske faktorer vil fungere beskyttende når man møter nye utfordringer og vil bidra til å dempe risikoen for utbrenthet.

Krav og støtte

Temaer som handlet om store krav i jobben kombinert med sterke indre krav til eget arbeid viste seg å øke stress. Dersom man opplever liten handlefrihet vil dette skape stress og frustrasjon hos den enkelte. Karasek hevder at helse og velvære i jobben avhenger av kravene som stilles og muligheten man har til å kontrollere situasjonen (8). I en gruppe hvor deltakerne blir fortrolig med egne og andres krav, egen og andres myndighet og arbeidsmiljøets ressurser vil opplevelsen av stress kunne reduseres.

Manglende støtte var et problem som stadig ble tatt opp av deltakerne. I gruppene viste det seg at tryggheten som oppsto gjorde det mulig å gi hverandre tilbakemeldinger, bekreftelse og utvikle en mer lyttende holdning. Det å bli anerkjent kan ha stor betydning for at følelsesmessige forhold kan takles på en ny måte. Modellen åpner også for instrumentell støtte som kan dreie seg om konkrete råd. Optimal sosial støtte kan øke mestringsfølelse og redusere opplevelsen av stress (9).

Mestring

Gjennom veiledningsgruppen så mange at de kunne mestre og fikk dermed tillit til seg selv. Oppdagelse av mestring i fellesskap med andre gjør at positive mestringsstrategier som å innhente kunnskap, si ifra, søke støtte og øve på det jeg ikke får til kan utvikles og brukes i nye situasjoner.

I denne veiledningsmodellen nærmer vi oss problemområder på en undersøkende måte. Vi prøver ikke å løse problemene, men å løse dem opp og å se dem fra ulike perspektiver. Det er viktig å oppdage egen og andres forståelse av situasjonen. Dette er en arbeidsmåte som fritar fra å prestere. Den enkelte øver opp nysgjerrighet i forhold til hvordan en selv forholder seg i problemsituasjonen. På denne måten kan man oppdage nye mønstre og gjøre mer bevisste valg på å bryte uheldige mønstre (23). Deltakerne har bevisst brukt oppdagelser og erfaringer fra veiledningsgruppen i sitt etterfølgende arbeid i avdelingen.

Konklusjon

Tilbakemeldingene fra deltakerne viser at veiledningen, som er rettet mot stress og utbrenthet ser ut til å øke trivsel og kvaliteten av det daglige arbeidet. Først og fremst gir veiledningen muligheter for bedre selvivaretagelse. Det vil si at man kan se egne behov og gjøre adekvate personlige end-

ringer som også viser seg i arbeidssammenheng. Økt mestringsfølelse gir bedre kontroll over eget arbeid. Med realistiske krav til seg selv og bevissthet om hva organisasjonen kan forvente ser ut til å fungere som en buffer mot utbrenthet. Personlige erfaringer i gruppen viste at sykepleierne i ettertid søkte den støtten de trengte. Metoden kan således bidra til en profesjonalisering av arbeidet i form av økt kunnskap, bedre pasientbehandling og økt samarbeid kollegaer imellom. ■■■

Vi vil takke alle som har deltatt i undersøkelsen. Prosjektet er støttet av ExtraStiftelsen Helse og Rehabilitering med Extra-midler.

