



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BVP331-H-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	02-05-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	16-05-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BVP331 1 H 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	471
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7921
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



BACHELOROPPGAVE

Å merke at vi reagerer, er det profesjonalitet?

- et essay om emosjonelle belastninger i helse- og sosialsektoren

Noticing that we are responding, is it professionalism?

- an essay on emotional strains in the health and social care sector

Kandidatnummer 471

BVP331

Høgskolen på Vestlandet/Avd. Bergen/Vernepleie

Innleveringsdato: 16.05.22

Antall ord: 7921

Sammendrag

Hvorfor har ansatte i helse- og sosialsektoren vært på toppen av fraværstatistikken i en årrekke? Har det sammenheng med at det å jobbe med mennesker er langt mer belastende enn man har vært klar over? Samtidig kan det virke som de ansattes emosjonelle belastninger er tabulagt og at yrkesutøvernes egne vansker er noe det ikke snakkes om på arbeidsplassene. I dette essayet undrer jeg meg over tausheten rundt dette tema, og hvorfor det ikke iverksettes flere tiltak for å ivareta god helse og forebygge emosjonelle belastninger hos denne utsatte yrkesgruppen. Den viktigste metoden har vært refleksjoner, som har bidratt til å øke min forståelse for dette komplekse og viktige tema. Det er mitt håp og ønske er å bidra til mer åpenhet om emosjonelle belastninger, da intet blir løst gjennom å tie det i hjel.

Abstract

Why have employees in the health and social care sector topped the absence statistics for many years? Is there a connection between performing health and social work and serious factors that few has been aware of? At the same time, it may seem that the employees' emotional strain is taboo and that the professional's own difficulties are something that is not talked about in the workplace. In this essay, I wonder about this silence and asks why so few measures are taken to maintain good health and prevent emotional strain in this vulnerable occupational group. The most important method has been reflections, which helped to increase my understanding of this complex and important topic. It is my hope and desire to contribute to more openness about emotional loads, as nothing is solved through silence.

Innhold

Sammendrag	2
Abstract	2
Innledning.....	4
Drømmer og ideal	7
«Medfølelsens pris»	9
Tabu, skam og sårbarhet	10
«Jeg er så sliten – hvor kommer det fra?»	14
Den giftige arbeidsplassen	17
Min slitasje – mitt ansvar?	19
Hvorfor skjer det ingenting?	21
Metodedel.....	23
Kildeliste	25
Vedlegg I: Søk og valg av litteratur.....	32

Innledning

I denne oppgaven vil jeg bruke essay som metode. I artikkelen, «Det vitenskapelige essayet i profesjonsforskning: en kritisk utprøvende metode» skriver Torbjørnsen at ambisjonen til et essay har to sider. På ene siden å beskrive variasjoner av menneskelig erfaring, og samtidig tilfredsstille den vitenskapelige ambisjonen om å bidra med allmenngyldig kunnskap. «Hensikten er således å utvide, utvikle eller overskride forståelser ut over det som subjektive erfaringer og perspektiver rommer.» (Torbjørnsen & McGuirk, 2021, s. 5). Min egen fortelling og refleksjoner utgjør essayet som helhet (Bech & Karlsen, 2003, s.147).

Essayet tar utgangspunktet i en historie fra min første tid som miljøarbeider på et distriktpspsykiatrisk senter (DPS), i spesialisthelsetjenesten:

I dag skal jeg være kontaktperson til Anna. Vi er like gamle og jeg opplever at Anna har tillit til meg. Hun ligger i sin seng med klærne på, velstelt og opplagt. Hun forklarer oppgitt at hun har mange sykdommer (hvilket hun ikke har) og at hun føler det som å bli spist opp innenfra. Mens hun snakker kan jeg se hvordan hun blir hektisk i bevegelsene og at øynene lyser av panikk. Hun sier» Jeg orker ikke dette lenger, jeg vil reise inn til legevakten!» Jeg kjenner en uro i magen, det har blitt sagt at Anna ofte ønsker å reise til legevakten, det er en del av sykdomsbildet. Jeg velger å avlede Anna og foreslår at vi skal gå en tur i hagen. Jeg kan høre at Annas pust går jevnere og ser at kroppen begynner å slappe av. Solen varmer og vi lytter til fuglene som kvitrer, det er en vakker morgen og det dufter sommer. Vi sier ikke så mye, men sitter sammen der en lang stund. Jeg kommer på jobb neste dag, Anna er død. En mor med tre barn har tatt sitt liv. Med gråten i halsen spør jeg om Anna på vaktskiftet, men det er en hektisk dag og ansvarsvakten går snart videre til dagens gjøremål. Døren til Annas rom er låst og navnet hennes fjernet. Jeg prøver så godt jeg kan å være tilstede, men i mitt hode raser tankene. Jeg har en knugende skyldfølelse i brystet og en sorgklump i magen. Mine tanker går rundt i ring, kunne jeg ha gjort, sagt eller reagert på en måte som kunne ha stoppet Anna? Jeg føler på sorg, selv om jeg ikke kjente Anna så godt. Det går flere dager med tankekjør og mareritt, jeg trenger hjelp og kontakter min leder. Han sier «du blir vant til det, det er en del av jobben. Prøv å ikke ta med deg jobben hjem». Jeg kjenner meg avvist av

både mine kollegaer og min sjef og tenker at jeg skal ikke vise min svakhet på jobben igjen. Jeg må lære meg å bli like herdet som dem.

Ansatte i helse- og sosialsektoren har toppet den norske fraværstatistikken i mange år. Statistikken viser at totalt 63,7% av sykemeldingene er psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser (NAV, 2021), hvilket er lidelser som ofte kommer av ulike påkjenninger på grunn av stress og psykososiale faktorer. Videre har helse- og sosialsektoren den høyeste andelen av langtidssykemeldinger (NAV, 2021). Jeg er klar over at statistikk ikke sier noe om årsaker, men hva om resultatene til dels kan tilskrives innholdet i yrkene, nemlig den daglige kontakten med tjenestemottakere som lever i lidelse og smerte? Isdal skriver at de siste 30 års forskning indikerer sterkt at det å jobbe med mennesker er langt mer belastende enn vi har vært klar over (Isdal, 2017, s. 18). Det har også de seneste årtiene vært økt oppmerksomhet rundt konsekvensene av innføringen av New Public Management (NPM) og dets fokus på effektivitet og lønnsomhet i offentlig virksomhet (Hansen, 2018). NPM kan påvirke kontakten med tjenestemottakeren, da hjelperen kan gå på akkord med oppgavens humanistiske essens, for å etterstrebe mest mulig effektivitet (Vetlesen, 2003, s. 88).

Jeg oppfatter det høye sykefraværet og de psykiske belastningene hos de ansatte i helse- og sosialsektoren, som svært alvorlig på mange måter. Basert på sin lange erfaring opplever Isdal at han er trygg i sin påstand om at hjelpernes egne psykiske belastninger og/eller reaksjoner er et stort tabu (2017, s. 19). Haavik og Toven har holdt kurset «Ivaretagelse av hjelpere» i over ti år og forteller at de stadig vekk hører fra kursdeltakere at det ikke snakkes om dette tema på arbeidsplassen (2020, s.16). Også Isdal, som har reist landet rundt og besøkt i stort sett alle yrkesgrupper innenfor helse- og sosialsektoren, får tilbakemeldinger om at yrkesutøverens egne vansker ikke er noe det snakkes om på arbeidsplassene (2017, s. 17). I tillegg poengterer Isdal at hjelpernes reaksjoner og vansker er et tabu i undervisningen for aktuelle yrkesgrupper (Isdal, 2017, s. 20). Hvilken konsekvens har denne tabuiseringen? Den alvorligste effekten er at hjelperen trolig må lide i ensom stillhet og at dette forsterker den negative effekten av belastningen (Isdal, s. 20). I arbeidsmiljøloven fremgår det tydelig at dens formål er å sikre en arbeidssituasjon som gir fullstendig trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger i

arbeidssituasjonen (§1-1. Lovens formål). Når jeg oppsummerer ovenstående, sitter jeg igjen med spørsmålet; Hvorfor skjer det ingenting?

En av de betegnelse på det som Isdal omtaler som den negative effekten av belastningen er compassion fatigue. Compassion fatigue er et resultat av langvarig eksponering for andres lidelse, som resulterer i en tilstand av utmattelse og dysfunksjon (biologisk, psykologisk og sosialt) (Figley, 1995). Jeg kommer i essayet til å bruke begrepet compassion fatigue, som en felles betegnelse for de emosjonelle belastningene som hjelperne kan kjenne på i samhandling med tjenestemottakerne. Valget er tatt fordi jeg ønsker å vektlegge hele yrkesgruppen i helse- og sosialsektoren, istedenfor å fokusere på de ekstremt utsatte yrkesgruppene og hendelsene.

