



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

PHA508-MOPPG-2024-VÅR-FLOW assign

Predefinert informasjon

Startdato: 01-05-2024 09:00 CEST
Sluttdato: 15-05-2024 14:00 CEST
Eksamensform: Masteroppgave
Termin: 2024 VÅR
Vurderingsform: Norsk 6-trinns skala (A-F)
Flowkode: 203 PHA508 1 MOPPG 2024 VÅR
Intern sensor: (Anonymisert)

Deltaker

Kandidatnr.: 425

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 21616

Egenerklæring *:

Ja

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

Ja

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)
Gruppenummer: 9
Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller of

Nei

MASTEROPPGAVE

Risiko og Resiliens blant Psykiske Helsearbeidere – En kvalitativ studie av hva psykiske helsearbeidere vektlegger som betydningsfullt for å føle seg ivaretatt i møtet med pasienters psykiske smerteuttrykk.

Risk and Resilience Among Mental Health Workers - A qualitative study of what mental health workers emphasize as significant to feel cared for in encounters with patients' expressions of mental pain.

Kandidatnummer: 425
Hans Petter Algerøy

Psykisk helse og rusarbeid
Institutt for velferd og deltaking
Veileder: Liv Grethe Kinn
Innleveringsdato: 29. mai 2024
Antall ord: 21.616

Forord

Valget om å utforske opplevelsen av møtet med pasienters psykiske smerte i min masteroppgave føltes naturlig etter erfaringer fra arbeid med ulike psykiske lidelser siden jeg ble utdannet sosionom i 2019. Hver bruker jeg har møtt har hatt unike uttrykk for psykisk smerte, og kollegaene har vist ulike måter å håndtere disse interaksjonene på. Temaet for oppgaven ble til slutt ivaretagelsen av psykiske helsearbeidere. Jeg dykket inn i en verden der de psykiske helsearbeidere satt ord på hjelpestrategier, vanligvis beregnet for deres brukere, som de i denne prosessen anså å også være nyttig på seg selv. Drevet av et ønske om å beskytte kompetente fagfolk, både ferske og erfarne, håper jeg at denne innsikten kan bidra til varig motivasjon og økt faglig dyktighet.

Jeg har lært mye gjennom å arbeide med masterprosjektet. Både når det gjelder å ivareta meg selv, men også når det gjelder å hjelpe mine kollegaer. Det å skrive denne oppgaven har vært givende, men også utfordrende å balansere med full jobb som miljøterapeut og faglig veileder.

Jeg ønsker å uttrykke min takknemlighet til min akademiske veileder, Liv Grethe Kinn, for hennes kloke råd og støtte, og min kliniske veileder, Mona Ynnesdal, for hennes veiledning ved siden av mine yrkesforpliktelser. Jeg ønsker også å takke mine informanter for at de ønsket å delta med rik kunnskap i denne studien.

En spesiell takk går også til min samboer, Mary-Christine, for hennes forståelse og oppmuntring. Takk for at du har gitt meg motivasjon og rom for å fullføre dette prosjektet.

Bergen 29. mai 2024

Hans-Petter Algerøy

Sammendrag:

Bakgrunn: Studien setter søkelys på psykiske helsearbeideres opplevelser av å håndtere pasienters psykiske smerteuttrykk. Hensikten er å forstå hvordan psykiske helsearbeidere påvirkes emosjonelt og fysisk av sitt arbeid, og hvilke tiltak som er på plass for å støtte dem i deres krevende jobb. Bakgrunnen for studien er den økende bevisstheten om sekundærtraumatisering og utbrenthet blant helsearbeidere, samt behovet for bedre støtte og tiltak for å ivareta deres psykiske helse.

Metode: Studien benytter en kvalitativ forskningsmetode med strukturerte intervjuer. Fem psykiske helsearbeidere ble intervjuet for å få innsikt i deres opplevelser og utfordringer knyttet til arbeidet med pasienters psykiske smerte. Intervjuene ble analysert ved hjelp av systematisk analyse, hvor hovedtemaer og underkategorier ble identifisert og senere drøftet.

Resultater: Tre hovedtemaer ble identifisert: (1) Profesjonell belastning: kampen mot å miste seg selv, (2) Å sjonglere mellom selvhjelp og ivaretagelse av kollegaer, og (3) Behov for mer emosjonell støtte og faglig oppfølging. Resultatene tyder på at helsearbeidere opplever emosjonell og fysisk belastning i arbeidet. Arbeidet med pasienters psykiske smerte kan føre til utmattelse, og behovet for sterkere emosjonell støtte og faglig veiledning ble tydelig fremhevet som betydningsfulle faktorer for ivaretagelse.

Nøkkelord: Psykiske helsearbeidere, relasjonelt arbeid, psykisk smerteuttrykk, traumer, sekundærtraumatisering, utbrenthet, emosjonell støtte, arbeidsrelatert stress, vold, trussler, salutogenese, stressmestring, fenomenologisk, hermeneutisk, kvalitativ, systematisk tekstkondensering.

Abstract

Background: The study focuses on the experiences of mental health workers in handling patients' expressions of mental pain. The purpose is to understand how these professionals are emotionally and physically affected by their work, and what measures are in place to support them in their demanding job. The background of this study is the increasing awareness of secondary traumatization and burnout among health workers, as well as the need for better support and measures to maintain their mental health.

Method: The study uses a qualitative research method with structured interviews. Five mental health workers were interviewed to gain insight into their experiences and challenges related to working with patients' mental pain. The interviews were analyzed using systematic analysis, where main themes and subcategories were identified and later discussed.

Results: Three main themes were identified: (1) Professional strain: the struggle against losing oneself, (2) Juggling self-help with the care of colleagues, and (3) The need for more emotional support and professional guidance. The results suggest that healthcare workers experience emotional and physical strain in their work. Working with patients' mental pain can lead to exhaustion, and the need for stronger emotional support and professional guidance was clearly highlighted as significant factors for care.

Keywords: Mental health workers, relational work, expression of mental pain, traumas, secondary traumatization, burnout, emotional support, work-related stress, violence, threats, salutogenesis, stress management, phenomenological, hermeneutic, qualitative, systematic text condensation.

Innholdsfortegnelse

1.0	INNLEDNING	1
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2	MÅL MED STUDIEN OG FORSKNINGSSPØRSMÅL	3
1.3	BEGREPSAVKLARING OG AVGRENSNING.....	3
1.4	OPPGAVENS OPPBYGNING	4
2.0	HELSEPOLITISKE FØRINGER	5
2.1	LOVVERK.....	5
2.2	SAMMEN OM MESTRING.....	5
2.3	ARBEIDSTILSYNETS RÅD OM FOREBYGGING AV ARBEIDSRELATERT STRESS	6
2.4	ARBEIDSTILSYNETS TILTAK MOT VOLD OG TRUSLER I ARBEIDSLIVET.	7
3.0	TIDLIGERE FORSKNING OG KUNNSKAP OM TEMA.	8
3.1	SEKUNDÆRTRAUMATISERING OG UTBRENTHET BLANT HJELPERE: EN SYNTSE AV FORSKNING	8
3.2	IVARETAKELSE AV PSYKISKE HELSE I HELSEARBEIDET	9
3.3	ORGANISATORISKE STRATEGIER FOR Å IVARETA ANSATTE	10
4.0	TEORETISK RAMMEVERK	13
4.1	FRA STRESS TIL SYKDOM OG UTBRENTHET.....	13
4.2	INTEGRERING AV RELASJONSKOMPETANSE OG RESILIENS I MILJØTERAPI.....	16
4.3	ESSENSEN AV SALUTOGENE STRESSMESTRINGSTEKNIKKER	18
4.4	ARBEIDSORGANISERING SOM ER HELSEFREMMEDE	21
5.0	METODE OG FORSKNINGSDESIGN	23
5.1	FORSKNINGSDESIGN	23
5.2	REKRUTTERING AV INFORMANTER.....	23
5.2.1	<i>Utvalgskriterier og deltakelse</i>	24
5.3	DATAINNSAMLING.....	25
5.4	GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE	26
5.5	TRANSKRIBERING AV INTERVJUENE	26
5.6	FORSKNINGSETIKK.....	26
5.7	FØRFORSTÅELSE OG REFLEKSIVITET.....	28
5.8	DATANALYSE – SYSTEMATISK TEKSTKONDENSERING	29
6.0	RESULTATER	31
6.1	PROFESJONELL BELASTNING: KAMPEN MOT Å MISTE SEG SELV	31
6.2	Å SJONGLERE MELLOM ASPEKTET SELVHJELP OG IVARETAKELSE AV KOLLEGAER.....	34
6.3	BEHOV FOR MER EMOSJONELL STØTTE OG FAGLIG OPPFØLGING PÅ JOBBEN	37
6.3.1	<i>Oversikt over støttetiltak</i>	37
6.3.2	<i>Passiv versus proaktiv støtte fra ledelsen</i>	38

6.3.3 Ønsket om en endret tilnærming til ivaretagelse.....	40
7.0 DISKUSJON	42
7.1 Å VÆRE PÅ TIL EN PRIS: EMPATISLITASJE I OMSORGSYRKER	42
7.2 HELSEFREMMENTE STRATEGIER: INKORPORERING AV SALUTOGENESE PERSPEKTIVER FOR PSYKISK HELSEPERSONELL	45
7.3 VEIEN VIDERE – STØTTESYSTEMER OG ORGANISATORISKE RESSURSER.....	48
7.4 IMPLIKASJONER FOR FORSKNING OG PRAKSIS.....	52
7.5 STUDIENS STYRKER OG SVAKHETER.....	53
8.0 AVSLUTNING	56
LITTERATURLISTE	57
VEDLEGG 1: INFORMASJONSSKRIV.....	61
VEDLEGG 2: SAMTYKKESKJEMA	62
VEDLEGG 3: INTERVJUGUIDE.....	63
VEDLEGG 4: VURDERING FRA SIKT	64
Tabelloversikt	
TABELL 1: DELTAKERE I INTERVJUENE	25
TABELL 2: ILLUSTRASJON AV DE FIRE TRINNENE I STC.....	30

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Turnover og sykemeldinger i helsevesenet er omtalt tema i media (Halvorsen, 2020). Det australske instituttet for helse og sikkerhet anslo i 2019 at arbeidsfravær blant helsearbeidere på grunn av dårlig mental helse kostet mellom 13-17 milliarder dollar per år (Cohen, Pignata, Bezak, Tie & Childs, 2023, s. 2). Analyser av statistikk knyttet til sykefravær viser at yrker som arbeider med andre menneskers lidelser og problemer utgjør de mest helsefarlige yrkesområdene i samfunnet (Isdal, 2017, s. 140). Store deler av de høye tallene kan forklares med de psykiske belastningene som ligger i det å jobbe med andres lidelser. Psykisk helsearbeid foregår gjennom møter og samtaler med mennesker med psykiske lidelser, hvor omsorg totalt sett er et viktig aspekt. Når disse møtene blir krenkende, kan det oppstå fundamentale vansker relasjonene (Bøe & Thomassen, 2017, s. 17). Pasienter innenfor psykisk helsevern bærer ofte med seg et psykisk smerteuttrykk som kan være utfordrende å arbeide med (Johansson, 2016, s. 114). En sammensetning av alvorlige psykiske helseproblemer, rusmisbruk og en fortid med voldelige episoder øker sannsynligheten for alvorlige og voldelige hendelser. En balansert forståelse av risikoen for vold kan dermed bistå psykiske helsearbeidere i sitt arbeid (Helsedirektoratet, 2014, s. 33). Noen yrkesgrupper er spesielt sårbare for risiko for vold på jobb, som vernepleiere, sosionomer, helsefagarbeidere og sykepleiere. Sektorer som helse og sosialomsorg, psykiske helseinstitusjoner, sosialtjenester og barnevern bransjer som ofte møter disse utfordringene (Arbeidstilsynet, 2024, s. 5).

Personer som jobber tett med traumatiserte individer, kan bli påvirket av klientens traumer på en slik måte at de selv kan oppleve traumesymptomer (Hagen & Silva, 2021, s. 221). Arbeid under forhold preget av høyt arbeidspress, lav grad av selvbestemmelse over arbeidsoppgaver, samt et miljø hvor den individuelle oppfatningen av yrkesmessig kompetanse konstant utfordres, er faktorer som kan bidra til utviklingen av omsorgstretthet eller utbrenthet (Haavik & Toven, 2020, s. 51).

Arbeidsmiljølovens formål er blant annet *å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske*

skadevirkninger (Arbeidsmiljøloven, 2005, §1-1). Beskyttelsesansvaret overfor belastninger som kan gi psykiske skadevirkninger for ansatte kommer tydelig frem i det juridiske regelverket. Begrepene sekundærtraumatisering, vikarierende traumatisering, omsorgstretthet og utbrenthet er inkludert under paraplyen av psykiske belastninger som arbeidsgivere er pålagt å forebygge, ifølge arbeidsmiljøloven. Ifølge det norske Arbeidstilsynet (2024, s. 1) er forebygging av arbeidsrelatert stress og utbrenthet en viktig del av arbeidsgivers ansvar for å legge til rette for et sunt og trygt arbeidsmiljø. Arbeidsgivere er også forpliktet til å kunne legge frem dokumentasjon på hvilke strategier som verner ansattes velvære i forhold til arbeidsbelastninger, samt tilrettelegge for justeringer i arbeidsforhold som er knyttet til den individuelle arbeidstakers kapasiteter og personlige livsomstendigheter (Isdal, 2017, s. 56).

Jeg har selv erfart at en kan bli påvirket av jobben som psykisk helsearbeider ettersom det kan være vanskelig å kjenne på noen av følelsene som er knyttet til miljøet en arbeider i. I møte med pårørende i mitt daglige arbeid hører jeg ofte utsagn som: *Er ikke det en del av jobben din å tåle utagering?* Et av hovedfunnene i denne studien er at psykiske helsearbeidere *må tåle mye, men en er nødt til å tåle det med hjelp fra andre*. Sykefraværstatistikken indikerer ifølge Isdal (2017, s. 140) at psykiske helsearbeidere påvirkes av den jobben de gjør, og at mange selv blir syke av miljøet en opplever på sin arbeidsplass.

Det er en velkjent klinisk realitet at psykisk stress oppstår når traumatiske opplevelser overstiger egen kapasitet (Skogstad et al., 2011, s. 16). Oppfatningen av at langvarig yrkesmessig eksponering for krevende mellommenneskelige situasjoner uten tilstrekkelig støtte, kan lede til psykisk belastning hos enkelte personer, har vært kjent siden begynnelsen av 1970-tallet (Deville, Wright & Varker, 2009, s. 373). Forfattere som blant annet Devilly et al. (2009) etterspør forskning som kan bidra til kunnskap om hva som kan være med på å forebygge stress på arbeidsplassen. Med tanke på at det tilbys workshops og behandling for sekundærtraumatisering til terapeuter som arbeider med traumepasienter, blir et empirisk grunnlag rettet mot forebyggende tiltak for disse begrepene mer og mer nødvendig (Deville et al., 2009, s. 374). Når psykiske helsearbeidere er opptatt av å yte godt i arbeidet, står de ofte i fare for å havne i et arbeidsmønster som gjør at de ikke klarer å restituere seg ordentlig (Haavik & Toven, 2020, s. 51). For å kunne bidra til kunnskap om å ivareta ansatte må en først vite mer om problemområdene som psykiske helsearbeidere møter i arbeidet. Jeg har et ønske om å øke min kunnskap og forståelse om mulig sårbarhet og ivaretagelse av psykiske

helsearbeidere, slik at jeg kan ta med meg den kompetansen i møte med mine kollegaer og andre fagfolk.

1.2 Mål med studien og forskningsspørsmål

Denne studien har som mål å utforske hvordan psykiske helsearbeidere, fra fire ulike enheter for støtte ved psykiske og rusrelaterte utfordringer, kan oppleve å føle seg ivaretatt i sin arbeidshverdag. Hvordan blir for eksempel psykiske helsearbeidere påvirket av møte med pasienters psykiske smerteuttrykk, og hvilke tiltak har arbeidsplassen for å møte ansattes behov når det gjelder å ivareta deres egen psykiske velvære gjennom arbeidet? Jeg håper at studien kan bidra til økt kunnskap om hvordan ettervirkningene fra møte med psykisk helsearbeid kan lindres eller forebygges.

Problemstilling: Hva vektlegger psykiske helsearbeidere som betydningsfullt for å føle seg ivaretatt i møte med pasienters psykiske smerteuttrykk?

Problemstillingen kan være aktuell i enhver kontekst hvor en samhandler med mennesker, men oppgaven tar utgangspunkt i psykiske helsearbeidere sitt førsteperspektiv i deres arbeid. Kan det tenkes at psykiske helsearbeidere selv blir traumatisert av historier eller opplevelser som foregår i relasjonen mellom pasient og hjelper? Jeg håper at studien kan bidra til økt kunnskap om hvordan ettervirkningene fra møte med psykisk helsearbeid kan lindres eller forebygges.

1.3 Begrepsavklaring og avgrensning

Omsorgstretthet og *sekundærtraumatisering* er begreper som kommer til å bli brukt i løpet av denne studien. *Omsorgstretthet* omtales som en tilstand av intens emosjonell og fysisk utmattelse som kan prege personell innen hjelpeyrker igjennom deres profesjonelle livsløp (Haavik & Toven, 2020, s. 51). *Sekundærtraumatisering* beskriver fenomenet der en person utvikler traumereaksjoner som følge av å høre om, eller være vitne til andre traumatiske opplevelser. Konseptet vikarierende traumatisering er en prosess som berører individer med tette emosjonelle bånd til traumatiserte individer, som for eksempel familiemedlemmer eller venner (Havik & Toven, 2020, s. 48).

Ordet *pasient* betegner individer som mottar eller blir tilbudt assistanse fra helsetjenester, eller mennesker som selv oppsøker disse tjenestene for å be om helsehjelp (Helsedirektoratet, 2015, s. 2). På den andre siden er *bruker* personer som etterspør tjenester som er regulert under helse- og omsorgstjenesteloven, hvor disse tjenestene ikke klassifiseres som helsehjelp (Helsedirektoratet, 2015, s. 2). Uttrykkene bruker, og pasient vil begge bli brukt i denne studien basert på de ovenforstående definisjonene fra Helsedirektoratet (2015).