REFERANSER

1. Parker PA, Kulik JA. Burnout, self- and supervisor-rated job performance, and absenteeism among nurses. *Journal of Behavioral Medicine*. 1995;16: 581-99.
2. Steward L, Hunt J, Hagen S, Macleod M, Ball J. The relationship between UK hospital nurse staffing and emotional exhaustion and job dissatisfaction. *Journal of Nursing Management*. 2005;13: 51-60.
3. Davey M, Cummings G, Newburn-Cook C, Lo E. Predictors of nurse absenteeism in hospitals: a systematic review. *Journal of Nursing Management*. 2009;17:312-30.
4. Hayes LJ, O'Brien-Pallas L, Duffield C, Shamian J, Buchan J, Hughes F, et al. Nurse turnover: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 2006;43: 237-63.
5. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA, Busse R, Clarke H, et al. Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*. 2001;20: 43-53.
6. Gardulf A, Soderstrom IL, Orton ML, Eriksson LE, Arnetz B, Nordstrom G. Why do nurses at a university hospital want to quit their jobs? *Journal of Nursing Management*. 2005;13: 329-37.
7. Olkinuora M, Asp S, Juntunen J, Kauttu K, Strid L, Aarimaa M. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*. 1990; 25:81-6.
8. Karasek R TT. *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York, 1990.
9. Kristensen TS. The demand-control-support model: Methodological challenges for future research. *Stress Medicine*. 1995;11: 17-26.
10. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*. 1981;2:99-113.
11. van der Klink JJ, Blonk RW, Schene AH, van Dijk FJ. The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health*. 2001;91: 270-6.
12. van der Hek H, Plomp HN. Occupational stress management programs: a practical overview of published effect studies. *Occupational Medicine (Oxford)*. 1997;47: 133-41.
13. Marine A, Ruotsalainen J, Serra C, Verbeek J. Preventing occupational stress in health-care workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006; CD002892-.
14. Mimura C, Griffiths P. The effectiveness of current approaches to workplace stress management in the nursing profession: an evidence based literature review. *Occupational and Environmental Medicine*. 2003;60(1): 10-5.
15. Isaksson Rø K, Gude T, Tysse R, Aasland O. A self-referral preventive intervention for burnout among Norwegian nurses: One-year follow-up study. *Patient Education and Counseling*. 2010;78: 191-7.
16. Borge L, Hoffart RA, SHL. Preventive interventions: Evaluation of a course for burnout prevention among nurses. (Forebyggende helsearbeid: Evaluering av forebyggingskurs mot utbrenthet for sykepleiere). *Sykepleien*. 2004;1:29-33.
17. Peterson U, Bergstrom G, Samuelsson M, Asberg M, Nygren A. Reflecting peer-support groups in the prevention of stress and burnout: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;63(5): 506-16.
18. Downton SB. Leadership in medicine: where are the leaders? *Medical Journal of Australia*. 2004;181: 652-4.
19. Kroese A. Oppnå mer med mindre stress i oppmerksomhetstrening. Oslo: Hegnar Media; 2005.
20. Tveiten S. *Veiledning – mer enn ord*. Bergen: Fagbokforlaget; 2002.
21. Kolb D. *Experiential learning: Experience as the source of Learning and Development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1984.
22. Grenstad N. *Å lære er å oppdage*. Oslo: Didakta; 2002.
23. Hoffart A. Fra følelser via tanker til skjemaposisjoner. En skjemamodell for psykiske problemer og psykoterapi. In: Dalsgaard Axelsen E, Hartman E, editors. *Veier til forandring Virksomme faktorer i psykoterapi*. Oslo: Cappelen akademisk forlag AS; 1999

«Jeg mister kontroll og må stadig sjekke hva jeg og andre har gjort.»

lers, men jeg mister kontroll og må stadig sjekke hva jeg og andre har gjort. Vi har liten tid til å koordinere arbeidet. Jeg føler meg så alene.»

Temaer som omhandler støtte

- › Mangel på forståelse og støtte, kjenner at man ikke trives. Trekker seg sosialt, har lyst til å slutte
- › Mangel på tid til bearbeiding av vanskelige situasjoner
- › Samarbeidsproblemer: reaksjoner på kollegaer, leder og så videre.

Ragnhild sier at det er mange vanskelige situasjoner på avdelingen. «Unge mennesker som dør. Før hadde vi tid til å dele opplevelser og få personlig veiledning, vi kunne også fritas fra de tyngste pasientene for en stund. Sånn er det ikke nå. Jeg lurer på hvordan andre klarer det?»

Diskusjon

Eksempelene viser de store belastningene den enkelte sykepleier opplever. Hvis slike belastninger ikke blir møtt med forståelse, tilbakemeldinger, støtte og organisatoriske tiltak vil mange legge ansvaret på seg selv og tenke: «Det er jeg som ikke er flink nok.»

Metoden «erfaringsbasert refleksjon» fremmer deltakernes egen kunnskap og skaper et felles læringsrom. Å dele erfaringer fra praksis gir en aktiv skapende rolle i egen læring (22). Deltakerne kan i større grad kjenne på egne følelser og forstå og se mening i situasjonen de fokuserer på. Gjennom støtte og tilbakemeldinger fra gruppen lærer man å ta vare på seg selv. Refleksjon og åpenhet rundt