Utbrenthet er en annen betegnelse på belastning som ofte brukes. Med Utbrenthet menes belastninger forårsaket av ytre rammer og betingelser som f.eks. høyt arbeidspress og opplevd mangel på kontroll (Cavanagh et al., 2019, s. 639; Isdal, 2017, s. 130). Alle omsorgsgivere kan rammes av compassion fatigue og utbrenthet (Teater, 2014, s. 5). Men dette essayet handler spesifikt om profesjonelle hjelpere i helse- og sosialsektoren og jeg har gitt disse yrkene samlebetegnelsen «hjelperne». I oppgaven veksler jeg mellom ulike benevninger på den som mottar hjelpen, avhengig av sammenhengen.

Metoden i mitt essay er refleksjon, som bygger på relevant faglitteratur om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelpeyrkene og overordnede føringer for tjenestene og kunnskapsoppsummeringer om individuell og kollektiv compassion fatigue. Mitt valg av litteratur og fremgangsmåte for søk etter aktuell forskning rundt temaet er redegjort i (vedlegg 1). Essayformen som metode, blir presentert i en metodedel etter essayet.

Drømmer og ideal

God og tillitsfull samhandling krever at hjelperen har medfølelse og empati (Haavik & Toven, 2020, s.11; Lauridsen, 2021, s.374). Darwin lærte oss at menneskets overlevelse er avhengig av vår evne til å kjenne og vise empati for hverandre (Sandvik, 2012). Vi er altså konstruert for å ha kapasitet til «å ta inn andre» og det er naturlig å la seg påvirke av det vi møter på godt og vondt. I tiden etter Annas død, kan det for meg virke som at det forventes at jeg skal evne å være medfølende i situasjonen, men likevel klare å stenge av følelsene etterpå, slik at jeg raskt kan gå videre til neste gjøremål. Ikke minst skal jeg huske å slå av følelsene etter endt arbeidsdag. Om jeg ikke klarer dette, må jeg avlære det naturlige instinktet til å bry meg. Men det er flere meninger om dette, Isdal og Bang hevder at våre følelser er autonome og lever sitt eget liv (Bang, referert i Isdal, 2017, s. 31). Det er også en lettelse for meg å lese at Isdal mener at vi skal være forberedt på å ta med oss jobben hjem. Han forklarer at hjelpere bør bli bedre forberedt på dette kommer til å skje og han mener at hjelpere heller trenger gode metoder for hvordan «jobbe hjemme», slik at det på sikt ikke leder til compassion fatigue (Isdal, 2017, s.32).

Hvilke forbilder har vi som hjelpere? Et klassisk forbilde er Florence Nightingale. Som privatperson skiftet Nightingale ut et liv i overklassen, med å leve for å hjelpe andre. Som hjelper er hennes følsomhet ovenfor pasienten og deres pårørende viden kjent (Gallagher, 2020, s. 1). Gallagher skriver i sin artikkel «Learning from Florence Nightingale: A slow ethics approach to nursing during the pandemic» at de viktigste personlige kvalitetene dagens hjelpere kan lære av Nightingale er: motstandsdyktighet, medfølende omsorg, mot og forpliktelse til å kjempe for, og bringe ut, forandringer som fører til forbedringer for sårbare grupper (Gallagher, 2020, s. 2). Både historien om Nightingale og Gallaghers artikkel, viser at medfølelsen og engasjement er et ideal for å være en god hjelper. For meg er det noe kjent med Gallaghers foretrukne personlige kvaliteter, da de samsvarer med verdier i yrkesetisk grunnlagsdokument for vernepleier: «profesjonsutøvere skal vise omsorg og nestekjærlighet ved å identifisere og møte brukerens udekkede behov» (FO, 2019, s. 5).

Å skulle som Nightingale «ofre sitt liv for å hjelpe andre» kan virke dramatisk i dag, men jeg er nysgjerrig på om idealene har påvirkningskraft til å velge hjelpeyrket. I artikkelen «verdier og yrkesvalg», undersøker Skårbrevik sammenheng mellom verdiene altruisme og ambisjoner, uttrykt hos 17 åringer og seinere yrkesvalg. Den viser at det er små forskjeller, med et unntak, de som velger helse- og sosialfag. Denne gruppen vektlegger altruisme i betydelig høyere grad. I dagligtale, kan å ha et altruistisk grunnlag for yrkesvalg, bety et ønske om å hjelpe andre og bidra i samfunnet (Skårbrevik, 2009, s. 110). Hva gjør at noen motiveres mer av muligheten til å hjelpe andre? Et mulig svar er at de selv, eller noen de er nær, har opplevd å ikke få den hjelpen de trengte (Katsounari, 2015, s. 115; Isdal, 2017, s.17).

Fins det flere idealer som kan kaste lys over kvaliteten i godt hjelpearbeid? I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere finner jeg følgende setning «sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Barmhjertighet får meg til å tenke på den bibelske fortellingen om «den barmhjertige samaritan». Hva betyr egentlig barmhjertighet i praksis? Torill Beate Masvie har skrevet en artikkel som utreder om barmhjertighet som begrep kan være nyttig for å bevare lojaliteten til pasienten. Hun beskriver at barmhjertighet krever innlevelse og det forutsetter at hjelperen er i kontakt med sine egne følelser i samhandlingen med pasienten. Dette krever at følelser blir en del av hjelperens faglighet, slik at hen gjenkjenner de følelsene som berører og siden handler i tråd med disse (Masvie, 2014, s. 46). Jeg tror at dette kan muliggjøre at pasientens ønsker og/eller følelser blir tatt hensyn til, også i situasjoner der det ikke er sagt med ord. Når jeg tenker tilbake på morgenen med Anna, blir jeg usikker på om jeg selv var i kontakt med mine egne følelser, kanskje kun delvis. Jeg kjente på uro, men jeg valgte å ikke handle på den. Om jeg hadde handlet på uroen, hadde jeg kanskje oppfylt Annas ønske om å dra på legevakten? Ingen vet svaret på det. Jeg tenker at slike dilemmaer medvirker til at hjelpere kan føle på usikkerhet og et behov for støtte og veiledning. Jeg er enig med Masvie, kontakten med egne følelser er en viktig støttespiller til fornuften, for å ta de riktige avgjørelsene, slik at lojaliteten til pasienten bevares. Men hva skjer om hjelperen av ulike grunner blir hindret i å vise barmhjertighet?

«Medfølelsens pris»

Masvie konkluderer med at å ikke kunne handle i tråd med egne følelser f.eks. forlate noen som trenger deg, er noe hjelperen føler i egen kropp og det tapper en for krefter (2014, s. 46). Dette kjenner jeg meg igjen i: Jeg er travel, jeg stenger av følelsene for å bli mer effektiv. Jeg er sliten, jeg stenger av følelsene, orker ikke ta inn andres lidelse nå. Jeg er sterkt påvirket av en hendelse eller en pasient, jeg fikser ikke å nullstille meg. Slike situasjoner gir meg skyldfølelse, fordi jeg ikke lever opp til idealene om å vise medfølelse og empati. I tillegg til mine opplevelser, så viser Nimmo og Huggard i sin forskning at gjentatt eksponering av andres lidelse og kunnskap om denne, kan i tillegg til høyt sykefravær, lede til redusert emne til omsorg og empati (Nimmo & Huggard, 2013, s. 37). Dette er en ond sirkel. Om andre hjelpere har det på samme måte, er det ikke så rart at vi er i slitne yrkesgrupper.

Masvies (2014) konklusjon illustreres godt i tittelen «Medfølelsens pris», som er navnet på Per Isdals foredrag (2020) om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelpeyrkene. Tittelen gjenspeiler konflikten mellom å ha et yrke som er enormt givende og samtidig kjenne på de belastningene og den sykdomsrisiko som kommer med yrket (Isdal, 2017, s.18). Som beskrevet tidligere er medfølelsen naturlig for oss, en drivkraft og et ideal, men den kan også bli en høy pris å betale i form av slitasje, som kan utvikles til sykdom. Cavanagh et al. konkluderer i en systematisk oversikt og metaanalyse at compassion fatigue påvirker helsen og effektiviteten til helsepersonell negativt, og som en følge blir pasient behandlingen lidende (2019, s.639).