Psykisk smerte er en betegnelse som omfatter mange ulike vonde og vanskelige følelsetilstander. Psykiske smerteuttrykk kan romme tilstander som blant annet frykt, angst, sorg, frustrasjon, bitterhet, selvbepreidelse, depresjon, melankoli, fortvilelse, forvirring og hevnløst (Haugsgjerd, 2018, s. 32).

1.4 Oppgavens oppbygning

Innholdet i oppgavens kapittel to og tre gir bakgrunnskunnskap som er relevant for studiens forskningsspørsmål. I kapittel to presenteres juridiske og helsepolitiske føringer i form av dokumenter som lovverk og faglige retningslinjer fra Arbeidstilsynet og Helsedirektoratet. Kunnskap og tidligere forskning på sekundærtraumatiserende stress og arbeidsrelatert stress, samt perspektiver som kan tenkes å forebygge disse fenomenene blir presentert i kapittel tre. Det fjerde kapittelet inneholder oppgavens teoretiske rammeverk, hvor blant annet begrepene potogenese og salutogenese bidrar til å se hva som kan både føre til, og lindre psykisk smerte. Oppgavens metode og vitenskapsteoretiske tilnærming gjøres rede for i kapittel fem. Resultater fra de individuelle intervjuene blir presentert i kapittel seks, og i oppgavens syvende kapittel diskuteres studiens funn opp mot litteraturen som har blitt presentert tidligere i oppgaven. Avslutningsvis i kapittel syv blir implikasjoner for videre forskning diskutert, samt styrker og svakheter med studien.

2.0 Helsepolitiske føringer

2.1 Lovverk

Formålet med Arbeidsmiljøloven (2005, § 1-1, a) er å fremme et arbeidsmiljø som støtter en sunn og meningsfull arbeidssituasjon, som sikrer beskyttelse mot skadelige fysiske og psykiske påvirkninger. Loven legger også grunnlag for tilrettelegging i arbeidssituasjoner for å ta hensyn til individuelle forutsetninger og livssituasjoner (Arbeidsmiljøloven, 2005, § 1-1, d). Videre er det et mål at arbeidsgivere og arbeidstakere skal kunne opprettholde og forbedre arbeidsmiljøet i samarbeid med arbeidslivets organisasjoner, og at de kan gjøre det med støtte og oppfølging fra relevante offentlige myndigheter (Arbeidsmiljøloven, 2005, § 1-1, e).

Arbeidsmiljøloven (2005) pålegger at virksomheter skal sørge for at arbeidsmiljøet er tilstrekkelig sikkert og helsefremmende basert på både individuell og kollektiv vurdering av de faktorer ved arbeidsmiljøet som kan påvirke arbeidstakernes fysiske og mentale velvære (§ 4-1, 1. ledd). I tillegg kreves det at arbeidsorganisering, ledelse og tilrettelegging skal planlegges og utføres med sikte på å unngå arbeidsrelaterte skader og sykdommer (§ 4-1, 2. ledd). Videre understrekes betydningen av å vurdere og minimere risikoer forbundet med alenearbeid (§ 4-1, 3. ledd).

2.2 Sammen om mestring

Sammen om mestring er et hjelpemiddel formulert for at psykiske helsearbeidere i kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester skal kunne tilby best mulig støtte til målgruppen innenfor psykisk helse og rusarbeid. Det er et hovedfokus på at psykiske helsearbeidere skal minske tilfellene av angst, depresjon og utfordringene relatert til rusmidler. Målet med dette er å forbedre livskvaliteten for individer og samtidig redusere den samlede belastningen disse utfordringene påfører samfunnet. (Helsedirektoratet, 2014, s. 3). Vold, ulykker, akutte psykiske lidelser, forgiftninger og overdoser representerer flertallet av de skadelige konsekvensene som er forbundet med bruk av rusmidler. Personer med alvorlige psykiske lidelser befinner seg oftere i miljøer hvor vold forekommer mer hyppig, noe som kan øke risikoen for at de selv blir involvert voldsepisoder (Helsedirektoratet, 2014, s. 33). En sammensetning av alvorlige psykiske helseproblemer, rusmisbruk og en fortid med voldelige episoder øker sannsynligheten for alvorlige hendelser. En balansert forståelse av risikoen for vold kan bistå psykiske helsearbeidere i sitt arbeid med målgruppen (Helsedirektoratet, 2014,

s. 33). Det er viktig at psykiske helsearbeidere har prosedyrer for å vurdere risikoen for vold. Det finnes risikovurderingsverktøy som kan tas i bruk, som hovedsakelig er designet for bruk på akuttavdelinger og ved andre behandlingssteder (Helsedirektoratet, 2014, s. 58).

Ved å gjennomføre en kompetansekartlegging, kan en kommune fastslå den generelle og spesielle ekspertisen innenfor rus- og psykisk helsearbeid sine virksomheter. Slik kartlegging vil avsløre mulige mangler på kunnskap og danne en basis for analyse og planlegging av fremtidige behov for kompetanse. Å løfte kompetansen strategisk er et lederansvar som bør styres basert på virksomhetens totale kunnskapsgrunnlag. Det anbefales å utvikle kompetanseplaner som spesifiserer ansvarsområder, tidsrammer, behov for ressurser og måten gjennomføringen skal foretas på. Ansettelse, videreutdanning og etterutdanning, veiledning fra kolleger, faglige nettverk og praksisplasser er ulike tiltak som kan inkluderes i kompetanseplanen. I tillegg er det være fordelaktig å bruke samarbeidsarenaer for samarbeid til utveksling av erfaringer, kunnskap og ferdigheter (Helsedirektoratet, 2014, s. 133).

2.3 Arbeidstilsynets råd om forebygging av arbeidsrelatert stress.

Ifølge det norske Arbeidstilsynet (2024, s. 1) er forebygging av arbeidsrelatert stress og utbrenthet en viktig del av arbeidsgivers ansvar for å legge til rette for et sunt og trygt arbeidsmiljø. Arbeidsrelatert stress og utbrenthet kan ha alvorlige konsekvenser for de ansattes helse, produktivitet og trivsel. En av årsakene til arbeidsrelaterte psykiske plager er å oppleve kritiske situasjoner og ulykker på jobb. Dette gjelder både de som er direkte berørt og de som observerer hendelsen. Vold og trusler under arbeidsutførelse er eksempler på slike uheldige hendelser som kan resultere i psykiske trauma, og medføre psykiske lidelser (Arbeidstilsynet, 2024, s. 3)

Arbeidstilsynet gir følgende råd og anbefalinger for å forebygge stress og utbrenthet: Arbeidsgivere bør gjennomføre systematiske undersøkelser, som for eksempel arbeidsmiljøundersøkelser eller risikovurderinger for å identifisere faktorer som bidrar til stress og utbrenthet på arbeidsplassen (Arbeidstilsynet, 2024, s. 3). Arbeidsgivere bør også tilrettelegge for arbeidsoppgaver og arbeidsforhold slik at de er realistiske og handterbare for de ansatte. Det kan inkludere å tilby tilstrekkelig ressurser, klare forventninger og riktig arbeidsbelastning. Et positivt og støttende arbeidsmiljø kan også bidra til å redusere stress og risikoen for utbrenthet. Dette kan oppnås ved å fremme åpen kommunikasjon og støtte fra

ledelsen. Til slutt vektlegges det at en sertifisert bedriftshelsetjeneste besitter den nødvendige ekspertisen for å arbeide proaktivt med arbeidsmiljøspørsmål (Arbeidstilsynet, 2024, s. 4).

2.4 Arbeidstilsynets tiltak mot vold og trusler i arbeidslivet.

Flere arbeidstakere står ovenfor situasjoner hvor de opplever trusler og vold i arbeidssammenheng. Arbeidsgivere skal ha tiltak for å hindre vold og trusler, og ha klare retningslinjer for støtte til medarbeidere som opplever slike hendelser (Arbeidstilsynet, 2024, s. 1).

Virksomheten kan oppleve flere negative utfall som følge av vold og trusler, inkludert høyere sykefraværstrater, nedgang i arbeidstakernes motivasjon og produktivitet, hyppigere turnover hos ansatte, vanskeligheter med å tiltrekke seg nytt personell, samt tap av kompetanse på grunn av at ansatte forlater jobben (Arbeidstilsynet, 2024, s. 4). Noen yrkesgrupper er spesielt sårbare for risiko for vold på jobb, som vernepleiere, sosionomer, helsefagarbeidere og sykepleiere. Sektorer som helse og sosialomsorg, psykiske helseinstitusjoner, sosialtjenester og barnevern bransjer hvor disse yrkesgruppene ofte møter disse utfordringene (Arbeidstilsynet, 2024, s. 5). Alenearbeid forsterker risikoen for voldelige episoder grunnet utfordringene knyttet til å be om hjelp og assistanse i nødtilfeller. Høy turnover blant personalet, minimale bemanningsnivåer, manglende opplæring for ansatte, samt bruk av vikarer som ikke har tilstrekkelig kompetanse, kan også bidra økt voldsrisiko på arbeidsplassen. Når disse risikoelementene oppstår i kombinasjon, blir den totale risikoen for vold større enn hvis de skulle forekomme isolert (Arbeidstilsynet, 2024, s. 5).

For effektiv håndtering av vold og trusselsituasjoner er det betydningsfullt med klare prosedyrer for hvordan man bør reagere både under og i tiden etter hendelser. Det er viktig å anerkjenne og akseptere alle følelsesreaksjoner som de ansatte måtte oppleve som en konsekvens av hendelsen. Ledelsen har ansvar for å koble inn profesjonell assistanse og sørge for nødvendig oppfølging av de ansatte i ettertid av hendelser som involverer vold og trusler. Det bør være lav terskel for å hente inn støtte fra bedriftshelsetjenesten eller annet fagpersonell når det er behov for det (Arbeidstilsynet, 2024, s. 5).

3.0 Tidligere forskning og kunnskap om tema.

Ifølge både Haavik og Toven (2020) og Isdal (2017) finnes det lite norsk litteratur som handler om sekundærtraumatiserende stress (STS) og ivaretagelse av hjelperen. Utenom Isdal (2017) og Havik og Toven (2020), har jeg tatt utgangspunkt i engelskspråklig litteratur når jeg presenterer tidligere forskning som har blitt gjort på temaet. Isdal (2017) utforsker ikke bare hvordan vold ikke bare påvirker ofrene, men også det påvirker de som jobber profesjonelt med vold. Haavik og Toven (2020) har undersøkt viktigheten av mental helse og velvære for de som arbeider i yrker som involverer omsorg for andre, inkludert helsepersonell, førstehjelpsarbeidere og sosialarbeidere.

3.1 Sekundærtraumatisering og utbrenthet blant helpere: En syntese av forskning

Ifølge Bride (2007, s. 63) har omsorg for de som har vært utsatt for traumer en sammenheng med at hjelperen kan kjenne på negative psykologiske effekter som følge av å bli eksponert for pasientens traumatiske historier. Bride (2007, s. 63) viser i sin studie fra USA at flere sosialarbeidere som arbeider direkte med pasienter som har opplevd traumer, sannsynligvis vil oppleve minst et symptom på sekundær traumatisering (STS), og noen kan oppfylle de diagnostiske kriteriene for posttraumatisk stresslidelse (PTSD).

Deville, Wright og Varker, (2009, s. 373) utførte en studie som undersøkte hvordan arbeid med traumeutsatte pasienter påvirker personalet. Oppfatningen av at langvarig yrkesmessig eksponering for krevende mellommenneskelige situasjoner uten tilstrekkelig støtte, kan lede til psykisk belastning hos enkelte personer, har vært kjent siden begynnelsen av 1970-tallet. Devilly et al. (2009, s. 374) viser til at høy turnover i tillegg til å være nyansatt og usikker på egen trygghet førte til usikkerhet på arbeidsplassen.

Forskningsfeltet har gjort begrenset framgang i å forbedre situasjonen for helsearbeidere med utbrenthet (Dreison, Luther, Bonfils, Sliter, McGrew & Salyers, 2018, s. 2). Utbrenthet er et velkjent fenomen blant psykiske helsearbeidere og er forbundet med betydelige kostnader for ansatte, forbrukere og organisasjoner (Dreison et al., 2018, s. 2). Dreison et al (2018) gjennomførte et systematisk litteratursøk etter studier som inneholdt tiltak rettet mot utbrenthet hos helsepersonell. I den systematiske litteraturgjennomgangen benyttet Dreison et al. (2018, s. 7) en omfattende søkestrategi, hvor han søkte i 7 ulike databaser. Litteratursøket

resulterte i 29 internasjonale studier som møtte inklusjonskriteriene. Studiene som ble inkludert i metaanalysen ble gjennomført over en periode på mer enn tre tiår, fra 1982 til 2014 (Dreison et al., 2018).

Cohen, Pignata, Bezak, Tie og Childs (2023) gjennomførte en systematisk litteraturgjennomgang for å undersøke positive tiltak på arbeidsplassen rettet mot å støtte velvære og redusere utbrenthet for sykepleiere, leger og helsepersonell. De utførte søk i fem helse- og medisindatabaser, og antallet studier som til slutt ble inkludert i denne systematiske gjennomgangen, var 33 (Cohen et al., 2023, s. 3). Bredt anerkjent som omsorgens kostnad, rapporterer helsearbeidere høyere fraværssrater enn arbeidere i andre sektorer på grunn av psykologisk nød og jobbutbrenthet (Cohen et al., 2023, s. 1). Helsearbeiderne som ble undersøkt av Cohen et al. (2003, s. 2) rapporterer at kronisk eksponering for yrkesstress plasserer dem i større risiko for redusert produktivitet, angst og depresjon. Resultatene indikerer at yrkesstress relateres til arbeidsplassforstyrrelser som kan påvirke en helsearbeiders fysiske og mentale velvære, og dermed øke risikoen utbrenthet. I tillegg er de økonomiske begrensningene i helsesystemene i utviklede land ytterligere presset av en aldrende pasientpopulasjon (Cohen et al., 2023, s. 2).

3.2 Ivaretagelse av psykiske helse i helsearbeidet

Isdal (2017) har forsket på fenomenet sekundertraumatiserende stress (heretter STS) og hvordan helsearbeider skal ivareta seg når en arbeider med traumeutsatte pasienter. Det er ifølge Cohen et al. (2023, s. 2) en økende interesse for å forbedre velværet, motstandsdyktigheten og egenomsorgen til helsearbeidere globalt. Dersom en skal kunne yte god hjelp til pasienter gjennom en lang karriere som for eksempel psykisk helsearbeider er det ifølge Haavik og Toven (2020, s. 9) viktig å ha gode verktøy som lindrer negative påvirkninger på de ansatte. Gitt at arbeideres mentale helse i høy grad kan påvirkes av jobberelaterte stress, som påpekt av Bride (2007, s. 63), Devilly et al. (2009) og Cohen et al. (2023, s. 3), fører det videre til spørsmål om hvilke metoder og tiltak som best kan hjelpe til med å håndtere slike stressfaktorer. Selv ivaretagelse og egenomsorg trekkes frem av Isdal (2017, s. 226) som sentrale begreper for å minske sjansene for STS. Dette gir oss overgangen tilbake til Dreison et al. (2018), der fokuset rettes mot hvordan forskjellige typer tiltak, både på individ- og organisasjonsnivå, kan bidra til å lindre de negative konsekvensene av emosjonell utmattelse, samt hvordan disse tiltakene virker inn på personalets trivsel og mestringsevne. Artikkelen til Dreison et al. (2018) handler om at det er forskjellige utfordringer ved å utforme og iverksette

effektive tiltak mot utbrenthet for psykiske helsearbeidere, og understreker betydningen av å tilpasse tiltakene til spesifikke behov hos både individuelle arbeidstakere og organisasjoner (Dreison et al., 2018). Ifølge Dreison et al. (2018, s. 5) var personrettede tiltak som individuell terapi og avslapningstrening mer effektive enn organisatoriske tiltak, som jobbmstrukturering, klinisk veiledning, for å redusere emosjonell utmattelse.

3.3 Organisatoriske strategier for å ivareta ansatte

Flere organisatoriske tiltak, som klinisk veiledning og kollegastøttegrupper, viste seg ifølge Dreison et al. (2018, s. 5) ikke å ha betydelig innvirkning på utbrenthet. Utilstrekkelige tilpasninger i forhold til den enkelte organisasjons behov, samt underbemannede arbeidsperioder kan ha betydelig negativ effekt på ansattes trivsel (Dreison et al., 2018, s. 7). Med begrensede ressurser i psykisk helsearbeid, kan det være nyttig å sikte seg inn på de som har størst behov for ivaretagende tiltak gjennom kartlegging, slik at innsatsen blir mer kostnadseffektiv og relevant (Dreison et al., 2018, s. 7). Resultatene til Dreison et al. (2018, s. 2) tyder på at tiltak rettet mot ansatte var mer effektive enn de tiltakene som var rettet mot ledelsesnivå. Jobbtrening og opplæring var ifølge Dreison et al. (2018) det mest effektive tiltaket når det gjaldt tiltak på ledelsesnivå. Selv om få studier evaluerte langtidsvirkningene av disse inngrepene, indikerer funn at tiltakene hadde vedvarende positive effekter over tid. Effekten av tiltak rettet mot utbrenthet var mindre enn de tiltakene som var rettet mot arbeidsstress generelt. Det antyder at det kan være mer utfordrende å redusere utbrenthet enn andre former for emosjonell nød (Dreison et al., 2018, s. 5). Tiltakene bidro til å redusere emosjonell utmattelse og depersonalisering.

Haavik og Toven (2020, s. 9) viser til at i noen behandlingsmetoder, som for eksempel dialektisk adferdsterapi er det en selvfølge at behandleren også skal behandles. Arbeidere som mottar behandling for fravær gjennom arbeidsplassens velværeintervensjoner, rapporterer høyere nivåer av produktivitet, som igjen kan lede til høyere jobbtilfredshet (Cohen et al., 2023, s. 2). I tillegg har tiltak på arbeidsplassen som rettes mot egenomsorg, arbeidermyndiggjøring og tilgang til mentale helsetjenester positiv effekt på utbrenthet. Redusert produktivitet på helsefaglige arbeidsplasser kan føre til dårligere behandlingsresultater for pasienter (Cohen et al., 2023, s. 2). Denne bekymringsfulle sammenhengen mellom lav produktivitet understreker nødvendigheten av å styrke helsearbeidernes velvære og motstandsevne. Den dominerende oppfatningen til Cohen et al. (2023, s. 2) er at organisatoriske tiltak kan være langt mer effektive for å fremme velvære hos

arbeidere på lang sikt. En nylig økning i forståelsen av arbeidsplassvelvære og årsaker til yrkesstress fremmer ytterligere behovet for å utforske og investere i organisatoriske strategier. Per nå kan institusjoner være nølende med å iverksette store organisatoriske endringer uten forskningsbasert kunnskap som støtter effektivitet og langtidfordeler for ansatte (Cohen et al., 2023, s. 2). For å bygge sterkere støtte for slike tiltak på arbeidsplassen, har Cohen et al. (2023, s. 2) kategorisert ulike tiltak som kan gjøre det lettere for organisasjoner å velge de mest hensiktsmessige og effektive tiltakene for å forbedre ansattes psykiske helse. I analysen av intervensjoner rettet mot arbeidsplassvelvære, grupperer Cohen et al. (2023, s. 2) tiltakene inn i tre hovedkategorier for å motvirke yrkesstress. Den første strategien fokuserer på forebygging, hvor målet er å enten eliminere kilder til stress eller endre på arbeidsforholdene, som for eksempel ved å redusere arbeidsmengden eller tilrettelegge oppgaver (Cohen et al., 2023, s. 2). Den andre strategien retter seg inn på å støtte de ansatte som viser tidlige tegn på yrkesstress, med teknikker som avslapping og stresshåndtering. Den tredje kategorien adresserer behandling av ansatte som lider av alvorligere stressrelaterte lidelser, slik som angst og depresjon, og innebærer mer intensive behandlingsformer (Cohen et al., 2023, s. 2).

I overgangen fra strategiske overveielser om arbeidsplassens velvære til praktisk implementering av slike tiltak, tilbyr Isdal (2017) et konkret eksempel på hvordan hans organisasjon proaktivt tilnærmer seg problematikken rundt sekundærtraumatisering og utbrenthet blant sine ansatte. Stiftelsen Alternativ til Vold har gjennomført en rekke gode tiltak i tråd med anbefalinger for forebygging av utbrenthet og sekundærtraumatisering blant sine ansatte (Isdal, 2017, s. 233). For å styrke arbeidsmiljøet har de ansatte tilbud om fleksible arbeidsbetingelser og elementer av selvbestemmelse i jobbhverdagen, inkludert en ekstra uke med ferie som et tiltak for å motvirke overbelastning (Isdal, 2017, s. 233). Isdal (2017, s. 233) påpeker at stiftelsen også har organisert betalte lunsjpauser, et tiltak som fremmer sosial interaksjon og en følelse av fellesskap blant de ansatte. Stiftelsen har videre sikket tilgang på profesjonell eksternt hjelp for ansatte som opplever kriser, noe som understreker en forpliktelse til å støtte ansatte både personlig og profesjonelt (Isdal, 2017, s. 233). En ny innovativ tilnærming er organisasjonens innføring av *voldsfrie soner*, slik som i lunsjrommet, hvor arbeidsrelaterte samtaler om vold eller klienter ikke er tillatt for å gi rom for mental avkobling (Isdal, 2017, s. 233). I tillegg fremmer stiftelsen fysisk helse gjennom trening i arbeidstiden, og oppmuntrer til faglig utvikling gjennom faste månedlige fagdager som tilbyr muligheter for kurs og videreutdanning (Isdal, 2017, s. 233). Til sist påpeker Isdal (2017, s. 233) at stiftelsen anser veiledning som en viktig komponent for å vedlikeholde de ansattes

velferd, og legger dermed til rette for regelmessige veiledningsøkter. Samlet sett representerer disse tiltakene en integrert og omfattende innsats fra Stiftelsen Alternativ til Vold for å beskytte ansattes mentale helse, forebygge utmattelse og sikre et sunt og bærekraftig arbeidsmiljø.

4.0 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet skal det presenteres noen av faktorene som kan påvirke vår helse, både positivt og negativt. Videre følger en oversikt over relasjonelle arbeidsmetoder som benyttes av psykisk helsepersonell, og hvilken påvirkning disse arbeidsmetodene kan ha på de som utfører dem. Til slutt presenteres det strategier for ivaretagelse av den gjennomsnittlige psykiske helsearbeider, både på individuelt og organisatorisk plan.

4.1 Fra stress til sykdom og utbrenthet

Patogenese er et begrep som beskriver prosessen som leder til utviklingen av sykdom Kumar, Abbas og Aster (2020). Hovedmålet med forskning i patogenese er ifølge Kumar et. al (2020) å forstå de underliggende mekanismene som forårsaker sykdom for å kunne utvikle behandlinger, forebygge sykdomsutbrudd, og handtere symptomer (Christiansen, 2021, s. 34). Ifølge Håkonsen (2015, s. 240) kan stress endre kroppens mulighet til å opprettholde et stabilt fysiologisk miljø i kroppen, og dermed bidra til utviklingen av sykdom. Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke (2018, s. 113) viser til en bred enighet i den vitenskapelige litteraturen om at langvarig stress kan ha negative konsekvenser for både fysisk og psykisk helse. Skårderud et al. (2018, s. 113) modell forklarer hvordan kroppen responderer på noe som forårsaker stress, og fant ut at langvarig eksponering for stress kan føre til økt sårbarhet for sykdommer. Langvarig eksponering for stress kan med andre ord endre kroppens homeostase, som kan lede til søvnforstyrrelser, redusert appetitt og økt risiko for somatisk sykdom (Skårderud, et al., 2018, s. 113). Vedvarende stress har betydelige innvirkninger på hjernens funksjoner og er samtidig forbundet med en økt risiko for utvikling av psykiske lidelser, herunder angstlidelser og alvorlig depresjon (Skårderud, et al., 2018, s. 274). Mens patogenesen kartlegger sykdommens opprinnelse og stressorenes nedbrytende effekt på kroppens balanse, definerer vi også kriser som en psykologisk prosess hvor individets normale mestringsmekanismer blir utilstrekkelige (Håkonsen, 2015, s. 255). Dette gir innsikt i koblingen mellom mentale og fysiologiske reaksjoner på stress, et tema Håkonsen (2015, s. 256) videre utforsker i krisens psykologiske faser. De vanlige reaksjonene på en krise kan inkludere sorg, depresjon og en følelse av maktesløshet, samt angst og usikkerhet (Håkonsen, 2015, s. 256). Håkonsen (2015) inkluderer fire distinkte faser som mennesker kan gå gjennom dersom de har opplevd en krise: (1) sjokkfasen, der individet strever med å prosessere hendelsen, (2) reaksjonsfasen, som ofte er preget av atferdsendringer som sorg og depresjon. Videre kommer (3) bearbeidingsfasen, der det er en søken etter stabilitet, og til sist (4)

nyorienteringsfasen, hvor personen gradvis begynner å akseptere hendelsen og innlemmer krisen i sitt liv (Håkonsen, 2015, s. 256-257). Håkonsens (2015) beskrivelse av krisens faser og dens psykologiske påkjenninger danner et fundament for forståelsen av hvordan traumer, som er definert av Astrup og Benum (2014, s. 23), også kan overstige en persons mestringsressurser. Traumatiske opplevelser kan utløse en forstyrrende følelsesmessig respons, noe som videre fører oss inn i en verden av langvarige og komplekse effekter som krever en helhetlig innsats for å bearbeide (Astrup & Benum, 2014, s. 23). Traumer kan gi reaksjoner på hendelser som har vært intense og forstyrrende for en person, og som overskrider vedkommende sin evne til å håndtere opplevelsene som er knyttet til den (Astrup & Benum, 2014, s. 25). Konsekvensene av å oppleve traumer kan være mange og varierte, avhengig av individet og omstendighetene rundt traumet. Traumer kan medføre en rekke emosjonelle, fysiske og psykiske reaksjoner, og noen av konsekvensene for å oppleve traumer kan være symptomer på PTSD, depresjon, problemer med å danne og vedlikeholde relasjoner, fysiske helseproblemer, samt kognitive endringer som vanskeligheter med minne eller konsentrasjon (Astrup & Benum, 2014, s. 25). Det vil ta tid for pasienter som har opplevd traumer å klare å stole på at noen står der sammen med vedkommende, og som fortsetter å være der for å hjelpe. Det krever ofte større team med flere arbeidere slik at det ikke skal bli for sårbart for den enkelte (Astrup & Benum, 2014, s. 159). De langtrekkende og komplekse effektene av traumer understreker ikke bare belastningen på de rammede individene, men også på de profesjonelle som støtter dem. Videre utdypes det hvordan denne nærheten til traumatisering kan resultere i en sekundærtraumatisk stressrespons hos hjelperne (Havik & Toven, 2021, s. 48).

Personer som jobber tett med traumatiserte individer, kan bli påvirket av klientens traumer på en slik måte at de selv kan oppleve traumesymptomer. Dette kan omfatte mareritt, flashbacks, unngåelse av emosjonelle temaer og generell angst for stress (Hagen & Silva, 2021, s. 221). Når terapeutene kontinuerlig er eksponert for klientenes traumatiske opplevelser, kan dette påvirke deres egen psykiske helse, ettersom empatisk engasjement kan koste dyrt uten tilstrekkelige selvhjelpsstrategier (Hagen & Silva, 2021, s. 221) Gjennom denne betydelige emosjonelle nærheten kan disse individene begynne å manifestere symptomer på traumer. Symptomene oppstår som en direkte følge av deres tilknytning til mennesker som har hatt traumatiske opplevelser (Haavik & Toven, 2020, s. 48). Sekundertraumatisering kan sees på som en inngangsport til den meget reelle faren for omsorgstretthet, hvor Haavik og Toven (2020, s. 51) gjør rede for hvordan høyt arbeidspress og utfordringer i

yrkessammenheng kan påvirke hjelpernes psykiske forsvar og lede til ytterligere følelsesmessig uttømming.

Ifølge Haavik og Toven (2020, s. 51) kan omsorgstretthet vise seg ved forskjellige former, inkludert at en blir distansert, kynisk, og opplever en følelsesmessig nummenhet som respons på utfordrende arbeidssituasjoner. Til tross for visse likhetstrekk og forskjeller mellom utbrenthet og omsorgstretthet, framhever Haavik og Toven (2020, s. 53) at begge begrepene understreker at det finnes begrensninger for både yteevne og tålekapasitet hos mennesker. Dette budskapet anses som det overordnede og mest kritiske aspektet ved de to konseptene (Haavik & Toven, 2020, s. 53). Et nøkkelsymptom som indikerer at noe blir for mye, og som er anerkjent som det kritiske punktet hvor både psykiske og fysiske symptomer på plage blir fremtredende, er utmattelse (Haavik & Toven, 2020, s. 52).

Utbrenthet er en tilstand som karakteriseres av tre hoveddimensjoner: emosjonell utmattelse, depersonalisering, og redusert personlig prestasjon (Haavik & Toven, 2020, s. 52). *Emosjonell utmattelse* innebærer en tilstand av dyptgående følelsesladet tretthet, hvor individet føler at alle sine ressurser er oppbrukt eller uttømt, selv etter perioder beregnet for hvile, slik som etter en søvnfylt natt eller en avslappende helg. Noen føler seg utslitt, men har likevel utfordringer med å klare å sove. Kroppen og hodet er så aktiverte på grunn av vedvarende stress, at det ikke er mulig å oppnå tiltrengt hvile eller restitusjon. Emosjonell utmattelse er anerkjent som den grunnleggende faktoren innenfor denne tilstanden og driveren bak de etterfølgende to elementene av utmattelsesspekteret (Haavik & Toven, 2020, s. 52). *Depersonalisering* refererer til en mental og følelsesmessig frakopling som resulterer i en mangel på empati eller omsorg for klienter og brukere, en hardhet eller følelseskulde mot dem, og kan i visse tilfeller føre til dårlig behandling av disse individene (Haavik & Toven, 2020, s. 52). Til slutt beskrives *redusert personlig prestasjon* som en følelse av ineffektivitet og mangel på engasjement i arbeidet, en forståelse av at ens bidrag er uten mening eller innflytelse, og et generelt tap av tilstedeværelse eller nytten av å bistå andre (Haavik & Toven, 2020, s. 52). Utbrenthet kan oppstå på grunn av faktorer som begrenser vår evne til å utføre arbeidet, for eksempel et stort antall klienter, begrenset tid, manglende ledelse, utilstrekkelig oppfølging og ensidig arbeid (Isdal, 2017, s. 147). Utbrenthet kan få alvorlige konsekvenser for både enkeltpersoner og organisasjoner, da det kan påvirke arbeidsevnen, mellommenneskelige forhold og generell livskvalitet. Derfor er det viktig å

være oppmerksom på tegnene til utbrenthet og iverksette nødvendige tiltak for å forebygge og håndtere det (Isdal, 2017, s. 147).

4.2 Integrering av relasjonskompetanse og resiliens i miljøterapi

Med relasjonsarbeid menes alt arbeid som retter seg mot å utvikle eller vedlikeholde en terapeutisk relasjon. Hensikten med terapeutiske relasjoner er at de skal være helsefremmende. Den som skal hjelpe må derfor ha høy grad av kompetanse i relasjonsarbeid. (Hem & Aarre, 2023, s. 20). Det er bred faglig enighet om at terapeutiske relasjoner er en hovedfaktor i miljøterapi og psykisk helsevern (Myklebust et al., 2022, s. 2). I en studie fant Myklebust et al. (2022, s. 3) at å forstå og bruke terapeutisk samarbeid kan være komplisert. Derfor undersøkte de ideen om *inntoning*, som handler om å komme tett innpå hva noen ellers opplever og vise at du forstår, enten ved å bruke ord eller kroppsspråk (Myklebust et al., 2022, s. 3). Når en pasient føler seg forstått på denne måten, kan det skape et godt grunnlag for en terapeutisk relasjon. Dette blir ifølge Myklebust et al. (2022, s. 3) sett på som nøkkelen til å gjøre miljøterapien vellykket. Relasjonskompetanse, som handler om ferdigheten til å etablere og opprettholde gode relasjoner, er en kvalitet som er sårbar for slitasje (Amble & Horstad, 2023, s. 280). Dette innebærer at terapeutene bruker sine egne følelsesmessige responser og empati for å leve seg inn i klientenes smerte. Ironisk nok er det nettopp denne empatien, som er avgjørende i relasjonsarbeidet og hjelpen til å bygge en sterk terapeutisk allianse, som kan ende opp med å være en kilde til stress og mulige belastningsskader for terapeuten selv (Hagen & Silva, 2021, s. 221). De som har erfaring som brukere av en tjeneste og har opplevd å møte en fagperson som ikke evner å forstå eller oppfatte deres behov, vet hvor ubehagelig dette kan føles. I slike situasjoner blir den hjelpen som skal ytes mindre effektiv (Amble & Horstad, 2023, s. 280). For å opprettholde og ivareta relasjonskompetanse, er det avgjørende for hjelperne å forstå at å bli kjent med egne reaksjoner er en kontinuerlig prosess som ifølge Amble og Horstad (2023, s. 281) ikke kan fullføres gjennom et enkelt kurs eller forelesning. Manglende bevissthet rundt egne reaksjoner over tid kan gjøre det vanskelig å tilby omsorg uten å la egne behov farge hjelpen som gis. Disse relasjonen er velkjent innenfor terapifeltet, og kalles for motoverføringsreaksjoner. Motoverføringer refererer til de følelsene og væremåtene, bevisste eller ubevisste, som en pasient vekker i en behandler. Et viktig beskyttelsestiltak ovenfor motoverføring er samarbeid med andre, som kolleger, ledere eller veiledere (Amble & Horstad, 2023, s. 281). For å styrke en terapeuts evne til å motstå stress og emosjonell slitasje som kan følge med dypt engasjerende og empatisk

relasjonsarbeid, blir konseptet om resiliens betydningsfullt å involvere videre i dette teoretiske rammeverket.

Ifølge Tol, Song og Jordans (2013, s. 445) defineres resiliens som å ha gode utviklingsresultater eller mental helse til tross for betraktelig motgang som stress, trusler eller andre traumer. I sammenheng med resiliens refererer Tol et al. (2013, s. 445) til *promoterende* og *beskyttende* faktorer som kan påvirke en persons evne til å komme seg etter stressende eller traumatiske hendelser. Promoterende faktorer bidrar til positivt velvære i tider med krise. Styrken av et støttende nettverk som venner og familie, å ha høy selvtillit, samt tilgang til profesjonell hjelp trekkes frem som eksempler på promoterende faktorer (Tol et al. 2013, s. 446). Beskyttende faktorer er de som spesifikt fungerer som en beskyttelse og hjelper en person til å håndtere og overkomme vanskelige situasjoner. Eksempler på slike faktorer inkluderer evnen til å håndtere stress effektivt, å ha tro på egen mestringsevne, eller tilgang til profesjonell hjelp i tider med krise (Tol et al. 2013, s. 446).