Dette får meg til å undre over hvordan utdanningene forbereder hjelperne på de psykologiske belastningene og utfordrende situasjonene de kommer å møte? Knight og Isdal, mener at sosialfaglige utdanninger og tilhørende praksisfelt investerer liten tid til egenomsorg og på å reflektere over og forberede elevene på emosjonelt utfordrende arbeidssituasjoner (Knight, 2018, s. 79; Isdal, 2017, s. 29). Lauridsen mener at mange hjelpere som er i jobb, også mangler kunnskap om hvordan man bygger emosjonell trygghet, relasjonell bevissthet og medfølelse for seg selv og andre (2021, s.355). Dette får meg til å tenke på Masvie (2014) som skrev at hinder for å handle barmhjertig, påvirker hjelpere negativt. Jeg tenker at mangel på

kompetanse, kan være en slik barriere, der hjelperen ønsker å møte pasienten medfølelse, men mangler kompetanse til å få det til, og at det leder til kroppslig ubehag og energitap. Men hvorfor snakkes det så lite om medfølelsens pris?

Tabu, skam og sårbarhet

Jeg er snart ferdigutdannet vernepleier og jeg har lært mye om viktigheten av å bryte med tabu i forhold til de alvorlige problemer tjenestemottakeren står i. Men hvorfor gjelder ikke det samme for andre veien? Undervisningen er i hvert fall tydelig, det skal råde åpenhet, ingen problemer skal ties i hjel. Den gangen jeg fikk beskjed av min leder at det jeg opplevde var en del av jobben, som jeg bare måtte bli vant til, hørtes det ut som det var dagligdags. Men hvor normalt er det egentlig å gå i flere dager med tankekjør og mareritt i norsk arbeidsliv? Kanskje det er mer vanlig enn vi tror? det er vanskelig å vite, hvis det snakkes så lite om slike ting «der ute».

Når jeg skrev fortellingen om dagene før og etter Annas selvmord, kom det krypende en følelse av skam, og det er en klebrig følelse. Først var det vanskelig å adressere skammen, men jeg tror den handler om frykt for hva andre skal tenke om meg. Jeg kjenner også på en irriterende dobbelthet i forhold til å vise sårbarhet. En side av meg mener bestemt at det er en styrke å vise svakhet, jeg sier det ofte til andre. Men i realiteten er jeg dårlig på dette selv, jeg vil fremstå som motstandsdyktig og kompetent, som Nightingale. Da passer det ikke å vise sin sårbarhet, usikkerhet eller frustrasjon.

Jeg funderer på om det skambelagt for hjelpere å vise sårbarhet og fortelle om hvordan de «virkelig» har det? Isdal mener at tabuiseringen av å fortelle hvordan man har det som hjelper er paradoksal, og at psykisk helsevern burde være det feltet som gjennom sin kompetanse skulle ha den største aksepten for egne psykiske belastninger. Han mener at det er total taushet rundt temaet på arbeidsplassene (Isdal, 2017, s.19). Dette er en lettelse, jeg er ikke alene. Er det slik at vi som jobber med psykisk helse kjemper for en større åpenhet om psykiske problemer i samfunnet, samtidig som vi vegrer oss for å åpne opp selv? Brené Brown, kjent forskere på sårbarhet og skam, mener at vi er tiltrukket av andres sårbarhet, men frastøtt av vår egen. Samtidig viser hennes forskning at mot til å vise sårbarhet, er

veien til å få det vi ønsker oss mer av (Brown, referert i Berg, 2012). Videre beskriver hun at vi er på vei til å miste vår toleranse for emosjoner og at den vestlige verden ser på sårbarhet som en svakhet. Hun poengterer også at «for at det skal være mulig å vise sårbarhet trengs det en form for gjensidighet og tillit» (Brown, referert i Berg, 2012).

Om det er slik som Brown skriver, savner hjelperen arenaer på arbeidsplassen der det er mulig å vise sårbarhet. Hvorfor fremstår det som om både hjelperne og ledelsen unnviker å snakke om følelser? Haavik og Toven (2020, s.16) har tre hypoteser om hva som kommer i veien for åpenheten:

- Hjelperne unngår det problematiske, fordi det er mer oppbyggelig å fokusere på de positive sidene ved jobben.
- Hjelperne ønsker å skåne brukerne fra å føle seg som en belastning eller å bli omtalt slik.
- Hjelperne kan være redde for å bli oppfattet som mindre profesjonelle hvis de åpner opp og viser sårbarhet for vonde opplevelser på jobb. Det kan være en mistolkning om at profesjonalitet tilsier sterk følelsesmessig kontroll.

Å fokusere på det positive får meg å tenke tilbake på idealer og forbilder, da kan det virke unødvendig og litt svakt å klage. Jeg tror også det er menneskelig å fortrenge det vanskelige, i håp om at det forsvinner. For meg kan redsel for klage på brukerne, tyde på at verdier som barmhjertighet, nestekjærlighet og altruisme, kan bidra til at hjelperne synes det blir uetisk å omtale en bruker som vanskelig. Det kan også bli skamfullt å få «stygge» følelser som f.eks. å bli såret, irritert, redd, sliten eller oppgitt i samarbeidet med en pasient, da hjelperen har et ideal om å være medfølende. Frykt for å ikke fremstå som profesjonell gir gjenklang hos meg. Etter hendelsen med Anna, var dette grunnen til at jeg ønsket å bli like herdet som mine kollegaer. Men hva betyr det egentlig å være profesjonell?

Tidligere nevnte idealer er ofte flettet inn i definisjoner om hva som er profesjonelt i hjelperrollen. Alsvåg mener at i det profesjonelle ligger en kombinasjon av medmenneskelighet, medinnlevelse og faglige og skjønnsbaserte handlinger (1993, s.111-130). Kan dette være med å øke skammen når hjelperen av ulike grunner

f.eks. tidspress, slitasje og manglende kompetanse, ikke opplever seg selv som profesjonell? En annen definisjon som blir brukt i hjelperyrker er at profesjonell innebærer å kunne være personlig i møte med den andre, men samtidig ikke være privat (Alsvåg, 2007, s.11-23).

Alsvåg mener nok i forhold til brukeren, men jeg synes han er inne på at det private og menneskelige, skal generelt holdes under kontroll for å bevare profesjonaliteten. Sårbarhet og skam er sannsynligvis det mest private vi har som mennesker, kan det være at denne oppfordringen til å ikke være privat, har sneket seg inn til å gjelde generelt på arbeidsplassen? Jeg kjenner at det kan nok gjelde meg. Når jeg følte meg «avvist» av kollegaer og leder, i forhold til mine følelser etter Annas død, bestemte jeg meg for å aldri mer bli for privat på jobben. Det er selvfølgelig nødvendig å ha en viss følelsesmessig kontroll og som nevnt tidligere trenger hjelperen å kunne balansere mellom å være assosiert i følelsene og dissosiert, det vil si ha en avstand til egne følelser. Haavik og Toven, mener at kontroll kan bli oppfattet som en yrkesmessig dyd «har du kontroll, blir du ikke berørt» (2020, s.21). Jeg oppfatter dette som at hjelpere kan vektlegge kontroll for mye og dermed miste kjernen i hjelpearbeidet, empati og medfølelse, i tillegg til å miste kontakten med egne følelser. Haavik og Toven mener profesjonalitet innebærer å kunne slippe litt på kontrollen, både ovenfor brukeren og andre (2020, s.21). Også Isdal kommenterer profesjonalitet «å merke at vi reagerer, og være åpen om det er ikke svakhet, det er profesjonalitet» (2017, s.20).

Om det stemmer at hjelperne er redde for å bli oppfattet som mindre profesjonelle hvis de åpner opp og viser sårbarhet for vonde opplevelser på jobb, blir hjelperne alene med de vonde følelsene sine. Hva skjer da? Berg (2012) skriver at vi lever i en skamproduserende tid. Vi lever i et alt mer individualistisk samfunn og blir dermed selv ansvarlig for hvordan vi fremstår og føler oss. Han forklarer at de fleste ønsker å være «på topp» og stiller ofte urealistisk høye krav til seg selv. Vi navigerer gjennom å sammenligne oss med andre og når «alle» ser ut til å ha kontroll, er det lett for å føle seg feil og skamfull (Berg, 2012). For meg kan det virke som om hjelperne skal være «på høyden» med yrkets idealer og at det ikke er kultur for å være åpen med følelser. Da virker det for meg sannsynlig at det genererer ekstra skam i en allerede skamproduserende tid. Dette illustreres godt i et kvalitativt forskningsprosjekt om

individuell og kollektiv sårbarhet hos veiledere for tungt belastede arbeidssøkere på NAV. En av veilederne på NAV som sto frem med sin slitasje og bedt om tilrettelegging, beskriver dette som et ytterligere nederlag og som skamfullt: «Du føler deg liksom litt dum etterpå ... det går jo på selvtillit og selvfølelse, dine egne forventninger til deg selv eller nesten alt.» (Lauridsen, 2021, s.357). Funn fra denne forskningen viser også at de fleste veilederne kjenner at de ikke strekker til, og at de forsøker å skjule sårbarheten for seg selv og andre (Lauridsen, 2021, s.357).