Forståelsen av hvordan individer kan opprettholde mental styrke og positiv utvikling selv i møte med betydelige livsutfordringer, knytter seg tett til Antonovskys salutogenetiske tilnærming (Langeland, 2014, s.11). Antonovskys paradigmatisk skifte representerer en omorientering innen helseforskningen ved at han flyttet fokuset fra et patogenetisk perspektiv, til et salutogenetisk perspektiv, som setter søkelys på det som fremmer helse og «friskhet» (Christiansen, 2021, s. 34). Dette elementære skiftet begynte med et studium Antonovsky iverksatte på 1970-tallet, en tid preget av økt interesse for forståelsen av psykisk belastning og dets påvirkning på den fysiske almenntilstand. Antonovsky rettet oppmerksomheten mot de særlige felles egenskaper som fremmer mestring av sykdom og lidelse, i stedet for å fokusere på det som er sykdomsfremkallende (Langeland, 2014, s.11). Kjernen i det salutogenetiske perspektivet legger vekt på viktigheten av ressurser og mestringsmekanismer for å vedlikeholde god fysisk og psykisk helse (Christiansen, 2021, s. 34). I et salutogent perspektiv betraktes sykdom som en prosess hvor overgangen fra helse til sykdom ikke skjer brått, men heller er i en gradvis prosess som kan svinge i begge retninger (Langeland, 2014, s.11). Tilstanden av plager kan eksistere, men ved gunstige forhold kan plagene føles som mindre påtrengende (Christiansen, 2021, s. 35). Begrepet om helse og sykdom er ikke mutuelt eksklusive. For eksempel kan en helseundersøkelse av en generell befolkning ifølge Christiansen (2021, s. 35) sannsynligvis resultere i at minst en tredel lider av en eller annen form for sykdomstilstand på et gitt tidspunkt, hvilket antyder at sykdom med andre ord ikke er

et avvik fra normalen. Dermed anses det å ha helseplager ifølge Christiansen (2021, s. 35) som et velkjent fenomen. Salutogenetiske perspektiver fremmer på sin side spørsmål som «Hva kan hjelpe mennesker til å leve med sine symptomer og lindre deres smerte?», noe som understreker viktigheten av å opprettholde funksjonalitet og livskvalitet til tross for tilstedeværelsen av sykdom (Christiansen, 2021, s. 35).

4.3 Essensen av salutogene stressmestringsteknikker

Antonovsky arbeid, referert til av Christiansen (2021), førte til utviklingen i forståelsen av helse ved å innføre begrepet opplevelsen av sammenheng (heretter OAS). OAS baseres på tre komponenter som kollektivt bidrar til en sterk opplevelse av sammenheng: *forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet* (Langeland, 2014, s.12). Antonovsky argumenterte for at en OAS kunne utruste individer med en følelse av trygghet når de møter stressfaktorer i livet. Det primære fokus for teorien er ikke den enkeltes mestringsstrategier, men snarere identifisering av de fundamentale elementene som er sentrale for å håndtere stressende situasjoner effektivt. De stressende situasjonene kan ifølge Christiansen (2021, s. 36) inkludere varierte utfordringer som å ha blitt utsatt for vold, håndtere rusmisbruk eller konfrontasjoner med psykiske lidelser. De tre faktorene som Antonovsky fremhever som essensielle for å mestre stress og fremme OAS, bidrar til en omfattende forståelse av de dynamiske prosessene som ligger til grunn for helsefremming og sykdomsprevensjon (Christiansen, 2021, s. 36).

Forståelighet handler om evnen til å oppfatte indre og ytre hendelser som forutsigbare og forklarbare (Langeland, 2014, s.12). Når hendelser i livet følger en slags logikk kan de være lettere å forholde seg til. En person med høy grad av forståelighet kan ifølge Christiansen (2021, s. 36) identifisere en indre og ytre logisks struktur i livet, og finne en mening i tilstedeværende hendelser. Forståelighet bidrar til at en lettere kan forutse og handtere fremtidige utfordringer (Christiansen, 2021, s. 36). *Håndterbarhet* setter søkelys på troen på at en har det nødvendige ressursene til disposisjon for å møte livets krav og utfordringer (Langeland, 2014, s.12). Eksempler på slike ressurser kan ifølge Christiansen (2021, s. 37) være personlige ferdigheter, sosial støtte eller materielle midler. Et høyt nivå av håndterbarhet gir en følelse av kontroll og evner til å påvirke utfallet i møte med ulike stressorer (Christiansen, 2021, s. 38). *Meningsfullhet* refererer til hvor meningsfylt en person anser det å ta fatt på og møte livets utfordringer. En sterk følelse av meningsfullhet antyder at

man ser verdien i å engasjere seg i og konfrontere livets aktiviteter, til tross for vanskelige eller krevende situasjonene er (Langeland, 2014, s.12). Meningsfullhet gir motivasjon til å takle stressende situasjoner og se hensikt i å overvinne dem (Christiansen, 2021, s. 38).

Antonovsky mente at disse tre faktorene samlet bidrar til en sterk OAS, som i sin tur kan fremme en persons evne til effektivt å håndtere stress og fremme god helse. Han argumenterte for at en person med en høy OAS er bedre rustet til å anerkjenne og bruke ressurser til å bevare helse, selv under potensielt stressende og utfordrende omstendigheter (Christiansen, 2021, s. 38). Antonovskys begrep OAS understreker betydningen av individuell oppfatning av ressurser i evnen til å håndtere i livets utfordringer, noe som kan relatere til Håkonsens (2015) nøkkelkomponenter i å håndtere emosjonelle kriser.

Ifølge Håkonsen (2015, s. 258), er det viktig å gi rom for å akseptere emosjonelle reaksjoner i kritiske situasjoner, uten å forsøke å bagatellisere hva individet går gjennom. Håkonsen (2015, s. 259) presenterer ulike former for mestring som kan bidra til å løse situasjoner eller mistrivende for en persons integritet. *Problemfokuset mestring* handler om individets evne til å identifisere problemet, for å deretter finne metoder for å forandre, løse, eller eliminere denne utfordringen (Håkonsen, 2015, s. 260). Håkonsen (2015, s. 260) forklarer at problemfokuset mestring ofte består av lærte mestringsstrategier, og at denne ferdigheten styrkes gjennom erfaring, evnen til grundig analyse og forståelse av problemet, samt bevarelse av selvkontroll i stressende situasjoner. Ved siden av problemfokuset mestring, beskriver Håkonsen (2015, s. 260) flere adaptive tilnærminger inkludert søken etter sosial støtte, aksept av nye situasjoner, refortolkning av hendelser for å lære av dem, bruk av humor, og å finne en eksistensiell eller dypere mening i hendelsene. På den andre siden identifiserer Håkonsen (2015, s. 261) flere uhensiktsmessige følelsesmessig fokuserte mestringsstrategier. Disse inkluderer fornektelse, hvor individet later som om noe ikke har skjedd. Videre er det uhensiktsmessig med å koble av tanker og følelser, ved å dagdrømme eller arbeide for å unngå å konfrontere problemet. Å gi opp, ved å personen konkluderer med at ingenting vil fungere, eller ikke ta ansvar for egne handlinger og tanker (Håkonsen, 2015, s. 261). Gjennom Håkonsens (2015) arbeid blir det tydelig at individets valg av mestringsstrategier kan variere betydelig, og at disse valgene kan ha konsekvenser for individets velvære og evne til å håndtere utfordringer på en sunn og konstruktiv måte. Mens Håkonsen (2015) fokuserer på ulike typer mestringsstrategier som individer tar i bruk når de står overfor personlige utfordringer, åpner det opp for spørsmålet om hvordan mestringsstrategier kan tilpasses spesifikke yrkesgrupper som bærer byrden av andres traumer, i tillegg til sine egne.

Havik og Toven (2020, s. 9) tar for seg temaet ivaretagelse av ansatte i hjelpeyrkene. Deres forskning retter seg mot de som jobber i omsorgsykker, som helsepersonell, sosialarbeidere og psykologer, og legger vekt på betydningen av å ta vare på seg selv som hjelper. Havik og Toven (2020) undersøker utfordringer og belastninger som hjelpere kan oppleve i arbeidet sitt, inkludert emosjonell utmattelse, traumatisering og psykiske belastning. Havik og Toven (2020, s. 86) presenterer også forskjellige strategier og metoder for å ivareta og opprettholde egenomsorg. *Kommunikasjon og støtte* er viktig for å skape et støttende arbeidsmiljø. Det innebærer å søke og gi støtte til kollegaer og andre fagfolk i utfordrende situasjoner. Det er viktig å ha et sikkert sted der man kan uttrykke utfordringer knyttet til arbeidslivet eller personlige forhold (Havik & Toven, 2020, s. 113). Sosial støtte fra familiemedlemmer eller venner og å sette ord på vanskelige følelser er også viktig. Å være en god lytter er viktig, og individets egne løsninger er ofte de beste veiene ut av krisen. Det er viktig å være forsiktig med å foreslå løsninger for tidlig, for å ikke underkjenne alvoret i det den kriserammede personen opplever (Håkonsen, 2015, s. 258). *Å handle motsatt* handler om at det noen ganger kan være fordelaktig å gjøre det stikk motsatte i både arbeidsliv og personlige tilværelse. I utfordrende situasjoner bruker flere av oss mestringsstrategier, hvor vi tar fullt utnytte av våre sterke sider (Havik & Toven, 2020, s. 115). Å tillate dine egenskaper og sterke sider en pause, og ikke tømme dem selv om du har kapasiteten (Havik & Toven, 2020, s. 113). *Å ta gode pauser* gjennom arbeidsdagen ligger i å anerkjenne viktigheten av restitusjon. Det å dedikere tid til viktige hvileperioder bidrar til økt våkenhet og oppmerksomhet når man tar fatt på de neste arbeidsoppgavene (Havik & Toven, 2020, s. 102). *Å separere jobb fra privatliv* er ofte utfordrende for mennesker i hjelpeyrker. Å vende tilbake til sitt eget behagelige liv kan lede til følelser av skyld når en er bevisst på at andre sliter eller har det vanskelig. I yrkesrollen støter ansatte på hendelser og individer som gjør inntrykk, og skillet mellom arbeidsliv og privatliv kan bli utydelig ettersom tanker og følelser ofte følger med dem hjem (Havik & Toven, 2020, s. 106). Studenter innenfor helsefaglige disipliner anbefales å praktisere det som i akademiske termer betegnes som arbeidspersonlig separasjon, hvor det er essensielt å ikke la jobbrelaterte problemstillinger bli med inn i den private sfære. Arbeidsrelaterte oppgaver og erfaringer har en tendens til å følge med utøverne hjem, uavhengig av deres ønsker (Isdal, 2017, s. 31). En metode for å håndtere dette er å benytte seg av overgangsritualer som tydeliggjør skiftet fra arbeid til personlig tid. Noen etablerer konkrete rutiner for å avslutte arbeidsdagen, mens andre har spesifikke måter å entre sitt hjem på for å markere denne overgangen (Havik & Toven, 2020, s. 106). Uavhengig av slike

ritualer kan vi likevel oppleve at arbeidet trenger seg på i vårt privatliv innimellom. Hvis en synes det er utfordrende å regulere tanker og følelser ved hjelp av de presenterte strategiene, kan det være nyttig å ta tid til å fundere over tanker og følelser som fortsatt har en plass i kroppen (Havik & Toven, 2020, s. 107).

4.4 Arbeidsorganisering som er helsefremmende

Isdal (2017, s. 31) indikerer at enhver interaksjon i yrkesutøvelsen etterlater spor, som igjen utløser reaksjoner hos den helsefaglige utøveren. Det er derfor kritisk å identifisere og benytte seg av effektive strategier for å prosessere disse reaksjonene. Uten slike prosesser, kan de helsefaglige utøverne oppleve ukontrollerte og uforutsigbare reaksjonsmønstre, noe som kan føre til uventede uttrykksformer heller enn konstruktiv bearbeiding (Isdal, 2017, s. 178).

Haavik og Toven (2020, s. 60) har påvist at intervensjoner rettet mot organisatoriske aspekter har en avgjørende innvirkning på arbeidstakeres stressnivå. De anbefaler at organisasjoner fokuserer mindre på individuelle utholdenhetsiltak mot stress og i stedet tar for seg arbeidsmetoder som kan redusere det samlede stressnivået hos ansatte. Beskyttelse av de som jobber innenfor hjelpeyrker er primært avhengig av effektiv arbeidsorganisering og det overordnede rammeverket rundt arbeidet (Haavik & Toven, 2020, s. 60). En slik organisering er ledelsens ansvar med hovedmålet om å sikre at de arbeidsoppgaver organisasjonen har ansvar for, utføres i henhold til relevante lover og forskrifter. Imidlertid, som Haavik og Toven (2020, s. 60) påpeker, må et sunt arbeidsmiljø være sentralt når arbeidet skal organiseres. Under høyt arbeidspress kan mangel på muligheten for å søke støtte fra kollegaer lede til en oppfatning om at samarbeid og pauser er sekundære aktiviteter, selv om disse har potensialet til å forbedre både tjenestekvalitet og arbeidshelse. Haavik og Toven (2020, s. 61) hevder at alenearbeid, spesielt under høyt press, øker risikoen for at tilbudet til pasienter eller brukere kan bli dårligere. Påstanden understreker dermed at organisering av arbeid som minimerer individuell håndtering av krevende oppgaver, vil resultere i dobbel gevinst. Gevinstene for godt organisert arbeid blir da heving av tjenestekvaliteten og redusert arbeidsrelatert stress hos de ansatte (Haavik og Toven, 2020, s. 61). Videre påpeker Haavik og Toven (2020) viktigheten av å ha en arbeidsorganisering som ikke bare fungerer i det daglige, men også under ekstraordinære forhold, som i tilfeller hvor alvorlige hendelser eller økt sykefravær inntreffer. En fastslått håndteringsplan for krisesituasjoner gir stabilitet og reduserer arbeidstakernes mentale belastning (Haavik & Toven, 2020, s. 61). Selv om tilstrekkelig bemanning og en ideell arbeidsorganisering kan virke uoppnåelig i det

nåværende klimaet i de offentlige tjenester, understreker Haavik og Toven (2020, s. 62) nødvendigheten av å reevaluere arbeidsorganiseringen, spesielt under forhold der arbeidsplassen kan sammenlignes med krisesituasjoner. Dette kan innebære endringer i prioriteringer og oppgavefordelinger, eller det kan kreve en varsling om betydelige ressursmangler, som et mål for å motvirke arbeidsrelatert stress og forbedre arbeidsmiljøet (Haavik & Toven, 2020, s. 62). For at en helsefagarbeider skal kunne ivareta seg selv, kreves det kunnskap om både medarbeiderivaretagelse og selvivaretagelse (Isdal 2017, s. 226). Organisasjoner bør ifølge Isdal (2017) fokusere på å skape en grunnleggende kunnskapsbase om belastningspsykologi for sine medarbeidere gjennom spesialtilpassede undervisningsdager. Dette initiativet understreker betydningen av opplæring i å håndtere de psykologiske utfordringene som kan oppstå i arbeidet (Isdal, 2017, s. 233).

I fremskrittet mot denne bearbeidingen introduserer Isdal (2017, s. 177) ideen om et *leirbål*, som en prosess som skal fungere for å håndtere vanskelige følelser relatert til yrkesutøvelsen. I helsesektoren tar ansatte ofte til seg andres lidelse, smerte, angst og traumer. Å ta til seg denne typen smerte daglig kan innskrenke livsutfoldelse, og kan medføre en slitasje på den enkeltes profesjonelle og personlige kapasiteten over tid (Isdal, 2017, s. 177). For å ytterligere adressere risikoen for sekundærtraumatisering anbefaler Isdal (2017, s. 233) at organisasjoner innarbeider opplæring i ulike bearbeidelsesteknikker og etablert regelmessige *leirbål* møter for å tilrettelegge for kollegial støtte og diskusjon på følelsesnivå (Isdal, 2017, s. 233). Isdal (2017, s. 177) belyser flere elementer som er essensielle i leirbålmetodikkens prosess, inkludert nødvendigheten av å verbalisere og emosjonelt bearbeide hva en har blitt utsatt for samt konsekvensene dette har medført. I tillegg understrekes verdien av å ha lyttende samtalepartnere som anerkjenner disse reaksjonene uten å omskrive, bagatellisere eller overta dem (Isdal, 2017, s. 177). I den videre utvikling og implementering av leirbålmetoden, anbefaler Isdal (2017, s. 179) tilretteleggelsen av en times dedikasjon til leirbålmetoden hver uke. Viktigheten av å benytte eksterne bålmaster som regelmessig kan fokusere på de ansattes reaksjoner vektlegges, med ytterligere betoning på nødvendigheten av å tilby konsekvent veiledning fra kvalifiserte veiledere som har spesialisert seg på å arbeide med utøvernes personlige følelser og reaksjoner (Isdal, 2017, s. 179).

5.0 Metode og forskningsdesign

I dette kapittelet vil det bli gjort rede for studiens fremgangsmåte og forskningsdesign. Det vil også bli gjort begrunnelser for og refleksjoner rundt valgene jeg har gjort.

5.1 Forskningsdesign

Ut ifra forskningsspørsmålet valgte jeg å ha en kvalitativ innfallsvinkel, fordi at jeg ønsket å få frem individuelle og personlige erfaringer fra mennesker som har arbeidet med psykisk helse og rus. I kvalitative intervjuer henter forskeren inn data i form av ord, noe som er godt egnet når en skal utforske et tema som en ikke vet så mye om (Malterud, 2017, s. 36). Studien inneholder primærdata, som vil si at all data har blitt hentet inn fra intervju med informanter som har relevante erfaringer (Jacobsen, 2015, s. 139).

Studien har en fenomenologisk-hermeneutisk vitenskapsteoretisk tilnærming. Slik som fenomenologien retter oppmerksomheten mot hvordan verden oppleves for subjektet (Thornquist, 2018, s.101), retter denne studien oppmerksomheten mot hvordan psykiske helsearbeidere opplever faktorene som er avgjørende for å føle seg ivaretatt når de møter pasienters uttrykk for psykisk smerte. Hermeneutikken har også bidratt med perspektiver, da min forskningstilnærming inneholder et element av tekstfortolkning. I denne studien har jeg tolket og analysert de transkriberte intervjuene. Hermeneutikken utforsker hvordan en kan forstå og fortolke innholdet i tekster, informanters ytringer og handlinger (Thomassen, 2020, s. 163).

5.2 Rekruttering av informanter

I en kvalitativ forskningsmetode er deltakerantallet gjerne begrenset. Det er imidlertid av betydning at hver deltaker har personlig erfaring med fenomenet som studeres og evner å formidle disse opplevelsene. Det er dessuten viktig å undersøke et bredt spekter av erfaringer (Polit & Beck, 2017, s. 499).

Til rekruttering av informanter, har jeg benyttet meg av en blanding mellom strategisk utvelgelse og snøball- metoden. Ved hjelp av strategisk utvelgelse kontaktet jeg en psykisk helsearbeider jeg kjente fra før, som jeg visste ville kunne belyse studiens formål (Creswell & Poth, 2018, s. 148). Et strategisk utvalg av informanter kan forbedre troverdigheten til det empiriske materialet. Det er avgjørende å finne en balanse mellom likhet og variasjon ved

sammensettingen av utvalget (Malterud, 2012, s. 44). Snøball- metoden gjør det mulig å få anbefalt flere respondenter som kan være aktuell å intervjuer (Jalali & Wohlin, 2012, s. 2).

Basert på forskningsspørsmålet i studien, ble individuelle strukturerte intervjuer ansett som en passende metode for datainnsamling. Intervjuer fungerer som en slags samtale mellom den som intervjuer og informantene, hvor forskeren stiller spørsmål til ulike temaer som har blitt utarbeidet på forhand (Dalen, 2011, s. 26). I denne studien har det blitt hentet informanter med ulik utdanningsbakgrunn, tre sosionomer og to vernepleiere, hvor alle arbeidet innenfor sektoren for psykisk helse. Deltakerne ble rekruttert fra to byer i Norge.

For at en samtale skal kvalifiseres som et intervju, må den berøre en rekke emner som er oppført i en intervjuguide. Når det gjelder kvalitative metoder, er det anbefalt å snakke med en liten gruppe informanter som besitter omfattende kunnskap om emnet som studeres (Dalland, 2017, s. 85). Opprinnelig hadde jeg tenkt å rekruttere åtte deltakere fra forskjellige enheter. Imidlertid rådet min veileder meg til å begrense antallet til seks informanter. Til slutt endte jeg opp med seks informanter, men en av disse valgte å trekke seg fra studien uten å gi noen ytterligere forklaring på hvorfor. Fem informanter ble det endelige antallet, som viste seg å være hensiktsmessig med tanke på omfanget av data som ble analysert.

I første omgang henvendte jeg meg til nøkkelmedstudenter som var i sentrale posisjoner og kunne formidle kontakt til mulige informanter til min studie. Videre søkte jeg tillatelse fra de respektive organisasjonenes ledere for å få godkjenning til intervjuene av de potensielle deltakerne. Alle avdelingsledere som var ansvarlige for de foreslåtte intervjukandidatene, ga sin godkjenning til at intervjuene kunne utføres. Etter å ha gjennomført to intervjuer, benyttet jeg snøball- metoden for å rekruttere tre ytterligere informanter ved å få anbefalinger fra de allerede rekrutterte deltakerne (Jalali & Wohlin, 2012, s. 2). Informasjonsskriv med vedlagt samtykkeskjema ble deretter sendt ut via e-post til de involverte informantene etter at jeg hadde mottatt avdelingsledernes samtykke til intervjuenes gjennomføring.

5.2.1 Utvalgskriterier og deltakelse

Kriterier for utvelgelse av relevante deltakere ble fulgt nøye, med både betingelser for inklusjon og eksklusjon. Et grunnleggende eksklusjonskriterie var mangel på erfaring med oppfølgingsoppgaver relatert til individer med psykiske helseproblemer og rusrelaterte utfordringer, samt utfordringer med trusler og voldelig oppførsel. Jeg hadde i tillegg satt en

grense for intervju med opp til to deltakere fra hver enkelt avdeling. Ved å inkludere informanter fra flere avdelinger kan forskningen også bidra til å avdekke faktorer som er viktige på et organisasjonsnivå, samtidig som den øker potensialet for at funnene kan være generaliserbare og gjelde for en bredere del av feltet for psykisk helse (Flick, 2018, s. 100).

Ytterligere kriterier for å delta i intervjuene inkluderte et krav om at kandidatene måtte ha minimum to års yrkeserfaring innenfor det relevante feltet, og minst en bachelorutdanning i helse- og sosialfag. Psykiske helsearbeidere som ikke har utdanning, eller som ikke har arbeidet lenge nok i yrket ble ekskludert fra studien. Jeg siktet etter å inkludere informanter med varierende ansiennitet i yrket for å kunne kaste lys over de ulike perspektivene på det fenomenet jeg ønsket å undersøke.

Tabell 1: Deltakere i intervjuene

Informanter	Ansiennitet	Arbeidserfaring
Informant (1). Sosionom	Fem til ti års erfaring med psykisk helsearbeid.	Oppfølging av rusavhengige på dagtilbud.
Informant (2). Vernepleier	3-5 års erfaring med psykisk helsearbeid.	Oppfølging av rusavhengige på dagtilbud.
Informant (3) Sosionom	Over ti års erfaring	Erfaring fra arbeid med oppfølging av barn og ungdom med psykiske utfordringer.
Informant (4). Vernepleier	Over 20 års erfaring med psykisk helsearbeid.	Spesialisthelsetjenesten, med tidligere erfaring fra rusomsorgen.
Informant (5) Sosionom	Fem til ti års erfaring med psykisk helsearbeid.	Lavterskel tilbud i rusomsorgen.

5.3 Datainnsamling

Individuelle, strukturerte intervjuer tar form som dialoger mellom intervjueren og de som blir intervjuet. Hensikten med intervjuet er å dekke en rekke emner oppført i en forhåndsbestemt intervjuguide (Dalen, 2011, s. 26). Før intervjuene tok sted, ble det laget en intervjuguide i samarbeid med min hovedveileder for prosjektet. Guiden bestod av fjorten åpne spørsmål formulert for senere å kunne relateres til forskningsspørsmålet. De første spørsmålene omhandlet psykiske helsearbeideres forståelse av termen psykisk smerteuttrykk, et begrep vurdert som essensielt å definere siden det var sentralt i forskningsspørsmålet. Deretter fulgte spørsmål om deltakernes bakgrunn og daglige virke. To spørsmål dreide seg om deres erfaring

med å stå ovenfor psykiske smerteuttrykk, samt hendelser i arbeidet som har gjort spesielt inntrykk på dem. Mot intervjuets avslutning ble temaer som fysiske og psykiske reaksjoner relatert til jobben undersøkt, samtidig ble taktikker for håndtering på både personlig og organisatorisk plan adressert. Til slutt fikk informantene anledning til å tilføye ekstra kommentarer om prosjektets tema eller intervjuet generelt.

5.4 Gjennomføring av intervjuene

Forventet varighet for intervjuene var fastsatt til mellom 60 og 90 minutter, noe som ble kommunisert på forhånd til informantene, slik at kunne forberede seg på lengden av intervjuet. Informantene holdt seg innenfor den avsatte tidsrammen, hvor det korteste intervjuet varte i 44 minutter, og det lengste varte i 1 time og 13 minutter. Alle intervjuene ble spilt inn på lydopptak, en prosedyre informantene hadde gitt sitt samtykke til i forkant. Av de utførte intervjuene ble to gjennomført på deltakernes arbeidssted, mens to andre ble avholdt på mitt arbeidssted. Det siste intervjuet fant sted via Teams, ettersom informanten bodde i en annen by i Norge. Informantene hadde tidligere blitt informert om muligheten til selv å velge sted eller plattform for intervjuet, alt etter hvor de følte seg mest komfortabel. De fikk også beskjed om at de kunne velge fritt hvilke spørsmål de ønsket å besvare, eller ikke besvare. Alle deltakerne i de enkelte intervjuene viste aktivitet og engasjement. Til tross for at to av deltakerne indikerte at de var ukjente med begrepet psykisk smerteuttrykk tidligere, fremviste de likevel innsiktsfulle tanker om hva konseptet potensielt kunne representere.

5.5 Transkribering av intervjuene

Transkribering er prosessen med å konvertere lydopptak av tale om til tekst, og i en kvalitativ forskningsprosedyre betyr dette å systematisere det innsamlede datamaterialet og forberede det for videre analyse (Malterud, 2017, s. 77). Bruk av digitale opptak forbedrer evnen til å jobbe med både lyd og tekst på en gang (Thagaard, 2018, s. 122). Manuell transkripsjon av de fem individuelle intervjuene fant sted i perioden november 2023 til januar 2024. Den ferdige transkripsjonen resulterte i fem dokumenter på totalt 41 sider.

5.6 Forskningsetikk

I alle stadier av studiet ble etiske retningslinjer for forskning fulgt nøye. Ved rekruttering ble potensielle deltakere informert om prosjektets hensikt, datainnsamlingsmetoder og bruk av innhentede opplysninger. Alle studier som involverer mennesker skal godkjennes på forhand

av Kunnskapssektorens tenesteleverandør (SIKT) (Hem, Kirkevold, Friis & Vaglum, 2021, s. 177- 178). Uansett hvilken fagdisiplin som studeres finnes ifølge Jacobsen (2013, s. 47) tre grunnleggende krav som en undersøkelse på andre mennesker bør tilfredsstille: *informert samtykke, anonymisering og kravet om å bli korrekt gjengitt*. Informert skriftlig samtykke ble oppfylt ved at deltakerne leste gjennom, og signerer samtykkeskjema. Jeg forberedte et informasjonsskriv og et samtykkeskjema, basert på maler fra SIKT, spesifikt utformet for hvert individuelle intervju, hvilket deltakerne skrev under på før de deltok i intervjuet. Det ble kommunisert at deres deltagelse var helt frivillig og at de når som helst under forskningsperioden kunne trekke sitt samtykke, uten å måtte begrunne hvorfor. Jeg forklarte også hvordan jeg ville sikre konfidensialitet gjennom nøye lagring, håndtering, anonymisering og kryptering av data. Det ble også informert om hvem som hadde tilgang til dataene, samt når dataene ville bli slettet. For å sikre at personlige opplysninger er anonymisert, har jeg fjernet informasjon som kan identifisere informantene. Dette er ifølge Polit & Beck (2017, s. 141) den mest pålitelige måten å ivareta konfidensialitet på. Jeg oppga også min kontaktinformasjon, samt kontaktinformasjonen til den veilederen som var ansvarlig for prosjektet.

Prosjektets fremgangsmåte ble godkjent av SIKT før jeg igangsatte prosessen med å skaffe deltakere, under referansenummer 910815. I forkant av intervjuene påpekte jeg overfor deltakerne viktigheten av taushetsplikter som følge av deres profesjonelle rolle, og ba dem om å anonymisere informasjon tilstrekkelig dersom de skulle velge å dele spesifikke eksempler fra sitt oppfølgingsarbeid. Jeg oppfordret også til å respektere taushetsplikten når det gjaldt å dele personlige opplysninger med andre enn meg, om informanter som var blitt rekruttert ved hjelp av snøball- metoden.

Deltakelse i undersøkelsen skal være frivillig, og ifølge Jacobsen (2015) bør deltakerne ikke føle seg presset til å delta. Press for å delta i undersøkelsen kan ifølge Jacobsen (2015, s. 47) i mange tilfeller være skjult. Hvis jeg skulle inkludere avdelingsledere for å rekruttere informanter, er det mulig at ansatte kan føle en form for press for å delta i undersøkelsen. På den ene siden kan det føles som press hvis forespørselen kommer fra lederen. På den andre siden kan det oppleves som press hvis flere ansatte i arbeidsmiljøet ønsker å delta. Ved å rekruttere informanter fra forskjellige avdelinger kan det være mulig å redusere denne følelsen av press for å delta.

Ifølge Haugen og Skilbrei (2021, s. 188) skal deltakerne i undersøkelser ikke utsettes for noen

form for risiko ved å bli identifisert i undersøkelsen. I min risikovurdering fremsto det som uetisk å inkludere informanter som var sykemeldt på da de har opplevd alvorlige hendelser i jobbsammenheng, og de kunne derfor anses som sårbare. Hvis jeg er vitne til at deltakerne gjennomgår utfordringer, kan min tilbaketrekning by på et dilemma for dem. Dermed blir jeg hindret i å håndtere potensielt vanskelige omstendigheter som måtte oppstå for dem senere. (Thagaard, 2018, s. 87). Undersøkelser på sårbare grupper bør kun gjøres når det ikke er noe annet alternativ (Polit & Beck, 2021, s. 143).

5.7 Forforståelse og refleksivitet

Denne studien fokuserer på min egen erfaring fra åtte års arbeid innen psykisk helse- og rusarbeid, spesielt under arbeid med oppfølgingen av personer som har psykiske lidelser og omfattende problemer på forskjellige områder som økonomi og relasjoner.

Når jeg som forsker går i gang med forskningsprosjekter, tar jeg med meg min egen forforståelse. Dette har en innvirkning på måten jeg samler, leser og tolker data på. Forforståelse inkluderer erfaringer, hypoteser, faglige perspektiver og teoretiske referanser (Malterud, 2017, s. 45). Når det gjelder kvalitative intervjuer, er det viktig at forskeren er oppmerksom på sin egen påvirkning, og er i stand til å reflektere over betydningen dette kan ha for datainnsamlingen (Malterud, 2017, s. 69).

I tillegg til mitt sosialfaglige perspektiv som sosionom og faglig veileder, vil min erfaringsbaserte kunnskap bidra til min forforståelse. Gjennom mine erfaringer fra arbeid på ulike institusjoner etter at jeg fullførte sosionomutdanningen, har jeg utviklet en interesse for temaet som har motivert meg til å gjennomføre denne studien. Jeg har vært nysgjerrig på hvordan ideelle, kommersielle og kommunale organisasjoner har forskjellige strategier for å ivareta sine ansatte. Basert på egne erfaringer har jeg observert at vanskelige jobbsituasjoner, manglende trening og oppfølging kan ha diverse effekter på egen fysisk og psykiske helse. Dette har særlig vært tydelig i de kommersielle organisasjonene jeg har jobbet i. Gjennom dialog med mine kolleger og andre samarbeidspartnere har det blitt tydelig for meg at ansatte kan bli sykemeldt eller velge å bytte jobb på grunn av de belastende arbeidsforholdene som oppstår, spesielt de som arbeider med brukere med psykiske helse- og rusutfordringer.

Min forhåndsoppfatning er influert av min dedikasjon til ideen om at dedikerte og kvalifiserte yrkesutøvere, som inderlig ønsker å støtte en gruppe brukere med særlig sårbarhet, bør anerkjennes og få støtte fra kollegaer, ledelse og samfunnet for øvrig. Jeg er av den

oppfatning at vi som profesjonelle fagpersoner har en etisk plikt til å engasjere oss i endring av arbeidsmiljøet for å sette et sterkere lys på omtanke for de ansatte. Dette skal ikke kun tre i kraft når vi står overfor traumatiske hendelser i jobben, men bør også være en kontinuerlig omsorgsprosess for å bearbeide de utfordrende følelsene som følger med vårt arbeid.

Basert på de ovenforstående refleksjonene kommer refleksivitet til uttrykk som en essensiell tilnærming i forskningsarbeidet. Refleksjon betyr at forskeren er oppmerksom på sine personlige verdier og de erfaringene de bringer inn i et kvalitativt forskningsarbeid. Forskeren reflekterer over sin egen erfaring med fenomenet, og hvordan disse erfaringene potensielt kan påvirke tolkningene til uttalelsene fra informanter (Creswell og Poth, 2018, s. 327). I delkapittel 7.5 kommer jeg til å drøfte hvordan min personlige forståelsesramme har kunnet påvirke forskningsprosessen.

5.8 Datanalyse – Systematisk tekstkondensering

Svarene fra intervjuene ble transkribert egenhendig kort tid etter at intervjuene var gjennomført. Under transkriberingsprosessen ble innholdet i intervjuene notert ordrett. Nonverbale utsagn som kremting, pauser, og latter ble også transkribert ettersom at de kunne bli betydningsfulle for resultatet (Heys & Singh, 2012, s. 257). Transkribering kan være en tidkrevende prosess, men viktig for å sikre at informantene blir korrekt gjengitt. Transkribering gjør også studien mer etterprøvable (Jacobsen, 2015, s. 201-202). Intervjuene ble slettet etter at de ble transkribert. Etter at intervjuene var transkribert, ble det utforsket hva som kommer frem i intervjuene.

Under analysen av intervjuene hadde jeg en tematisk tverrgående tilnærming ved hjelp av metodikken som kalles Systematisk tekstkondensering (STC) (Malterud, 2017, s. 97). Hensikten med denne analysen var å oppsummere deltakernes egne narrativer slik at de kunne bidra til innsikt i, samt nye framstillinger av fenomenene som kom til syne gjennom de individuelle intervjuene (Malterud, 2012, s. 102). STC er en firetrinnsmetode hvor man først (1) skaper et helhetsinntrykk og identifiserer foreløpige temaer ved å lese gjennom transkripsjonene for å fange opp informantenes opplevelser relatert til det aktuelle forskningstemaet. Dette er for å se om det er noen gjentakende synspunkter som kommer frem i intervjuene. I det neste trinnet (2) fokuserte jeg på å finne betydningsfulle enheter i deltakernes svar og tildeler disse koder. Trinn (3) består i å renske kjernen i det innholdet som bærer mening ved at jeg trekker ut hovedessensen i hvert kodet avsnitt. I den fjerde og siste

fasen (4) ble analyse materialet satt inn i en ny fortolket sammenheng og oppsummert for å få fram nye beskrivelser og konsepter av fenomenet som ble undersøkt (Malterud, 2017, s. 98).

De endelige kategoriene fra den systematiske tekst kondensering blir illustrert mer utfyllende i oppgavens resultatkapittel.