En annen person som har stått frem som skamfull, er fastlegen Elin, som er hovedperson i Nina Lykkes bok «full spredning». Boken handler om fastlegen Elin, som deler sine mest forbudte følelser og tanker med skjelettet Tore, som står i hjørnet av kontoret. Elins tanker og følelser om pasientene er en motpol til hjelpeyrkenes ideal. Utdrag fra samtale mellom Elin og Tore:

Jeg vil åpne døren og rope, hvem er ikke impotent, hvem er ikke ensom, hvem er ikke sliten, hvem har ikke vondt i hodet? Hvem har ikke vondt i ryggen? Hvem er ikke søvnløs? Dra til helvete med all syting og klaging. Det er det samme år ut og år inn. De fleste smertetilstander og sykdommer går over av seg selv. Jeg gjentar: De fleste smertetilstander og sykdommer går over av seg selv (Lykke, 2019, s.167).

Elins dialog med Tore står i sterk kontrast til rollemodellene Nightingale og den barmhjertige samaritan. Jeg kjenner flere likhetstegn med Elin. Hun lider også i ensomhet og har kun Tore å snakke med. Hun er stadig redd for å bli «avslørt» av kollegaer i forhold til hva hun egentlig tenker og føler. Dessuten kjenner hun på skam for å ikke være profesjonell nok. Denne boken er en stor suksess, og går nå for fulle hus på teater, kanskje flere kjenner seg igjen? I beste tilfelle kan den skape en dialog, som er et skritt videre bort fra tanken om å være perfekt. Berg (2012) skrev at skammen vokser mest når vi sammenligner oss med andre, da er det i hvert fall befriende å ha Elin å sammenligne seg med!

Denne ensomheten og skammen får meg til å undre meg over hvor mange innenfor helse- og sosial sektorene, som akkurat nå, går rundt med stress og negative tanker om seg selv. Hva er det mer konkret som skjer i møtet mellom hjelperen og tjenestemottakeren?

«Jeg er så sliten – hvor kommer det fra?»

For å gå mer i dybden på hva som skjer med hjelpere i møte med menneskelig lidelse, viser jeg til begrepet motoverføring. Motoverføring er den totale emosjonelle, tankemessige og fysiske reaksjon hjelperne får i møte med mennesker med lidelse og smerte (Rothschild, 2006, s. 26-28). Den morgenen med Anna kjente jeg hennes angst og kunne føle uro i magen. Jeg spent meg når hun gjorde det, og ble mer avslappet i takt med henne. Disse reaksjonene er menneskelige og naturlige (Rotschild, 20016, s. 18; Pearlmann & Saakvitne, referert i Isdal, 2017, s. 23-26). Dette stemmer overens med Darwins teori om menneskets naturlige instinkt til å føle empati. Motoverføring beskriver at hjelpere i sin medfølende tilnærming til pasienten, blir vikar i deres lidende og at det påvirker hjelperens sinn, kropp og sjel og det kan benevnes som vikarierende traumatisering (Isdal, 2017, s.122). En annen form for belastning er sekundær traumatisering. Det kan utvikles hos hjelpere som arbeider med ekstremt skadede personer med posttraumatisk stress syndrom (Helsebiblioteket, 2020). På lik linje som beskrevet tidligere kan hjelpere som mottar historier om traumaet, leve seg så mye inn i denne, at hen utvikler de samme reaksjonene som den traumatiserte selv (Figley, 1995).

Men hva med alle hjelpere som ikke nødvendigvis arbeider med de mest traumatiserte brukerne og ekstreme situasjonene? Den daglige slitasjen som oppstår i kontakten med mennesker som har det psykisk vanskelig kan benevnes som compassion fatigue. Begrepet ble lansert av Figley (1995) og han beskriver det slik:

... en tilstand av utmattelse og dysfunksjon (biologisk, psykologisk og sosialt) som er et resultat av langvarig eksponering for andres lidelse. Compassion fatigue er en naturlig konsekvens over tid av å hjelpe, eller ønske å hjelpe personer som er traumatisert eller lever i smerte (Figley, 1995, oversatt og referert i Isdal, 2017, s.131).

Cavanaghs omfattende metaanalyse av compassion fatigue viser at compassion fatigue eksisterer på tvers av hjelperyrkene og har en alvorlig innvirkning på den profesjonelle praksisen og arbeidsevnen (Cavanagh et al., 2019, s. 639). På norsk har compassion fatigue mange forskjellige navn f.eks. «medfølelsetretthet» «empatiutbrent» og «involveringsutmattelse». Dette fører mine tanker tilbake til

hjelpernes høye ideal og uttrykket medfølelsens pris. Jeg liker Figleys uttrykk «the cost of caring» (1995), dette er altså prisen hjelperen kan komme til å betale for å bry seg. I tillegg til alle ovennevnte kostnader, beskriver Zhangs forskning at compassion fatigue også kan endre en person gradvis, sosialt, emosjonelt, spirituet og intellektuelt (Zhang, 2019, s. 6). Vi endrer altså gradvis vår personlighet, dette synes jeg er litt skremmende. Når jeg ser tilbake på tiden etter hendelsen med Anna frem til nå, er jeg forandret, kanskje jeg er mer alvorlig og mindre sosial? Isdal anbefaler at hjelperer holder oppsikt over sine forandringer og bli mer bevisst gjennom å stille seg selv spørsmål: Hvor kommer dette fra? Hva henger det sammen med? På denne måten får hjelperen plassert ansvaret på riktig sted, istedenfor på seg selv eller på andre steder der den ikke hører hjemme. Han mener at å gå med disse forandringene over tid, kan få alvorlige konsekvenser for hvordan vi selv og omverden ser på oss (Isdal, 2017, s. 81-94).

Om compassion fatigue er prisen for å stadig være i omsorgssyklusen, så er det også annen stress hjelperne kan bli utsatt for? Dagen etter Annas død var travel, kanskje hadde vaktlederen ikke tid til å høre på meg? Dessuten måtte vi holde et strengt tidsskjema, noe annet hadde gått ut over pasientene. Min leder var kort i sitt svar, kanskje han ikke hadde tid til å undersøke mine behov? Kan for lite tid også i denne situasjonen være et hinder for å vise barmhjertighet som tidligere beskrevet av Maswie (2014). Jeg tenker også på Knight (2018) som skrev at mange hjelperer mangler kunnskap om hvordan man faktisk bygger emosjonell trygghet, relasjonell bevissthet og medfølelse for seg selv og andre i utfordrende kommunikasjon. Kan dette være tilfelle for min leder, vaktleder og kollegaer? På meg virker det som om de samme utfordringer hjelperer har i forhold til tjenestemottakerne, kan de også ha i forhold til hverandre.

Tidsmangel og kompetanse er ytre rammer, som kan begrense hjelperne i å vise barmhjertighet og ta valg ut fra egne følelser. Ytre rammer er faktorer som hjelperer ofte har lite innflytelse over og som ofte er styrt fra et høyere nivå, med et ønske om økt effektivitet og kvalitet i de offentlige tjenestene. De siste ti årene har New public management (NPM) hatt sitt inntog i norsk helsevesen, hvilket har resultert i et betydelig press i form av ressursknapphet og derav mangel på tid til omsorg for den enkelte pasient (Kristoffersen et al., 2016, s. 127). Det er her belastningssykdommen

utbrenthet kommer inn. Utbrenthet handler om de ytre rammene og betingelser vi arbeider under f.eks. høyt arbeidspress/lite kontroll og mangel på kompetanse (Cavanagh et al., 2019, s. 640; Isdal, s.130). Verdens helse organisasjon (WHO) definerer utbrenthet i ICD-11 som et syndrom som er et resultat av kronisk stress på arbeidsplassen, som ikke er bearbeidet på en tilfredsstillende måte (WHO, 2019). Utbrenthet er noe som kan skje ansatte i alle yrkesgrupper, men ser ut til å øke mest i yrker som omhandler følelser og hvor nærkontakt med andre mennesker er mer sentralt (Kvam, 2020). Dette bekreftes i Paris studie som viser at ansatte i helsesektoren er mer utsatt for utbrenthet enn andre yrker (2009, s. 518).

Hvorfor er hjelpere mer utsatte for å bli utbrent enn andre yrkesgrupper? I følge Malt (2019) i Store medisinske leksikon, er personer i helse- og sosial sektoren mer utsatte for utbrenthet på grunn av arbeidsforhold og miljøfaktorer som arbeidsstruktur, arbeidspress, lite kontroll og kritikk fra andre. Malt (2019) viser til et annet forhold, nemlig at hjelpere har personlighetstrekk som viser høye forventninger til egen innsats, og er tilbøyelige til å minimere egne behov. At hjelpere har høye forventninger til egen innsats, synes jeg er interessant med tanke på skammen som kan komme av å ikke leve opp til omsorgsyrkenes ideal. Og kan tilbøyeligheten til å ikke prioritere seg selv, tilskrives rollemodellene eller de altruistiske grunnene valg av yrke? Dette er store og vanskelige spørsmål til ettertanke. Men jeg tolker Malt (2019) dithen at utbrenthet kan henge sammen med tidligere nevnte ideal og forventninger hjelperne har satt opp for seg selv og ikke minst frykten for ikke å leve opp til disse.

Jeg synes det er vanskelig å skille på compassion fatigue og utbrenthet, da både ytre faktorer og samhandling med mennesker som har det vanskelig ofte er tilstede samtidig. Cavanagh et al. (2019, s. 640) bekrefter i sin forskning at Compassion fatigue og utbrenthet ofte er assosiert og sammenblandet. Maslach skriver at symptomene ofte er like f.eks. overveldende utmattelse, følelse av kynisme i jobben og en følelse av ineffektivitet og manglende prestasjon (2016, s. 103). I forhold til spørsmålet om hvorfor min leder og mine kollegaer ikke brydde seg, kan alle disse symptomene og især kynisme, være med på å forklare dette. Kanskje hele avdelingen hadde compassion fatigue og/eller utbrenthet?

Den giftige arbeidsplassen

Hva skjer på arbeidsplasser der arbeidsbelastningene er høye og mange hjelpere preges av compassion fatigue og/eller utbrenthet? Haavik og Toven, beskriver at det da, naturlig nok, utvikles kollektive mestringsstrategier for å tåle inntrykkene og presset. Noen strategier er positive og styrkende som f.eks. humor og praktisk avlastning, men dessverre utvikles det også mer uheldige strategier (Haavik & Toven, 2020, s.56). Isdal beskriver at Compassion fatigue kan være smittsomt og kan etterhvert prege et helt arbeidsmiljø (2017, s.134). Mathieu kaller arbeidsplasser med disse trekkene for «the toxic workplace» (2012), da en slik miljø er nedbrytende i seg selv. Isdal understreker at det ligger en stor utfordring for ledelsen å ta tak i slike forhold og at det må åpent erkjennes «vi er en gruppe som er preget av kollektiv compassion fatigue» (Isdal, 2017, s.134).

For at ledelsen skal kunne forstå at en arbeidsplass preges av kollektiv compassion fatigue, må den vite hvordan kollektiv compassion fatigue utfolder seg i praksis. Lauridsens forskning om individuell og kollektiv sårbarhet hos veiledere i NAV, viser et miljø som er preget av kollektiv compassion fatigue. Hjelperne beskriver en arbeidssituasjon med utrygghet, sårbarhet og frykt, som kommer til uttrykk i å være i konstant beredskap «Det blir NAV imot resten, kom ikke her og trø på min NAV-familie» (Lauridsen, 2021, s. 364). I møte med brukere, gjemmer seg veilederne bak lovverk, regler eller rutiner for å slippe å engasjere seg i den enkelte brukeren (Lauridsen, 2021, s. 369). For meg virker det som slitasjen har gått hardt ut over veilederne til å vise medfølelse og empati. Lauridsens rapport viser at veiledere som gir en god oppfølging av brukerne, kan resultere i å bli sett ned på av kollegaer. Vanlige utsagn er «Du må bry deg mindre» og det råder en anerkjennelse av at for å orke å stå i jobben, må hjelperne kunne «gi faen». Rapporten viser også at nyansatte raskt blir integrert i kulturen og i hele håpløsheten (Lauridsen, 2021, s. 363). Dette minner meg om min opplevelse i innledende fortelling. Det var akkurat det jeg oppfattet som budskap fra mine kollegaer og min leder, du må lære deg å bry deg mindre.

Det er ikke vanskelig å finne eksempler på kollektiv compassion fatigue i media, da det ofte skrives om arbeidsplasser innenfor helse- og sosial sektoren, der de ansatte sliter. De seneste månedene har det skrivets mye om barnevernet. I artikkelen «Lytt til oss som jobber med barnevern!» i Bergens Tidene, beskriver hovedtillitsvalgt Bartz en hverdag der de ansatte er i skvis mellom administrative krav, tidspress og samtidige møter med barn/voksne i vanskelige situasjoner. Hun beskriver følgende symptom: avmakt, frustrasjon, oppgitthet og utmattelse. Dette har resultert i høyt sykefravær knyttet til utbrenthet og stor utskiftning av ansatte. Hun etterlyser hjelp og ikke fler belastende tiltak fra ledelsen. Hun poengterer også vekten av ekstern veiledning, slik at de ansatte kan bearbeide og sette ord på sine belastninger (Bartz, 2022). Isdal kommentar at ledelsen åpent bør erkjenne «vi er en gruppe som er preget av kollektiv compassion fatigue og/eller utbrenthet» (Isdal, 2017, s.134), virker passende for situasjonen på barnevernet.

Når jeg ser tilbake på min situasjon i innledende fortelling, ser det ut til at jeg hadde min personlige belastning, men at det samtidig kan ha rådd en kollektiv compassion fatigue, som påvirket mine kollegaer og min leder. Lauridsen beskriver det som at den individuelle og den kollektive sårbarheten overlapper hverandre, der den ene kan være uttrykk for den andre (Lauridsen, 2021, s. 363). Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) forklarer det høye sykefraværet med at hjelperne blir i sin hverdag eksponert for helserelaterte risikofaktorer som f.eks. høyt arbeidspress, lite kontroll over arbeidet, vold og trusler om vold og sterke emosjonelle inntrykk (STAMI, 2016). For meg ser dette ut som selve definisjonen av faktorer som kan lede til utbrenthet og compassion fatigue. Det er beskrevet mange symptomer og konsekvenser av kollektiv compassion fatigue og/eller utbrenthet, men jeg mener at de mest alvorlige er:

- Hjelperne kan bli syke og/eller velger å slutte i jobben
- Drømmen om å hjelpe andre med medfølelse og empati blir erstattet med et negativt syn på klientene, kynisme og et karakteriserende språkbruk
- Tjenestemottakerne får på alle måter et dårligere tilbud

Jeg mener at compassion fatigue og/eller utbrenthet ikke kun går ut over individet, men kan ha alvorlige konsekvenser for tjenestemottakerne og for samfunnet. Jeg tenker at høyt sykefravær og høy turnover har negative konsekvenser på flere nivåer, det går ut over den som er syk, tjenestemottakerne og ledelsen. Den innebærer også store økonomiske kostnader og den største økonomiske konsekvensen av høyt sykefravær bærer samfunnet (Regjeringen, 2021). Å miste medfølelse og empati, står i sterk kontrast, både til hva hjelpere selve ønsker og hva god helsetjeneste bør være. Mange hjelpere er underlagt helsepersonelloven (1999), som vektlegger plikten til å yte omsorgsfull hjelp (§ 4). Denne loven er dog motsigelsesfull når den i neste sving pålegger helsepersonell å sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasient, helseinstitusjon eller andre, unødig tidstap eller utgift (§ 6). Det er ikke lett å være hjelper. For meg blir Isdals (2017) og Haaviks (2020) opplevelse av at det i praksis ikke skjer noe for å forbedre det psykososiale arbeidsmiljøet på arbeidsplassene mer og mer vanskelig å forstå. Hvem sitt ansvar er det?

Min slitasje – mitt ansvar?

I situasjonen mellom meg og min leder, tenkte jeg automatisk at det var mitt ansvar å løse mine problem. Jeg tolket vår samtale dithen at det faktisk var jeg som var problemet. Berg (2012) skrev at vi lever i en skamproduserende tid, der vi selv tar ansvar for å være «på høyden». Når vi ikke lykkes, blir vi skamfulle? Men hvem sitt ansvar er det egentlig?

Det fremkommer tydelig av arbeidsmiljøloven at arbeidsgiver har det overordnede ansvaret for hjelpernes vilkår. Men loven viser også at hjelperne har et ansvar for seg selv, både som individer og kollegaer. Jeg synes arbeidsmiljølovens formål er spenstig, når den sikter på å sikre en arbeidssituasjon som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger i arbeidssituasjonen (§1-1. Lovens formål). I tillegg stiller loven tydelige krav på at arbeidsgiver skal kunne dokumentere hvilke tiltak som har blitt gjort for å hindre og/eller forebygge psykiske helseskader hos de ansatte.