Tabell 2: Illustrasjon av de fire trinnene i STC

Trinn 1 Foreløpig tema	Trinn 2 Meningsbærende enheter.	Trinn 3 Kondensering	Trinn 4 Endelige kategorier
Psykisk smerteuttrykk og rus.	<i>Jeg skjønnte vel kanskje litt fort at det krever en del å stå i andre mennesker sine følelser over tid.</i>	Forstår pasienters utfordrende adferd som en form for kommunikasjon av indre smerte, noe som kan være utfordrende å arbeide relasjonelt med.	Profesjonell belastning: Kampen mot å miste seg selv.
Ivaretagelse av seg selv i utfordrende situasjoner	<i>Å kommunisere regelmessig og sjekke inn på hvordan vi har det, det er fundamentet i vår omsorgskultur</i>	Balansen mellom å restitusjon, samt å gi og motta støtte fra venner og kolleger er essensielt for å bevare mental helse og velvære i etterkant av jobberelaterede utfordringer.	Å sjonglere mellom aspektet selvhjelp og ivaretagelse av kollegaer
Effektive organisatoriske strategier for velværestøtte.	<i>Det er først når noe veldig alvorlig skjer, som en overdose eller en trussel, at vi får ekstra støtte gjennom en debrief. Ellers må vi selv ta initiativet.</i>	Behov for mer engasjement og proaktivitet fra daglig leder. Ønske om mer veiledning for de ansatte med fokus på det psykososiale arbeidsmiljøet.	Behov for mer emosjonell støtte og faglig oppfølging i jobben.

6.0 Resultater

Dette kapitlet presenterer resultatene fra de strukturerte intervjuene med de fem psykiske helsearbeiderne som har deltatt i studien. Analysen har resultert i tre overordnede temaer: (1) profesjonell belastning: Kampen mot å miste seg selv, (2) å sjonglere mellom aspektet selvhjelp og ivaretagelse av kollegaer og (3) Behov for mer emosjonell støtte og faglig oppfølging i jobben. Det siste temaet er delt inn i tre underkategorier: Oversikt over støttetiltak, Passiv versus aktiv støtte fra ledelsen, og Ønske om en endret tilnærming til ivaretagelse.

6.1 Profesjonell belastning: Kampen mot å miste seg selv

De fem gjennomførte intervjuene gir verdifull innsikt i temaet profesjonell belastning innen psykisk helsearbeid. Hovedtemaet som kommer frem gjennom intervjuene er hvordan psykiske helsearbeidere blir påvirket av å arbeide med psykisk smerte hos pasienter og brukere. Informantene indikerer at arbeidere innenfor det psykiske helsefeltet er utsatt for høye nivåer av arbeidsrelatert stress og potensielt traumatisk stress.

Jeg skjønte vel kanskje litt fort at det krever en del å stå i andre menneskers sine følelser over tid. Jeg er nok fort at jeg tenkte at jeg er nødt til å være sterk for å jobbe her. Jeg ble litt lei av at andre hadde det vondt på en måte, også blir man lei av relasjonelle utfordringer vi møter på grunn av det smerteuttrykket våre brukere bærer på (Informant 3).

I det emosjonelt krevende miljøet innen helsevesenet, forteller mine informanter en dyp bevissthet rundt de følelsesmessige kostnadene ved å håndtere pasienters smerte over tid. En av dem sier: *Den smerten hans, og det raseriet hans, gjør at jeg får fysisk vondt inni meg av og til. Når jeg ser han og den smerten han bærer på, for jeg vondt (Informant 5).* De understreker også nødvendigheten av å bevare empati og medfølelse, samtidig som de må beskytte seg selv mot de tærende effektene av omsorgsarbeid. En annen informant (2) beskriver utfordringen slik: *Jeg kjenner at det trykker litt i brystet. Også kommer dette gradvise sinne, raseriet hans som gjør at han blir ekstremt farlig. En kan ikke miste fokus i dette sinne.* Denne balanseakten innebærer risiko for utmattelse og mot pasientens problematikk, noe som skaper en konflikt i forhold til yrkets essensielle omsorgsverdier.

I denne studien har jeg intervjuet, som har beskrevet emosjonelle og fysiske reaksjoner hos psykiske helsearbeidere i møte med pasienters smerte. En av informantene (5) uttrykte følelsen av å bli utmattet i *empatimuskelen*. Etter langvarig eksponering for andres smerte,

kunne hun merke at hun mistet deler av seg selv og den personen hun følte seg som. Flere informanter innrømmet også å ha opplevd symptomer på omsorgstretthet, hvor den kontinuerlige omsorgsgivningen uten tydelig framgang tæret på deres emosjonelle kapasitet. En annen informant (3) forklarte at i en slik jobb må man være sosialt opplagt hele tiden, og at det kunne være vanskelig å håndtere vanskeligheter i sitt eget privatliv samtidig. Studien har også registrert en tydelig emosjonell belastning knyttet til personlig kritikk, som kan eskalere til symptomer på utbrenthet og redusert empati. Betydningen av dette blir særdeles klar når vi betrakter helsearbeidere som vurderer karriereskifte som et beskyttelsesmiddel for egen psykiske helse, slik som informant (5) uttrykker: *Jeg har innsett at jeg kanskje må skifte beite. Komme meg litt vekk fra lavterskel å prøve noe annet.*

Informanter har delt personlige historier om følelser relatert til jobbens utfordringer. En av dem beskrev hvordan hun kjente på dårlig samvittighet og skam over arbeidet sitt, og hvordan dette kunne påvirke andre negativt. *Det er som om det gnager inni meg, en indre uro som bare ikke vil gi slipp*, fortalte denne informanten (2). Fysisk ubehag kom også klart frem i intervjuene. Enkelte informanter fortalte om hvordan temperaturen i rommet plutselig kunne føles uutholdelig, enten steikende varmt eller iskaldt. *Jeg kunne kjenne pulsen i halsen, merke hjerteslagene mine hamre*, delte en informant (1), mens en annen la til, *plutselig kjente jeg at jeg ble klam i hendene, og svetten bare brøt ut* (Informant 5).

Informantene ga også levende beskrivelser av sine stressreaksjoner på arbeidsplassen. En informant (3) nevnte kroppslig nummenhet, mens en annen informanten (4) erklærte at hun ristet såpass at de knapt kunne holde ting i hendene. *Tankekjøret tok aldri slutt*, forklarte en informant (5), som opplevde hvordan tankene hennes stadig vendte tilbake til utfordringene hun møtte på jobb, selv når hun hadde forsøkt å bearbeide det som hadde skjedd. Hun fortalte om et spesielt alvorlig tilfelle:

Under hendelsen kjente jeg hvordan hjertet mitt banket raskere og raskere. Jeg prøvde å holde meg rolig, men det var utrolig vanskelig. Det var først etter at politiet hadde kommet at jeg tillot meg selv å føle på det som hadde skjedd, og tårene kom bare.

Informantene ga også innblikk i hvordan de ofte fortsetter arbeidsdagen uten å ta seg tid til å reflektere skikkelig over hendelser som har forekommet. Informant (4) forteller at hun kan oppleve en følelse av nummenhet, da hun arbeider i en slags overlevelsesmodus. Disse personlige fortellingene beskriver hvordan psykiske helsearbeidere hver dag møter mange mulige situasjoner som kan være farlige eller skadelige for dem, både emosjonelt og fysisk.

En erfaren informant delte innsikten om hvordan en stadig eksponering for vold og trusler til slutt gjorde henne mer ufølsom for slike farer. Etter flere år i jobben, merket hun at hun ikke reagerte like sterkt på trusler som før. Det skremte henne nesten mer enn truslene selv, at hun ikke kjente frykten som hun visste kunne beskytte henne. Hun reflekterte også over hvordan hun i begynnelsen av karrieren ikke tok egenomsorg på alvor, og forklarer åpent om sine opplevelser med terapi på følgende måte:

Jeg var alltid den som stod i bresjen, prøvde alltid å være der for pasientene mine. Men til sist tok det på meg, og jeg måtte ty til profesjonell hjelp for å sortere følelsene mine og lære meg å kjenne og akseptere frykten igjen (Informant 4).

I mine intervjuer med ansatte innenfor psykisk helse- og rusarbeid ble det klart at mange hadde utviklet en grad av tilvenning til vold og trusler, en tilvenning som reduserte deres naturlige og beskyttende fryktresponser. Dette var noe som bekymret flere av de ansatte jeg snakket med, ettersom de forsto at frykt kan være en viktig forsvarsmekanisme. *Det er som å miste en indre alarmklokke*, sa en av informantene (4), noe som viste at hun var fullt bevisst på denne bekymringsfulle utviklingen. Informantene ga også uttrykk for bekymring over konsekvensene av et kontinuerlig høyt stressnivå.

Vi blir sliten. Og det går ikke bare ut over jobben, men det sniker seg inn i personlivet også. Jeg har kjent at jeg ble mindre empatisk, mindre til stede for familie og venner, når jeg bare var utmattet hele tiden (Informant 3).

De understreket et tydelig behov for mer støtte og ressurser for å kunne håndtere de psykiske og fysiske konsekvensene av deres yrke. Dette ønske uttrykker de ikke bare for seg selv, men også for å opprettholde kvaliteten på pasientomsorgen og beskytte verdien av den kompetansen og erfaringen de har opparbeidet seg. Informant (1) påpeker at det er en tøff sirkel der stress kan føre til sykemeldinger, som igjen fører til økt belastning på dem som er igjen. En annen informant (4) forteller at kunnskap går tapt når ansatte ikke orker å jobbe her langer.

Mine intervjuer med de psykiske helsearbeidere avslører at mange bærer på en tung emosjonell byrde som følge av direkte verbale angrep, kritikk og truende oppførsel fra pasienter. En av informantene (5) delte sin opplevelse av at utbrenthet alltid lurer i bakgrunnen, fordi arbeidet krever at de kontinuerlig håndterer pasienter som sliter emosjonelt. *Du tar på deg så mye av pasientenes smerte, og med tiden veier det deg ned*, sa hun. Informantene (1 & 5) snakket også om det vonde i å føle seg hjelpeløs og mulig i fare når de møter pasienter som er aggressive. Informantene (1 & 5) fortalte om situasjoner hvor de

tenkte kunne gå skikkelig dårlig, ettersom at det ikke alltid er noen tydelig utvei.

De personlige fortellingene viser at vold og aggresjon er en altfor vanlig del av hverdagen i psykisk helsearbeid. *Rundt ti hendelser på denne jobben, men sikkert det dobbelte gjennom hele karrieren*, sa en informant (5) om frekvensen av voldelige episoder hun hadde blitt utsatt for. Innsamlet data viser at det er kritisk for helsearbeidere å finne en god balanse mellom arbeidskrav og deres egen psykiske velferd. *Vi må finne veier for å lette byrden*, sa informant (3), som understreket nødvendigheten av støttesystemer for de som utfører dette viktige, men utfordrende arbeidet.

6.2 Å sjonglere mellom aspektet selvhjelp og ivaretagelse av kollegaer.

I alle de individuelle intervjuene ble det undersøkt hvordan de psykiske helsearbeiderne som deltok i denne studien ivaretar seg selv og sine kollegaer. Informant (3) forklarte at selv om de er godt informert om viktigheten av selvpleie og grensesetting, sliter de med å faktisk praktisere dette når stresset og den følelsesmessige belastningen er på sitt verste. Informant (4) delte videre at de vet hvordan stresset bør håndteres, men mental og fysisk slitasje gjør det utfordrende å sette den kunnskapen ut i livet. Med ærlighet delte en annen informant (5) hvordan tankekjøret fortsatte noen ganger selv etter arbeidsdagen tok slutt. Hun forklarte at *søvnen er det første som går. Selv om vi har debriefet på jobb, kan jeg ligge våken om natten, bekymret og forestiller meg det verste scenariet.*

I intervjuene kom det frem at balansen mellom empati og selvivaretagelse er en kontinuerlig kamp for helsearbeiderne. *Du kan ikke bare skru av omsorgen når du stempler ut. Men det å alltid være påmeldt tærer på kreftene, og kan virkelig gå ut over på personlige forhold*, konstaterte informant (2), og belyste dilemmaet som følger med empatisk arbeid uten tilstrekkelige pauser. Den stadige vekten informantene la på å være der for andre, til tider på bekostning av eget velvære, ble klart gjennom deres fortellinger. *Å hele tiden sette pasientene først påvirker hvem du er, også utenfor jobb. Det endrer måten du forholder deg til venner og familie*, sa en annen informant (1), noe som understreker hvordan det krevende arbeidet kan infiltrere helsearbeidernes identitet og private liv.

Flere av de jeg har intervjuet i denne studien gav uttrykk for en følsomhet når det kom til egen utmattelse, selv om de fullt ut anerkjente viktigheten av å ta vare på seg selv. Informant (3)

deler at hun vet at hun må ta pauser og passe på egen helse, men når hun er virkelig utslitt, klarer hun bare ikke å sette i gang de strategiene vet hjelper henne. En annen informant deler den samme tanken ved å fortelle:

Jeg prøver alltid å gjøre de de riktige tingene for å føle meg bedre etter en tøff da. Jeg forteller venner om det og søker støtte, men noen ganger er jeg så kjørt at jeg ikke klarer å gjøre noe mer. Jeg vet at å være sosial ville hjulpet, men det skjer bare ikke (informant 5).

Når det kommer til åpenhet om deres situasjon, påpekte en annen informant (4) viktigheten av ærlig kommunikasjon i psykisk helsevesen. Informanten viser tydelig hvor essensielt det er å skape en kultur av støtte og gjensidig forståelse i helsefeltet.

Det å kunne snakke fritt om disse stressende tingene på jobb, det hjelper. Vi trenger rom for slik dialog, ikke bare blant kolleger, men også i utdannelsen. Nye helsearbeidere må lære viktigheten av å ta opp disse tingene (Informant 4).

Informantene i denne studien fortalte hvordan de bygger på selvbevissthet, og bruker selvomsorgsrutiner for å kontrollere de følelsesmessige utfordringene i hverdagen. Informant (1) forteller at å ta vare på seg selv er nøkkelen til å holde ut. Hun forteller at hun prøver å skjerme seg fra kritikk som ikke er konstruktiv, og minner seg selv på at hensikten med arbeidet hennes er positiv. Støtten som kollegaer gir til hverandre, kom også tydelig frem. Informant (2) viser til viktigheten av å vite at hun kan snakke med en kollega om frustrasjonene og problemene hun møter, og at de vil møte henne med støtte og forståelse. Alle informantene er enige i at å ha kollegial støtte å lene seg på gjør en stor forskjell i håndteringen av daglige stressfaktorer. En annen informant (4) fortalte også hvordan små handlinger av omsorg blant kollegaer bidrar til et sunnere arbeidsmiljø. *Det handler om de små tingene, som en tekstmelding for å høre hvordan en kollega har det. Det får deg til å føle at noen virkelig bryr seg, noe som kan løfte hele dagen din.*

En annen informant (4) påpekte betydningen av å ha en arbeidskultur hvor de ansatte stoler på hverandres kompetanse. Dersom en ikke har tillitt til kollegaer kan det bidra til at det blir enda vanskeligere å koble av når en er hjemme. Hun påpeker dette aspektet ved følgende sitat:

Vi har en sterk fellesskapsfølelse her hvor vi er åpne med hverandre og stoler på hverandres evner. Å kommunisere regelmessig og sjekke inn på hvordan vi har det, det er fundamentet i vår omsorgskultur, og det er det som hjelper oss med å overkomme vanskeligheter og koble av når vi er hjemme.

Disse personlige refleksjonene understreker ikke bare behovet for en åpen og støttende

kommunikasjon, men viser også til en praksis hvor deres egen velvære håndteres kollektivt, noe som styrker deres profesjonelle kompetanse og personlige resiliens.

Informantene deler flere faktorer som kan bidrar til å ivareta seg selv i forhold til de emosjonelle utfordringer de opplever som følge av arbeidet. Informant (2) fortalte at etter en intens situasjon, som for eksempel ved å bistå under en overdose, kan hun trenge litt alenetid for å samle tankene og roe ned. Det kan hjelpe å ta seg en pustepause, og at noen ganger trenger hun bare fem minutter for å hente seg inn igjen. Informant (5) virker som hun deler denne forståelsen, og ved å fortelle:

Det er akseptert at vi alle trenger rom for å pause og samle oss, enten det er å luften våre tanker eller finne kortsiktig stillhet. Men når jeg kjenner at det står på for mye, så har jeg behov for å lande, også har jeg behov for å sove. Noen ganger når vekten min er over så gleder jeg meg til å dra hjem og sove.

Informant (3) understreket betydningen av å kjenne sine egne grenser. Hun fortalte at hun har blitt flinkere til å lytte til kroppen sin. Hun legger til at dersom hun merker at ting blir for mye, nøler hun ikke med å ta en sykedag. En annen informant (5) deler denne oppfatningen, og forteller at en sykedag ikke behøver å handle om fysisk sykdom. Noen ganger er det den mentale helsen som krever en pause. Hun legger også til at det er en økende forståelse på arbeidsplassen for at mental utmattelse er like reell og viktig å ta på alvor som fysisk sykdom. Informantene forteller at å etablere mentalt rom og fysiske pauser er nødvendig for å kunne prestere på jobben, uten at jobben skal gå på bekostning av egen helse. De personlige fortellingene fra informantene belyser viktigheten av å ha kollegastøtte og en arbeidskultur som verdsetter egenomsorg og forståelsen av psykiske grenser.

I intervjuene med informantene fremkommer det et klart uttrykk for at de tar selvivaretagelse på alvor. Selvomsorgen er ifølge informantene en viktig del av hverdagen, både individuelt og som en del av arbeidsmiljøet. Informant (3) forklarer at man må passe på seg selv og hverandre. Hun forteller at det prates om vanskelige ting rett frem på hennes arbeidsplass, enten det er under lunsjen eller i fellesområdet. En annen informant (1) delte sin opplevelse av dette:

Vi har en god kultur for å snakke om ting som er utfordrende. I lunsjen kan det være lett å ta opp noe som har skjedd, og vi gir hverandre støtte og råd. Det føles ikke som om problemer blir bagatellisert. Vi prøver å håndtere utfordringer så løsningsorientert som mulig.

Disse tilbakemeldingene fra informantene viser at selvivaretagelse for helsearbeidere handler om å både gi og motta støtte i et fellesskap. Det kommer tydelig frem fra informantene at åpenhet og ærlige samtaler rundt de vanskelige delene av jobben er nøkler til å opprettholde god psykisk helse i et utfordrende yrket.