Jeg tolker loven dithen at ledelsen har et ansvar for å sette seg inn i konsekvensene av de psykososiale belastninger hjelpere kan få og tilegne seg relevant kompetanse

om hvilke tiltak som hjelper. Deretter stiller loven krav om å iverksettes tiltak som er effektive i forhold til å hindre og/eller forebygge de problemer arbeidsplassen har. Loven sier også at de ansatte har et ansvar for å engasjere seg i virksomhetens tiltak og være delaktige (§2-3- Arbeidstakers medvirkningsplikt) i utformingen av tiltakene.

For meg fremgår det tydelig at ledelsen har et ansvar for å ha et overblikk over hvordan hjelperne har det psykisk. Men jeg tror at en kultur som har skapt et tabu for å vise sårbarhet, og en frykt for å ikke fremstå som profesjonell, kan gjøre det vanskelig for ledelsen å oppdage at hjelperne sliter. Hvilket ansvar har da hjelperen for å selv gi beskjed?

Arbeidsmiljøloven stiller krav til den ansattes plikt til å melde ifra om arbeid går ut over egen helse (§2-3, bokstav e) og hjelperen kan da ta utgangspunkt i §4-1, som stiller høye krav til at arbeidsplassen skal være fullt forsvarlig. Hvordan skal dette gjøres rent praktisk? I min situasjon tok jeg kontakt med min leder, men det skjedde ingenting. Har min leder et ansvar for å ivareta meg i tråd med (§4-1)? Psykiske belastninger er vanlige på min arbeidsplass, burde det finnes en plan og struktur som beskrevet i AMLs formål (§1-1)? Jeg vet ikke, for meg blir loven mer retningsgivende enn konkret. Kanskje det er en av grunnen til det skjer så lite?

Et alternativ er å kontakte verneombudet, som i sin tur kan ta opp saken med ledelsen. Når jeg leser om verneombudets oppgaver sier det lite i forhold til de psykiske belastningene. Men verneombudet skal gjøre seg kjent med yrkessykdommer (AML § 6-2, punkt 5), så der kan være en mulighet. Var min emosjonelle belastning etter Annas død og håndtering fra min leder nok belastende for å melde fra til verneombudet eller skrive et avvik? Jeg tror ikke det. I tillegg kjente jeg det på det samme som veilederen på NAV beskrev, «du føler deg liksom litt dum etterpå ...» og jeg er også redd for å bli avvist eller at noen bagatelliserer min henvendelse. Kassah (2006, s. 580) påpekte at tiltak må være til å stole på og at hjelperen må kunne forvente å bli tatt på alvor. Jeg kjente ikke den tilliten. Også Brown, mente det er nødvendig med gjensidighet og tillit, for at en person skal tørre å vise sin sårbarhet, uten å føle frykt for å bli avvist. Gulbransen beskriver tillit som «en holdning som dannes før en aktør setter i verk en tillitsbasert handling» (Gulbransen,

2019). For meg kan den beskrivelsen illustrere hjelperens sårbarhet i å ta risikoen i å trosse sin profesjons ideal, for å være åpen om sin psykiske helse.

Dette støttes i en av konklusjonene i et dansk forskningsprosjekt: «Fokuser på å øke tilliten og forbedre samarbeidet mellom ansatte og ledere, ellers vil investering i et bedre psykologisk arbeidsmiljø i mange tilfeller være bortkastet tid og sløsing av penger» (Det nasjonale forskningssenter for arbeidsmiljø, 2008). Også Kassah (2006, s. 580) støtter dette når hun skriver at tillit til et system utvikles når aktørene kan stole på at systemet fungerer som det skal og kan forvente bestemte resultater ut fra dette.

Hvorfor skjer det ingenting?

Jeg er klar over at dette er et stort spørsmål og at mine funderinger er svært ufullstendige. Det er vanskelig å finne relevant norsk forskning eller kvantitative data som f.eks. oppsummerte medarbeiderundersøkelser om emosjonelle belastninger. Hvordan skal arbeidsgivere kunne iverksette tiltak, når de ikke har relevante fakta om hvilke forhold som bidrar til positive og negative utfall på arbeidsplassen? Isdal besvarer et spørsmål fra publikum angående manglende forskning om emosjonelle belastninger slik:

det handler om fagpolitikk og rammene» ...» det vi først og fremst mangler er dokumentasjon» ...» over hvordan hjelpere på en rekke ulike arbeidsplasser faktisk blir påvirket av en rekke ulike faktorer» ...vi har i dag bare noe amerikansk forskning å støtte oss til ...» ... Vi må finne ut hvordan det faktisk er fatt med den psykiske helsen hos hjelperne» (Isdal, 2020)

Jeg er enig med Isdal, fagpolitikken og rammene setter begrensninger. Når vi ikke vet tilstrekkelig om den psykiske helsen hos hjelperne, så skjer det lite. Dette støttes også i Cavangh et al. sin metaanalyse, som konkluderer med at forskning bør rettes mot å identifisere de spesifikke årsakene til compassion fatigue og det bør iverksettes tiltak for å redusere forekomsten og alvorlighetsgraden dette har i dag. Disse tiltak må det også forskes på, for å sikre at de faktisk virker (2019, s. 661).

Selv om det trolig til alle tider har vært et spenningsfelt mellom ressursbruk og behov i offentlig sektor, hevder mange at NPM forsterker dette med sine iboende effektivitetskrav. Jeg tror at NPM kan ha bidratt til kortsiktig tenkning i form av begrensninger i å iverksette tiltak som koster tid og penger. Selv om tillitsreformen har iverksatts for å erstatte NPM (Regjeringen, 2022), tror jeg det kommer å ta tid før den får en praktisk innflytelse i forhold til psykiske belastninger hos hjelperne. En annen faktor som jeg tror det er viktig å være klar er utviklingsforløpet til compassion fatigue og/eller utbrenthet. Den gradvise og ofte ubevisste prosessen (Figley, 1995) kan gjøre det vanskelig å legge merke til symptomer å koble disse til riktig årsak. Dette kombinert manglende kompetanse om emosjonelle belastningssykdommer, tror jeg kan gjøre det vanskelig for både hjelperen og ledelsen å forstå hva symptomene faktisk handler om.

Et annet hinder, som jeg ser det, kan være at hjelperne ser ut til å ha høye ideal som de sammenligner seg med, og at nederlag kan lede til skam. Jeg tror at dette bidrar til å gjøre det vanskelig å være åpen om emosjonelle utfordringer. Så lenge det ikke finnes trygge arenaer der det råder nok tillit til å dele. Når hverken arbeidsgivere eller utdanningsinstitusjonene setter fokus på å øke åpenheten om emosjonelle belastninger, tror jeg ikke det kommer å skje så mye.

Mens jeg venter på at noe skal skje, skriver jeg dette essayet, som er min måte å jobbe for en større åpenhet om hjelpernes psykiske belastninger. Jeg tenker nå helt annerledes om situasjonen jeg beskrev innledningsvis. Det er nå en del av jobben, at den blir med hjem av og til. Jeg er bare et menneske og da er det naturlig å føle både sorg, sinne og frustrasjon i møte med andre, også pasientene. Susanne Bang (2003) har skrevet en bok som heter: Rørt, rammet og rystet, og for meg er tittelen beskrivende for de ulike gradene av emosjonelle reaksjoner jeg kan føle i møte med smerte og lidelse. Jo høyere opp i gradene, jo mer lever følelsene sitt eget liv. Fremdeles trigger f.eks. suicidale pasienter min frykt og uroen blir da med meg hjem. Men samtidig er det blitt viktig for meg å dele mine følelser, om de tar overhånd. Jeg har fremdeles ikke et arbeidsmiljø der åpenhet er naturlig, men har funnet et par kollegaer og andre steder, der jeg kan lette på trykket. For meg har Isdals uttalende «å merke at vi reagerer, og være åpen om det, er ikke svakhet, det er profesjonalitet» (2017, s.20) blitt en ny leveregel.

Jeg er mindre rask med å tolke mine kollegaer og leder som avvisende, det kan være mange grunner til det f.eks. egne symptomer på belastning, manglende kompetanse og/eller andre ytre faktorer. Jeg strever heller ikke lengre etter å bli mer herdet. Jeg blir mer bekymret de dager og situasjoner, der jeg ikke er i kontakt med mine egne følelser. Da er jeg smertelig klar over at jeg da ikke gjør en god jobb. Når medfølelsen ikke er der, har jeg ikke den helende kraften som ligger i å intuitivt forstå hva pasienten trenger. For meg er det den tillitsfulle relasjonen som gjør jobben meningsfull.

Metodedel

Dette er en utdypning av anvendt metode i essayet. Refleksjoner utgjør den viktigste metoden i sjangeren. «Refleksjoner oppstår gjennom arbeid med egne erfaringer, som kan utvikle nye sammenhenger» (Bech-Karlsen, 2003, s.39). Refleksjon og læring er tett sammenvevd og refleksjoner er sentralt for å integrere det teoretiske og praktiske, samt for å øke bevisstheten rundt implisitte antakelser (Mezirow, 1997, s.7; Schön, 2017).

For meg ble refleksjon en form for mental prosessering, med et formål om å forstå mer om et tema som det for meg ikke er en åpenbar løsning på. Anders Lindseth beskriver at refleksivpraksisforskning starter med «i en undring over hva det kan være som gjør en praksis spesiell eller problematisk (Lindseth, 2017, s. 245). Jeg har aldri tidligere brukt så mye tid på en skriveoppgave. Hver gang jeg har lest oppgaven på nytt, har refleksjonene, som har levd sitt eget liv, tatt meg på nye veier. Torbjørnsen og McQuirk skriver at i en refleksiv analyse kan selve skriveprosessen bidra til at «det som er uklart, blir klarere, at det som er taust, blir satt ord på og det som er skjult, blir synlig» (Torbjørnsen & McQuirk, 2021, s. 10). Dette kjenner jeg meg igjen i, på grunn av min refleksjonsprosess er det lite igjen av den opprinnelige teksten jeg først skrev. Min veileder rådet meg etter hvert til å satse på å besvare et spørsmål, slik at det ble en rød tråd i fortellingen. Det gjorde prosessen både lettere og mer vanskelig. Jeg hadde spørsmålet, som var stort og komplekst. Konsekvensen

ble at jeg tok bort mye av eksisterende tekst og begynte å reflektere på en ny og mer fokusert måte.

Et problem for meg er at når et tema er viktig for meg, vil jeg gjerne med teorier og begreper overbevise og forklare leseren så mye som mulig. Torbjørnsen og McGuirk mener at det da er en fare for at vi da ikke evner å se mulighetene for det som ligger bortenfor (2021, s. 12). Jeg har prøvd å være bevisst dette, men vet det fremdeles er en vei å gå her.

Jeg har valgt en personlig narrativ tilnærming og la vekt på å ikke gå over grensen til å bli for privat. Jeg har med veileders hjelp prøvd å sørge for at fortellingen har en faglig hensikt. Å skrive essay om hjelperens reaksjoner på psykiske belastninger, har presset meg mentalt, da det har krevd mot til å vise min egen sårbarhet. Beck-Karlsen skriver at man gjennom personlig bearbeidelse, kan bruke egne erfaringer til å selv forstå, og til å skape forståelse hos den som leser (Beck-Karlsen, 2003, s. 18-19). Dette oppsummerer min opplevelse av prosessen av å skrive essay. Min personlige fortelling skrev jeg tidlig i prosessen og det var spennende å se at den gjennom refleksjoner, har en helt ny betydning for meg nå, enn da jeg startet. På den måten har prosessen økt min forståelse av et problem jeg ikke helt så løsningen på.

Kildeliste

Alvsvåg, H. (1993). Det gode blikket og de gode hendene. Oslo: Tano

Alvsvåg, H. & Førland, O. (2007). Refleksjoner om utdanning og kunnskap i sykepleie. Engasjement og læring. Oslo: Akribe.

AML, (2022). Arbeidstilsynet. Verneombudets oppgaver. Hentet fra:

<https://www.arbeidstilsynet.no/regelverk/lover/arbeidsmiljolooven/6/6-2/>

Arbeidstilsynet, (2022). Psykososialt arbeidsmiljø. Hentet fra:

<https://www.arbeidstilsynet.no/tema/psykososialt-arbeidsmiljo/>

Bang, S. (2003). Rørt, rammet og rystet. Faglig vekst gjennom veiledning. Oslo: Gyldendal

Bartz, S., (26.03.2022). Lytt til oss som jobber med barnevern! Barnevernet blir ikke bedre av at et byråd må gå av. Bergens Tidene

Beck-Karlsen, J. (2003). Gode fagtekster. Essay for begynnere. Universitetsforlaget.

Berg, G. (2012). Skammens kompass: Fire retninger i en skamprodusert tid.

Psykologtidsskriften. Hentet fra: [https://psykologtidsskriftet.no/fra-](https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2012/04/skammens-kompass-fire-retninger-i-en-skamproduserendetid)

[praksis/2012/04/skammens-kompass-fire-retninger-i-en-skamproduserendetid](https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2012/04/skammens-kompass-fire-retninger-i-en-skamproduserendetid)

Cavanagh, N., Cockett, G, Heinrich, C., Doig, L., Fiest, K., Guichon, J.R., Page, S., Mitchell, I., Doig, J. (12.09.2019). Compassion fatigue in healthcare providers: A systematic review and meta-analysis. Nurse Ethics, (27.05.2020): 639-665. Hentet fra: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733019889400>

Det Nasjonale forskningscenter for arbeidsmiljø, (03.2008). Tillid er forudsætning for bedre psykisk arbeidsmiljø. Hentet fra

<https://nfa.dk/da/nyt/nyheder/2008/tillid-er-forudsætning-for-bedre-psykisk-arbejdsmiljoe>

Figley, C.R. (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding and the cost of caring. In B.H. Stamm (Ed.), Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators (pp. 3-28). The Sidrian press. Hentet fra: <https://psycnet.apa.org/record/1996-97172-001>

FO, 2019-2023. Yrkesetisk grunnlagsdokument. Yrkesetiske retningslinjer. 2. Verdier som forplikter. Hentet fra: <https://www.fo.no/getfile.php/1311735-1585635696/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>

Gallagher, A., (08.06 2020). Learning from Florence Nightingale: A slow ethics approach to nursing during the pandemic. Nursing Inquiry, Wiley. Hentet fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nin.12369>

Gulbransen, T., (29.10.2019). Hva er tillit? Sosiologen. Vinterseminariet. Hentet fra: <https://sosiologen.no/essay/essay/hva-er-tillit/>

Sandvik, 2016, Darwin og ismene. Hentet fra: <https://www.idunn.no/doi/abs/10.18261/ISSN1504-3118-2012-06-03>

Hansen, T. (2018). New Public Management. Hentet fra: https://snl.no/New_Public_Management

Helsebiblioteket, 2020, hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/psykisk-helse/posttraumatisk-stresslidelse>

Haavik, M. & Toven, S. (2020). Ivaretagelse av hjelpere. Oslo: Universitetsforlaget

Isdal, P. (2017). Smittet av vold. Bergen, Fagbokforlaget

Isdal, P. (2020). Foredrag: Medfølelsens pris. Krisekonferansen 2020. Arrangert av Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse. Hentet fra:

https://players.brightcove.net/5699924550001/default_default/index.html?videoId=6210479459001&fbclid=IwAR08eokAPjeCqACR3JzMxWWOpkywSEGwvRQz8pK2pJZ97kjwfWaLdwUUilY

Kassah, B.L.L. 2007. Tillit og kontroll i det nye arbeidslivet. Tidsskrift for samfunnsforskning, 2007-11-26, Vol.48 (4), p.579-589. Hentet fra:

<https://www.idunn.no/doi/pdf/10.18261/ISSN1504-291X-2007-04-05>

Katsounari, I., (12.2015). The road less traveled and beyond: Working with severe trauma and preventing burnout. Burnout research. Volum2, issue 4, pages 115-117. Hentet fra:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213058615300073?via%3Dihub>

Knight, C., (21.06.2018). Trauma informed practice and care. Implications for field instruction. Clinical Social Work Journal (2019) 47:79-89. Hentet fra:

<https://link.springer.com/article/10.1007/s10615-018-0661-x>

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G.H. (2016). Grunnleggende sykepleie 3 (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvam, M. (2020). Utbrenthet. Hentet fra Norsk helseinformatikk:

<https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/utbrenthet/>

Kvam, M. (30.04.2020). Utbrenthet. Norsk helseinformatikk AS: Hentet fra:

<https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/utbrenthet/>

Lovdata, (1999). Helsepersonelloven. Kapittel 2. Krav til helsepersonells yrkesutøvelse. § 4. Forsvarlighet.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Lovdata, (17.06.2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven). Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>

Lykke, N. (2019). Full spredning. Oktober.