6.3 Behov for mer emosjonell støtte og faglig oppfølging på jobben

Ved å dele opp det siste hovedfunnet i underkategorier får jeg en mer organisert og strukturert fremstilling av funnet. Hver underkategori kan ha sin egen betydning, slik at jeg kan gi mer detaljerte argumenter for hvert aspekt av hovedfunnet. *Oversikt over støttetiltak* gir en dypere forståelse av hvilke tiltak og ressurser informantene mener som er tilgjengelige. *Passiv versus aktiv støtte fra ledelsen* viser hvordan ledelsen i organisasjonen engasjerer seg i å gi støtte til de ansatte. Ønsker en endret tilnærming til ivaretagelse utforske informantenes ønsker om endringer i måten ivaretagelse blir håndtert på i organisasjonen. Ved å organisere og presentere funnene på denne måten, blir det både enklere å forholde seg til og å drøfte funnene i kapittel 7.

6.3.1 Oversikt over støttetiltak

Angående temaet støttetiltak uttrykker alle informantene hva de trenger for å bedre håndtere de emosjonelle aspektene ved jobben. Alle informantene uttrykker et ønske om at veiledningstilbudet til de ansatte må forsterkes med spesifikk vinkling på det psykososiale arbeidsmiljøet. To av informantene (3 & 5) forteller at de har veiledning hver sjette uke, mens de resterende tre informantene fortalte at de har tilbud om veiledning hver fjerde uke. Informant (5) forklarer at hun kunne ha trengt mer hyppig veiledning på arbeidsplassen hennes. Hun spesifiserer at veiledningen bør også inneholde metoder som setter søkelys på det psykososiale arbeidsmiljøet og hjelper dem med å sortere, samt håndtere vanskelige følelser knyttet til arbeidet. Informantene trekker frem at støtten de får fra kollegaer og ledere er noe de verdsetter, men at det er et tydelig behov for mer strukturerte støttetiltak. Informant (2) uttrykker et ønske om bedre oppfølging for dem som jobber med tunge saker, slik som sitatet viser:

Risikovurderinger og sikkerhet er viktige, ja, men vi må også ha tilgang til noen som kan hjelpe oss med det mentale. En psykolog eller en veileder som er der for oss, og som kan hjelpe oss med å bearbeide de tingene vi går gjennom (Informant 4).

Da jeg intervjuet to av med informantene (3 & 5) kom det også frem et savn etter noe ble kalt leirbål, et sted hvor ansatte kunne komme sammen og åpent dele følelser knyttet til jobberfaringer og utfordringer. Informant (3) foreslo at: *Vi kunne trenge et slags møtested, et sted hvor det er rom for å snakke ut om ting, der man kan kaste ut sine bekymringer og følelser uten frykt for at det skal slå tilbake på en selv.*

Disse informantene virker tydelige på at kommunikasjonen om støtte kan være uklar. Alle informantene forteller at på deres arbeidssted, har de egne måter å reflektere og diskutere med hverandre etter store hendelser, og en mindre formell prosess som de kaller for *debrief*. Gjennom en debriefing forklarer informantene at de får samtale med ledelsen etter at det har skjedd noe som kvalifiseres som alvorlig. Når det gjelder hva som defineres som alvorlig eller ikke, forteller informant (1 & 2) at det er opp til de ansatte selv å definere. Informant (3) forteller at det er et behov for en større kulturendring, slik at de ansatte kan ha et helsearbeidsmiljø der psykososial støtte er mer integrert og tilgjengelig.

6.3.2 Passiv versus proaktiv støtte fra ledelsen

Da jeg intervjuet informantene, kom de med konkrete tilbakemeldinger om deres erfaringer med ledelsen på arbeidsplassen. En informant (3) bemerket seg at de må fortelle sjefen selv når noe går galt. Hun legger til at ledelsen ikke nødvendigvis får med seg alt som skjer, noe som fører til at de ansatte må oppdatere henne fortløpende. Informantene i denne studien snakket åpent om utfordringene de sto overfor når det gjaldt å søke støtte på jobb. Alle informantene forteller at ledelsen ikke opptrer proaktiv, men at de først setter i gang tiltak etter at noe alvorlig har skjedd. En av informantene (2) forklarer dette slik:

Det er først når noe veldig alvorlig skjer, som en overdose eller en trussel, at vi får ekstra støtte gjennom en debrief. Ellers må vi selv ta initiativet. Vi må være åpne og ærlige om hva vi går gjennom, for å bruke støtten vi har fra kollegaer og ledere.

Informantene gir uttrykk for at de setter pris på når sjefen engasjerer seg etter alvorlige hendelser, som for eksempel når de får tilbud om samtaler med bedriftshelsetjenesten. Men en av informantene (5) ser et behov for at ledelsen viser mer jevnlig involvering og interesse for deres velvære. Informant (4) forteller at hun skulle ønske at ledelsen kunne vise at de bryr seg mer om hvordan de ansatte har det mentalt. Hun formidler viktigheten av å føle seg sett og involvert av ledelsen, i stedet for å måtte ta initiativ til samtaler selv. Disse informantene forteller at klarere strategier fra ledelsen vil kunne gjøre en stor forskjell. Dette kan ifølge

informant (2) gjennomføres ved at ledelsen tar mer initiativ til å følge det psykososiale arbeidsmiljøet, i stede for å vente handle først etter at hendelser blir rapportert. *Vi kunne trenge en ledelse som proaktivt spør oss hvordan vi har det, og hva vi trenger for å få det bedre, og ikke bare når det er en åpenbar krise,* forklarte informant (5)

Alle informantene ga uttrykk for at det er en ubalanse mellom behovet, og det som faktisk er tilgjengelig av hjelp og støtte på jobben. Informantene forteller at det er på tide at ledelsen faktisk trår til og tar i et tak når det handler om å ta vare på de ansatte sin mentale helse, spesielt hvis det har skjedd noe som virkelig setter spor. En av informantene (5) forteller:

Jeg skulle ønske jeg kunne si jeg har en ledelse som faktisk kan være der for meg uten at det nødvendigvis har skjedd noe spesielt. Noen ganger har jeg bare lyst til å prate fra meg det som er vanskelig, få ut alt av tanker og følelser før jeg tar turen hjem.

Det var flere av informantene (1 & 2) som ytret et ønske om en mer automatisert debriefingsprosess. Det foreslås en struktur hvor samtale eller debrief etter alvorlige hendelser blir standardprosedyre, uten at de ansatte må be om dette selv. På denne måten kan det tenkes at det kan hjelpe å unngå at folk blir totalt utslitt, og at alle får muligheten til å være mer på topp i hodet. Informant (3) la dette tydelig fram slik;

Jeg skulle ønske at ledelsen bare hadde vært tydelige og sagt til meg at jeg MÅ snakke med noen om de vanskelige følelsene jeg bærer på. Jeg synes det skal være lav terskel for å ta en samtale på grunn av noe som har vært uheldig. Det at vi er pålagt til å be om det selv, kan i verstefall føre til at noen ikke ber om det.

Alle informantene forteller at de er spesielt stresset i perioder med lav bemanning på jobb, samt mangel på egentid i en hektisk arbeidsdag. Alle informantene sier de blir sliten, og at de til tider kjenner at det er relasjonelt arbeid, uten tilstrekkelig hvile. De mener at både bedriftshelsetjenesten og ledelsen må ta det psykososiale arbeidsmiljøet på alvor for å holde stressnivået nede og hindre at ansatte blir utbrent. Ifølge informantene må det bygges en robust organisasjonskultur med et sterkt ledelsesengasjement, og en proaktiv støtteordning. En av informantene (4) forteller at de trenger *en bedriftshelsetjeneste som har kapasitet, og ledelse som evner å tilrettelegge for stresshåndtering og forebygging av utbrenthet.* Informant (2) foreslår at det skal være enkelt og rett frem å få en prat etter noe tøft har skjedd, og at det burde være mer guiding og hjelp rundt det å ha det bra sammen på jobben. Informant (3) ønsker et slags sikkerhetsnett som garanterer at noen passer på dem, uansett om de klarer å spørre om hjelp selv eller ikke.

Det jeg har fått med meg fra alle sammen, er at vi må tenke stort og helhetlig når det gjelder å ta vare på ansattes velvære på jobben. Vi trenger ledere som bryr seg og tar ansvar, og at alt dette henger sammen med å bygge en organisasjonskultur som har gode støtteordninger for psykiske helsearbeidere.

6.3.3 Ønsket om en endret tilnærming til ivaretagelse

Informantene i denne studien har sagt at de kjenner på behovet for å verne om sin egen sikkerhet samtidig som de skal gi omsorg til andre. Når jeg snakket med dem, kunne de fortelle at dette er en balansegang som opptar dem i hverdagen. Informantene er opptatt av at de skal være trygge i jobben og at arbeidsgivere må sørge for gode systemer og rutiner for oppfølging. Informant (3) forklarer at hun blir mer påpasselige etter å ha sett hva som kan skje forekomme i jobben, og legger til at de hun nå legger mer vekt på forhåndsplanlegging og risikovurderinger. Men en annen informant (2) spurte: *Hvorfor skal det alltid skje noe dramatisk før det kommer tiltak som virkelig ser oss ansatte?*

Historiene var mange om hvordan det er vanskelig å ikke ta jobben med seg hjem. Informant (5) deler at ingen har vist henne hvordan hun skal klare å legge jobben fra seg. Hun legger til at det er noe en må finne ut av selv, noe hun synes er dumt å tenke på. Det var en felles forståelse hos alle informantene at selv om sikkerhet er viktig, må omsorgen for de ansatte også bli tatt på alvor. *Det må være et tilbud som passer for alle ansatte. Hvis ikke, så blir det lett at noen faller utenfor*, mente en annen informant (4).

Flere informanter nevnte høy utskiftning av ansatte, og samt arbeidere som blir langtidssykmeldt. En av informantene (3) påpekte det slik: *Det sier seg selv, gjør det ikke? Stadig flere gir opp, eller så ender de opp sykemeldt. Jobben vår tærer på helsen, og det krever sitt over tid.* Informant (5) virker til å dele de samme tankene ved å formidle følgende utsagt:

Hvorfor ble røykeloven innført? Det var jo folk som var passive røykere som ble syke. Dersom du klarer å overføre den til dette, så det i grunn samme prinsippet. Røykeloven kom fordi at de som sto i baren på uteservering og ikke røykte, de ble alvorlig syke. De fikk faktisk kreft som kunne relatere tilbake til passiv røyking. Dette temaet er litt det samme. En blir passivt psykisk syk av å arbeide med psykisk helse..

Informantene i denne studien forteller at det ofte er vanskelig å be om oppfølging. Mange holder tilbake fordi de tror at å be om støtte er et tegn på svakhet, i stedet for å se det som en styrke. Men jeg hørte også at det er stor interesse for å bygge opp en jobbkultur som oppmuntrer folk til å ta vare på seg selv for å forhindre stress og utmattelse. Informant (2) forteller at hun hadde vært nølende med å fortelle ledelsen dersom hun trengte å snakke med noen. Hun legger til at det for henne hadde vært å vise sårbarhet, noe hun egentlig ønsker å skjule. Informantene snakket også om betydningen av å skape en arbeidskultur som holder folk i jobbene over tid. Det ble gjentatte ganger nevnt at samarbeid er veien å gå og at arbeidsplassen må være dynamisk for å opprettholde faglig stolthet. Dette ble understreket med følgende utsagn:

Samarbeid er nøkkelen til å oppnå store og positive resultater. Vår arbeidsplass må fungere som en levende organisasjon som brenner for å opprettholde vår stolthet i faget. Vi kan oppnå det utrolige, men det krever enhet og samarbeid, aldri isolasjon (Informant 4).

Flere av informantene fortalte at de ser en positiv utvikling i bevisstheten rundt behovet for et støttende arbeidsmiljø, som ikke bare svarer på akutte problemer, men jobber aktivt for å ta vare på mental helse og profesjonell utholdenhet. De vektla viktigheten av et miljø som overholder arbeidsmiljøloven og bidrar til et mer bærekraftig psykisk helsefelt. Informantene viste engasjement etter å prate om strategier for å ivareta ansatte. Flere uttrykte behovet for mer innsats fra ledelsen i å passe på de ansattes helse. Alle informantene formidlet tydelig, *Ledelsen må bli flinkere til å forebygge (Informant 1). Selv om vi er gode på risikovurderinger i spesifikke tilfeller, trenger vi en generell plan for hele arbeidsmiljøet (Informant 3).* En siste informant (4) tilføyer at vi må *endre vår tilnærming til hvordan i størst mulig grad ivareta gode psykiske helsearbeidere over tid.*

7.0 Diskusjon

Forskningsspørsmålet for denne studien har vært: *Hva vektlegger psykiske helsearbeidere som betydningsfullt for å føle seg ivaretatt i møte med pasienters psykiske smerteuttrykk?* Før psykiske helsearbeidere kan få ivaretagelse, må de først oppleve noe som skaper et behov for det. Derfor har det vært en naturlig fremgangsmåte for meg å ta med informantenes fortellinger om kostnadene ved å hjelpe personer med psykiske lidelser og rusutfordringer, før jeg kan fortsette diskusjonen om hva de anser som viktig for å føle seg ivaretatt i arbeidet. I denne drøftingen vil jeg ta for meg tre primære forhold som har blitt tydeliggjort gjennom individuelle intervjuer med fem psykiske helsearbeidere. For det første vil jeg belyse hovedinntrykket som kommer til uttrykk hos alle informantene, nemlig deres bekymringer rundt den totalbelastningen som langsiktig arbeid i hjelpeyrker kan medføre. For det andre vil jeg diskutere informantenes bevissthet om og holdninger til nødvendigheten av selvpleie og kollegial støtte som metoder for å håndtere emosjonelle utfordringer i arbeidslivet. Til slutt vil jeg adressere de organisatoriske tilnærmingene informantene anser som viktige for å føle seg ivaretatt, som for eksempel psykososial støtte og veiledning på arbeidsplassen.

7.1 Å være på til en pris: Empatislitasje i omsorgsykker

Hovedinntrykket fra denne resultat kategorien indikerer at de psykiske helsearbeiderne som har deltatt i studien virker som de bærer en emosjonell belastning. Eksponeringen for pasienters lidelse antydes å føre til stressreaksjoner som kan påvirke informantenes velvære og empati. Dette kan tenkes å skape en risiko for utbrenthet og svekkelse av naturlige forsvarsmekanismer. Opplevelsen av at det *krever å stå i andre menneskers sine følelser over tid* ettersom at en blir *lei av relasjonelle utfordringer en møter*, virker som det kan forsterke inntrykket om at psykisk helsearbeid opererer i et emosjonelt krevende arbeidsmiljø. Opplevelser fra møtet med pasienters psykiske smerteuttrykk antyder en profesjonell belastning, som informantene står i regelmessig, og kan knyttets til begreper som omsorgstretthet og traumer. Dermed kan denne studien være relevant i den sammenhengen, ettersom den kaster lys over erfaringer fra praksis. De følelsesmessige utfordringene som psykiske helsearbeidere opplever i sitt relasjonelle arbeid, på grunn av høy risiko for å oppleve vold og trusler, knyttes av informantene til blant annet slitasje og sykemeldinger hos de ansatte.

Funn i denne studien kan sees i lys av tidligere forskning fra Devilly et al. (2009, s. 374) om

at stressende arbeid over tid kan føre til helsemessige utfordringer som minner om fenomenet utbrenthet. Psykiske helsearbeidere står ofte ansikt til ansikt med menneskers smerte og lidelse, noe som antydes å kreve både følelsesmessig styrke og evne til å håndtere andres sterke følelser. Funn i denne studien belyser videre at subjektive erfaringer med stress og empatisk overbelastning som kan tenkes å lede til utbrenthet eller sekundærtraumatisering, en tilstand hvor helsearbeidere utvikler symptomer liknende de som har opplevd direkte traumer (Bride, 2007, s. 63). Astrup og Benum (2014) sin definisjon på traumer som en respons på forferdelige hendelser gir en ramme for å forstå disse utsagnene. Det antydes en mulighet for at de psykiske helsearbeiderne som har deltatt i min studie kan oppleve en form for sekundærtraumatisering gjennom sitt arbeid med traumatiserte klienter med rusrelaterte utfordringer og samtidig psykiske lidelser. De psykiske helsearbeiderne viser til både fysiske og psykisk reaksjoner, som hjertebank og intens emosjonell overbelastning, noe Astrup og Benum (2014, s. 25) mener kan relateres til både kognitive endringer og emosjonelle reaksjoner etter traumer. Enkelte av opplevelser funn i denne studien beskriver, kan også tenkes å likhetstrekk med det Håkonsen (2015, s. 256) beskriver som sjokkfasen, ettersom informantene noen ganger strever med å prosessere hendelsene de opplever på jobb.

Resultatene fra denne studien kan videre tyde på en mulig sammenheng mellom depersonalisering og opplevelsen av høy arbeidsbelastning. Dette understøttes av uttalelsene om at gjentatte vanskelige hendelser kan føre til at informantene kan miste seg selv, eller at deres kapasitet til å være empatisk overfor andre viktige personer i deres liv kan avta. En nedgang i helsearbeideres evne til å forholde seg empatisk kan etter det informantene erfarer antyde til det Haavik og Toven (2020, s. 52) refererer til som symptomer på depersonalisering. Uttrykkene fra informantene angående belastningene knyttet til å stadig motta personlig kritikk illustrerer behovet som Hem og Aarre (2023, s. 20) påpeker, nemlig høy grad av kompetanse i relasjonsarbeid for å kunne hjelpe på en måte som er både helsefremmende og bærekraftig for hjelperen selv. Forskningen, blant annet Myklebust et al. (2022, s. 2), synes å støtte oppfatningen om at terapeutiske relasjoners kvalitet kan spille en kritisk rolle i resultatene av miljøterapi. Empatislitasje viser seg ifølge Amble og Horstad (2023, s. 280) å være en utfordring som psykiske helsearbeiderne står ovenfor, noe som også bekreftes av informantene som har deltatt i denne studien. Basert på informantenes beskrivelser kan det virke som om slitasje muligens kan bidra til en redusert kapasitet for effektiv hjelp så vel som opplevelser som ligner på depersonalering.