Lauridsen, M.B. (2021). Individuell og kollektiv sårbarhet i hjelperollen. OA: Arbeidsinkludering, læring og innovasjon i NAV. Kapittel 14. Hentet fra: <https://www.orkana.no/wp-content/uploads/2021/12/kap14-individuell-og-kollektiv-sarbarhet-i-hjelperollen.pdf>

Lindseth, A., (2017). Refleksiv praksisforskning som en vei mot dosentkompetanse. Hentet fra: <file:///Users/katarinaheden/Downloads/mryste,+Kapittel+4.pdf>

Maslach, C., Leiter, M. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. World Psychiatry 2016;15;103-111. Hentet fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/wps.20311>

Malt, U., (30.03.2021). Utbrenthet. Det store medisinske leksikon. Hentet fra: <https://sml.snl.no/utbrenthet>

Masvie,T.B., 06.10.2014. Barmhjertighet i sykepleien. Sykepleie. Fagartikkel. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2014/10/barmhjertighet-i-sykepleien>

Mezirow, J. (1997). Transformative learning: Theory to practice. Hentet fra: <https://www.ecolas.eu/eng/wp-content/uploads/2015/10/Mezirow-Transformative-Learning.pdf>

Nav, (2021). Høyt sykefravær I helse- og sosialtjenester

<https://www.nav.no/no/lokalt/nordland/pressemeldinger/hoyt-sykefravaer-i-helse-og-sosialtjenester>

Nimmo, A. Huggard, P., (2013). A Systematic Review of the Measurement of Compassion fatigue, Vicarious Trauma, and Secondary Traumatic Stress in Physicians. Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies trauma.massey.ac.nz Volume 2013 – 1. Hentet fra:

http://tur-www1.massey.ac.nz/~trauma/issues/2013-1/AJDTS_2013-1_Nimmo.pdf

Norsk Sykepleierforbund, (2019). Yrkesetiske retningslinjer

<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Paris, M., Hoge, M.A. Burnout in the Mental Health Workforce: A Review. The journal of behavioral health services & research, 2009-12-15, Vol.37 (4), p. 519-528. Hentet fra:

<https://link-springer-com.galanga.hvl.no/content/pdf/10.1007/s11414-009-9202-2.pdf>

Regjeringen, (2022). Informasjon om arbeidet med tillitsreformen. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/tema/statlig-forvaltning/forvaltningsutvikling/tillitsreform/informasjon-om-arbeidet-med-tillitsreformen/id2894125/>

Regjeringen, 2021. NOU 2021:2, 9. Sykefravær, oppfølging og sykepenger.

Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2021-2/id2832582/?ch=10>

Rothschild, B. 2006. Help for the helper, self-care strategies for managing Burnout and stress. New York: Nortons & Company, Inc.

Schön, D.A., (2017). The reflective practitioner. How professionals think in action. Hentet fra:

<https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9781315237473/reflective-practitioner-donald-sch%C3%B6n>

Skårbrevik, K.J., (08.04.2009). Verdier og yrkesvalg. Norsk pedagogisk tidsskrift Vol.93, utg.2. Hentet fra:

<https://www.idunn.no/doi/10.18261/ISSN1504-2987-2009-02-04>

Statistisk sentralbyrå, (03.2022). Sykefravær. Hentet fra:

<https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/arbeidsmiljo-sykefravaer-og-arbeidskonflikter/statistikk/sykefravaer>

STAMI, (31.03.2016). Arbeidsmiljøets betydning for sykefraværet i helse- og sosialyrker. Hentet fra:

<https://stami.no/arbeidsmiljoets-betydning-for-sykefravaeret-i-helse-og-sosialyrker/>

Teater, M., Ludgate, J., (2014). Overcoming compassion fatigue: A practical resilience workbook. Pesi Publishing

Torbjørnsen, C.H., McGuirk, J., (16.03.2021). Det vitenskapelige essayet i profesjonsforskning: en kritisk utprøvende metode. Publisert i Tidsskrift for psykisk helsearbeid s.5-14. Hentet fra:

<https://www.idunn.no/doi/10.18261/issn.1504-3010-2021-01-02>

Zhang, Y., Zhang, C., Xiao-Rong, H. (06.2018). Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing. *Medicine (Baltimore)*, 2018-06, Vol.97 (26), p.e11086-e11086. Hentet fra:

https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2018/06290/Determinants_of_compassion_satisfaction,.10.aspx
[X](#)

Vetlesen, A.J., Henriksen, J.-O. (2003). *Moralens sjanser i markedets tidsalder*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

World Health Organization (2019). Burn-out an “occupational phenomenon” International Classification of diseases. Hentet fra:

<https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

Vedlegg I: Søk og valg av litteratur

Essayet som sjanger er en sammensatt prosaform som i hovedsak består av refleksjon og fortelling, men det skal et saklig innhold og litterære kvaliteter (Bech-Karlsen, 2003, s. 19). Dette vedlegget er en utdypning av hvordan jeg har gått frem for å finne relevant forskning og litteratur. Innsikt i nevnte forskning har bidratt til større forståelse for de temaer jeg har vært innom i mitt essay. Torbjørnsen og McGuirk skriver at litteratur i et essay skal bidra til å belyse de erfaringer fortellingene handler om og utdype forståelsen for temaet. De skriver videre at litteraturen ikke skal brukes for å søke bekreftelse, da er det en fare for at vi lukker for andre måter å forstå på (2021, s. 12). I dette henseende ble prosessen med å finne og lese litteratur og forskning annerledes for meg enn da jeg har skrevet prosjektoppgaver. Denne gangen leste jeg et bredere utvalg av litteratur og artikler om det samme temaet, for å få et overblikk over forskjellige vinklinger og tanker om saken. I tidligere oppgaver har jeg ofte søkt etter litteratur som kunne støtte opp under en hypotese jeg ønsket få bekreftet. Min veileder sa at i essayskriving kunne jeg se det som om jeg var en ordstyrer som førte en samtale med ulike forfattere. Torbjørnsen og McGuirk foreslår at vi kan la oss inspirere av Gadamer's erkjennelse av «...at ingen av oss, i det vi sier, rommer hele sannheten – men at hele sannheten likevel kan romme oss begge, i det vi sier hver for oss» (Gadamer, 2003, s. 32, referert i Torbjørnsen & McGuirk, 2021, s. 12).

Sjangeren har stor bredde i bruk av kilder og før jeg begynte å skrive, leste jeg et vidt spekter av litteratur og så Ted talks og fagseminarer om temaet. Dette satte i gang refleksjonene og kreativiteten. Slik fikk jeg et overblikk over forfattere og forskning som det ofte ble referert til. Da jeg kom i gang med skriveprosessen, valgte jeg å legge hovedvekten på anerkjente fagbøker og artikler. Refleksjonene tok meg stadig på nye stier, og dette gjorde at det ble nye temaer som kunne være med på å belyse det spørsmål jeg hadde valgt å undre meg over. Dette ledet til at jeg søkte etter ny litteratur og forskning gjennom hele skriveprosessen.

Siden jeg ønsket å belyse forhold i Norge, valgte jeg å i hovedsak å referere og dra paralleller til norsk litteratur, lovverk og retningslinjer i de spesifikke spørsmålene

som omhandlet dette. Per Isdals bok «smittet av vold» er den bok som mest inngående beskriver emosjonelle belastninger i hjelpeyrkene og dermed ble Per Isdal etterhvert den forfatter som jeg som ordstyrer «snakket mest med». For å forstå mer omkring generelle temaer, brukte jeg den litteraturen og de artiklene jeg mente var mest relevante

En utfordring ved å skrive essay er alle sidesprang, hvilket gjør at jeg var innom temaer, som i seg selv fortjener et eget essay. Mitt tema jeg preges av høy grad av kompleksitet og gjør at jeg så vidt berører visse temaer. Av hensyn til oppgavens omfang ikke går dypere inn på disse emnene. Likeledes ble det avgrensninger for temaer jeg besvarte mer i dybden, flere av disse kunne også fått større plass.

Når jeg tidligere har skrevet oppgaver har jeg brukt KBP – læringsverktøy. Denne gangen passet det bedre å søke med relevante søkeord direkte i ulike databaser. Noen ganger har jeg søkt opp artikler som det ofte er henvist til i litteraturen. Noen forskningsartikler er eldre enn ønsket, men jeg har her prioritert relevans fremfor å velge nyest mulig forskning. Jeg har valgt å søke i databasene Oria og PubMed samt søkemotoren Google scholar. Eksempel på søkeord/sammensetninger jeg har benyttet: Burnout, compassion fatigue, secondary trauma, empathy, compassion, Florence Nightingale/compassion, collective compassion fatigue, tillit/kontroll, shame, barmhjertighet. I tillegg til søk i de nevnte databasene brukte jeg veiledere og rapporter gjennom Helsedirektoratet, NAV og STAMI, samt ulike lovverk.

Figley (1995) og Mathieu (2012) er ikke skrevet med sidetall. Jeg fikk ikke lastet ned artiklene PDF og fikk dermed ikke sidetall.