Motoverføringsreaksjoner blir belyst når informantene reflekterer over at klientenes smerte og sinne fører til fysiske og følelsesmessige reaksjoner. Informantenes beskrivelser av ufrivillige reaksjoner ser ut til å ha visse likhetstrekk med det Amble og Horstad (2023, s. 281) fremhever som responser på pasienters oppførsel, noe som kan peke på nødvendigheten av bevissthet rundt slike reaksjoner for bedre håndtering. Det kan tenkes at i en arbeidskultur som fordrer at helsearbeidere kontinuerlig skal være sosialt engasjerte, muligens kan bidra til økt stress som i sin tur kan ha en forsterkende effekt på tendenser til depersonalisering og utbrenthet. De psykiske helsearbeiderne uttrykker en belastning knyttet til å måtte være sosialt på topp, som innebærer en konstant påkjenning av empatisk resonans, eller det som Myklebust et al. (2022, s. 3) refererer til som inntoning. Det kontinuerlige kravet om å være på bølgelengde med andre kan mulig utgjøre en slitasje på den mentale helsen, ifølge noen av informantene. Det er mulig at informantene fra min studie opplever betydelig press når det gjelder å bevare en tilsynelatende fasade av engasjement og omsorg selv under emosjonell tretthet. Dette kan være i tråd med utbrenthetsmodellen omtalt av Haavik og Toven (2020, s. 52), som beskriver depersonalisering og emosjonell utmattelse som to sentrale faktorer i utbrenthet. I tillegg til de akutte reaksjonene på traumatiske hendelser, belyser funn i min studie også den langsiktige påvirkningen, som ønsket om å *skifte beite*.

Disse personlige erfaringene kan ses i lys av litteraturen som peker på patogenese og stressets mulige rolle i utviklingen av sykdom. Ifølge Kumar et al. (2020) kan en dypere forståelse av patogenese lede til utviklingen av mer effektive behandlinger og forebyggende tiltak mot sykdom. De omtalte funnene i min studie kan tolkes som beskrivelser av individuelle patogenetiske prosesser der vedvarende stress, som et resultat av å arbeide i hjelpeyrker, kan tenkes å bidra til at kroppens fysiologiske og psykologiske balanse blir forstyrret. Håkonsen (2015, 240) gir en indikasjon på at stress kan forstyrre kroppens forsøk på å opprettholde et stabilt fysiologisk miljø, noe som muligens kan bidra til utviklingen av sykdom. Skårderud et al. (2018) bidrar her med en forståelse av hvordan langvarig stress påvirker både fysisk og psykisk helse negativt. De identifiserte konsekvensene, som søvnforstyrrelser og økt sårbarhet for sykdom, reflekteres i de personlige fortellingene fra informantene i studien, hvor individene beskriver følelsesmessig tretthet, utfordrende søvnmønster og lav terskel for å ta egenmelding. Ved å gjøre forbindelsen mellom den vitenskapelige litteraturen og de personlige erfaringene, kan det tenkes at forståelsen av stress som en patogen faktor blir styrket. Dette understreker viktigheten av strategier for stressmestring, særlig for de innenfor hjelpeyrker, for å forebygge sykdom og tap av kompetanse, samt fremme mental helse.

7.2 Helsefremmende strategier: Inkorporering av salutogeneseperspektiver for psykisk helsepersonell

Hovedinntrykket fra denne resultat kategorien fra intervjuene med psykiske helsearbeidere avslører en sterk bevissthet om betydningen av selvpleie og kollegial støtte i å håndtere emosjonelle utfordringer på jobb. Informantene beskriver utfordringer knyttet til grensesetting og balansen mellom empatisk engasjement og selvbevarelse, samt hvordan pasientpleie kan påvirke deres personlige liv. For å støtte sin psykiske helse og profesjonelle utholdenhet er en kultur med gjensidig støtte, konstant dialog om arbeidsbelastninger, og betydningen av pauser viktige faktorer for informantene. De etterstreber et arbeidsmiljø som fremmer åpenhet og anerkjenner kollegial omsorg som verktøy for å møte daglig stress.

Funnene i denne studien synes å gi gjenklang i noen av salutogenetiske perspektivene som Antonovsky har beskrevet i (Christiansen, 2021, s. 34). Ettersom funnene omhandler mestringsstrategier for arbeidsrelatert stress kan det tenkes at salutogenetiske perspektiver kan være relevante. Det kan være av betydning å skape en balanse der ansatte får mulighet til å ikke alltid stå alene, men finne støtte og få tilgang til tilrettelegging som muligvis kan fremme evnen deres til å håndtere arbeidsrelatert stress. Det salutogenetiske perspektivet fremhever potensialet i å identifisere ressurser og mestringsmekanismer som kan støtte opp om ansattes helse (Christiansen, 2021, s. 35). En mulig implikasjon av dette kan være nytten av å etablere en arbeidskultur som legger vekt på psykologisk støtte, tilrettelegger for regelmessige pauser, og fremmer en holdning til selvomsorg.

Uttalelsene fra informantene i denne studien kan tyde på et visst behov for å fokusere mer på helsearbeideres psykososiale behov, samt indikerer muligheten for at salutogenetiske perspektiver kan være nyttige for å flytte fokus fra sykdomsfremkallende faktorer, mot helsefremmende aspekter. Et slikt skifte kan potensielt være av betydning i psykisk helsearbeid, hvor de ansatte synes å være særlig sårbare for følelsesmessig utmattelse, noe som kan knyttes til nær klientkontakt og de følelsesmessige utfordringene jobben medfører. Å utforske hvilke faktorer som kan bidra til å lindre symptomer på psykiske belastninger hos psykiske helsearbeidere, kan mulig flytte oppmerksomhet bort fra skadelige elementer til de faktorene som styrker og opprettholder velvære. Informantene reflekterer rundt verdien av en åpen kultur og tillit til egne evner, noe som kan være viktig i relasjonelt arbeid. Problemfokuserert mestring, som er beskrevet av Håkonsen (2015, s. 260), kan innebære at hvis en ikke kan løse det underliggende problemet som fører til stress, kan en heller gjennomføre

strategier som å snakke med venner eller kollegaer. Funn i denne studien fremhever en kultur hvor åpenhet, samt det å stole på personlige evner er avgjørende i relasjonelt arbeid. En slik tilnærming kan mulig representere en indirekte form for mestring, hvor å skape et fellesskap og forståelse kan tilby nye perspektiver og styrke for å håndtere de utfordringene som presenteres.

På den ene siden ser det ut til at informantene erkjenner både individets og fellesskapets rolle i mestring og velvære. Disse strategiene kan muligens gjenspeiles i Antonovskys begrep om *opplevelse av sammenheng* (Christiansen, 2021, s. 36). Informantene viser *forståelighet* ved at de er bevisst rundt sine egne behov og stressorer, som er essensielt for å kunne artikulere disse utfordringene. De snakker for eksempel om behovet for å være med venner, eller behovet for å få sove. Det kan tenkes at erkjennelser hvor informantene ser ulike mønstre i egne reaksjoner og strategier, kan være hjelpsomme i å lage forutsigbare og håndterbare situasjoner, og bidra til bedre forståelighet over egne følelser. Både Håkonsen (2015, s. 258), Havik og Toven (2020, s. 113), og Tol et al. (2013, s. 446), er bekreftende i forhold til at *sosial støtte* er en betydningsfull strategi for å mestre situasjoner som fører til vanskelige følelser. På en annen side antyder funnene i studien at møtet med pasienters psykiske smerteuttrykk kan være forbundet med et spenningsfelt, som gjør det utfordrende for informantene å bevare empati og medfølelse ovenfor sine brukere, samtidig som de skal ivareta sin egen og kollegaer sin sikkerhet og trivsel. I noen tilfeller kan det se ut som at tiltak som å søke sosial støtte blir nedprioritert til fordel for restitusjon og hvile. Ifølge Havik og Toven (2020, s. 102) kan det være essensielt å tillate seg selv kvalitetspauser gjennom arbeidsdagen, og nødvendig hvile etter arbeidsdagen er avsluttet. Funnene i denne studien kan indikere at tankekjør påvirker søvnkvaliteten, med tendenser til vedvarende bekymringer om negative scenarioer. Ifølge Havik og Toven (2021, s. 52) kan det å være i konstant aktivitet, både mentalt og fysisk, øke risikoen for utbrenthet på grunn av utfordringer med å skaffe tilstrekkelig hvile eller restitusjon. Når informantene beskriver bruk av støtte og opprettelse av grenser, kan det tolkes som en mulig anerkjennelse av at de har noen verktøy tilgjengelig for å håndtere de emosjonelle utfordringene. Å søke trøst hos venner og kollegaer eller å *ta en egenmelding* når det er nødvendig å restituere seg er eksempler på faktorer som ifølge Christiansen (2021, s. 38) står sentralt i *hånterbarhet*. Studiens funn kan antyde at psykiske helsearbeidere kan ta aktive skritt for å håndtere vanskelige situasjoner, enten det er gjennom å søke støtte eller ved å ta seg tid for å hvile og få tilbake energi og klarhet. Når de psykiske helsearbeiderne viser omsorg og støtte ovenfor hverandre, kan det se ut som det representerer

et aspekt av *meningsfullhet*. Studiens funn kan indikere at psykiske helsearbeidere opplever verdi i å bygge et felleskap, og i å være oppmerksomme på hverandres velvære. En erkjennelse av at mental helse blant ansatte er like viktig som helsen til brukerne de følger opp, kan tenkes å tilføre mening til de tiltakene som blir iverksatt for å skape et trygt og godt arbeidsmiljø. De presenterte funnene indikerer derimot også at informanter kan oppleve dårlig samvittighet og skam knyttet til arbeidet, noe som kan tenkes speile mangel på opplevd meningsfullhet. Langeland (2014, s. 12) fremhever betydningen av meningsfullhet i møte utfordringer. Manglende mening kan tenkes forårsake de negative følelsene rapportert av mine informanter.

Ulike funn i min studie antyder at restitusjon og sosial støtte er nøkkelkomponenter i å fremme velvære og mestring av arbeidshverdagens belastninger. At informantene reflekterer over at det er ok å ta med jobben hjem, men at de *må lære seg å tåle og stå i det*, reflekterer derimot en anerkjennelse av at jobbstress er uunngåelig, samtidig som det oppfordrer til resiliens (Tol, et. al, 2013, s. 445). Sentimentet om at det kan være akseptabelt å ta med seg arbeid hjem, i erkjennelsen av at jobbstress er en del av livet, kan peke mot en oppfordring til å utvikle en robusthet overfor slike utfordringer. Likevel erkjenner noen av informantene at selv om de er bevisst på hvilke tiltak som teoretisk kan bidra til å forbedre ens velvære, er det ikke alltid praktisk mulig å gjennomføre disse tiltakene. Dette bringer frem et spørsmål: Hva kan psykiske helsearbeidere gjøre når de vanlige metodene for restitusjon viser seg utilstrekkelige eller uegnete? Konseptet om å *handle motsatt* foreslåes av Havik og Toven (2020, s. 115), og fremhever en metode som veksler mellom forskjellige mestringsstrategier på en måte hvor en unngår å tømme sine sterke sider. Dersom for eksempel restitusjon ikke fungerer for psykiske helsearbeidere fordi tankene om jobb ikke stilner og hvile føles utilgjengelig, kan det tenkes at å søke sosial støtte kan fungere som en alternativ metode for å oppnå en form av restitusjon og mental hvile. På en annen side viser funn i denne studien at en psykisk helsearbeider, noen ganger finner ut at sosial støtte ikke nødvendigvis gir den nødvendige lindringen. Det kan tenkes at samvær med andre ikke alltid er det som trengs for å distansere seg fra arbeidsrelaterte tanker eller stress. I slike tilfeller, kan det eksempelvis være mer hjelpsomt å fokusere på selvstendig restitusjon gjennom meditasjon, trening eller andre former for selvpleie (Dreison et al., 2018, s. 5). Et overordnet tema som tolkes fra disse observasjonene er at det ikke finnes en universell mestringsstrategi som vil være effektiv for alle. Dybdeforståelsen her kan være at individuelt tilpassede tilnæringer er nødvendig, og at helsearbeidere må kunne eksperimentere med og balansere mellom ulike strategier for å finne

det som best støtter deres personlige velvære og yrkesmessige prestasjoner. Noen ganger kan det tenkes at selvhjelpsteknikker ikke er tilstrekkelig, og da anbefaler både Arbeidstilsynet (2024, s. 5) og Isdal (2017, s. 233) å forsøke å bearbeide følelsene gjennom profesjonell hjelp.

Samlet sett viser funn i denne studien at informantene har individuelle mestringsstrategier som har en viss forankring i Antonovskys OAS-modell (Christiansen, 2021, s. 36). Å balansere disse aspektene krever selvbevissthet og ofte en form for årvåkenhet. Den terapeutiske relasjonen skal være helsefremmende, ikke bare for klienten, men også for terapeuten. Dermed blir selvomsorg en avgjørende komponent som støtter i relasjonsarbeidet.

7.3 Veien videre – Støttesystemer og organisatoriske ressurser.

Hovedinntrykket fra den siste resultatkategori er at det fremkommer at informantene ser et behov for forsterket psykososial støtte og veiledning i forhold til å takle emosjonelle utfordringer knyttet til jobben. Informantene etterlyser mer systematisk og målrettet veiledning samt proaktivt engasjement fra ledelsen i de ansattes mentale helse. Forbedringer som tydeligere informasjon om støttetiltak, automatiserte debriefinger etter vanskelige hendelser, og en ledelse som viser personlig omsorg og fremmer en åpenhetskultur, nevnes som viktige skritt for å sikre at psykiske helsearbeidere føler seg anerkjent og støttet.

Funn i denne studien kan antyde at psykiske helsearbeidere anser veiledning som et viktig tiltak for å bedre deres kompetanse i å håndtere følelsesmessige utfordringer knyttet til brukergruppen de følger opp. Når betydningen av veiledning og kompetansehevning skal vurderes i forhold til psykisk helsearbeid, er det flere vinkler å drøfte ut fra Isdal (2017, s. 233) sitt perspektiv. Isdal (2017, s. 226) antyder at selvivaretagelse og egenomsorg kan være nøkkelfaktorer når det gjelder å bevare god psykisk helse blant helsefagarbeidere og mulig forebyggingen av sekundærtraumatisering (STS) og utbrenthet. For å kunne ivareta seg selv, kan det være essensielt at helsearbeidere har tilgang til kunnskap og verktøy for å møte og håndtere de emosjonelle utfordringene jobben medfører. En av tilnærmingene Isdal (2017, s. 233) foreslår for å håndtere slike problemstillinger er å arrangere tilpassede undervisningsdager for å gi ansatte en omfattende forståelse av belastningspsykologi. Dette initiativet kan ses på som et forsøk på kompetansebygging, med mål om å utruste psykiske helsearbeidere med innsikt som mulig kan avverge negative psykiske konsekvenser og styrke deres ferdigheter til å håndtere utfordrende arbeidsforhold. Isdal (2017, s. 233) belyser videre at regelmessige veiledningssesjoner kan anses som viktige for medarbeiderivaretagelse og

selvivaretakelse, og innlemmer et kontinuerlig element av refleksjon og bearbeidelse av de psykologiske utfordringene som oppstår i psykiske helse- og rusarbeid. Veiledning antas å gi en mulighet for ansatte til å diskutere utfordrende hendelser og emosjonelle reaksjoner i et støttende miljø, hvilket kan være i overensstemmelse med anbefalinger for god sosial støtte (Isdal, 2017, s. 233). Funn i studien, som baserer seg på personlige erfaringer blant psykiske helsearbeidere, kan belyse viktigheten av å integrere en forståelse av stressmestring og emosjonell selvpleie i utdanning og trening av helsepersonell. Det kan tenkes at et slikt fokus kan bidra til å redusere forekomsten av stressrelaterte helseproblemer og hjelpe til med å opprettholde trivsel for de som arbeider i emosjonelt utfordrende stillinger.

I drøftingen av funnene opp mot Isdals (2017) perspektiv, kan det tenkes at selv om mine informanter anser veiledning som ett positivt tiltak, viser de til et behov for mer hyppig og målrettet oppfølging som direkte adresserer de psykososiale utfordringene og emosjonelle belastningene ved arbeidet. I tillegg ønsker informantene større søkelys på ivaretagelse av egne følelser i arbeidshverdagen. For å opprettholde et godt psykososialt arbeidsmiljø og hindre negative utfall som STS og utbrenthet, kan det tenkes at avdelingene bør minst vektlegge kontinuerlig kompetanseutvikling og regelmessig veiledning, som også er anbefalt av Helsedirektoratet (2014, s. 133). Disse funnene kan brukes til å argumentere for et økt fokus på veiledningstiltak innen psykisk helsearbeid, med hensikt på å styrke ansattes resiliens og evne til selvivaretakelse. Det er også grunn til å tro at en slik tilnærming vil bidra til en bedre omsorg for klientene, ettersom psykiske helsearbeidere som ivaretar sin egen psykiske helse ifølge Haavik og Toven (2020, s. 52) er bedre rustet til å yte effektiv hjelp til deres brukere. Ved å gjøre dette kan det tenkes at en kan bevege seg mot en mer bærekraftig arbeidsplass der de ansatte får muligheten til å vedlikeholde sin funksjonalitet og livskvalitet.

Funn i denne studien antyder videre muligheten for at ledelsens tilnærming til håndtering av arbeidsrelatert stress kan fremstå som passiv. Anvisningen fra Arbeidstilsynet (2024) påpeker ledelsens forpliktelse til å forebygge arbeidsrelatert stress, men basert på erfaringer som er delt av informantene, kan det virke som ansvaret ikke alltid prioriteres som forventet i den gjeldende arbeidssituasjonen. Arbeidstilsynet (2024, s. 3) fremhever viktigheten av regelmessig og systematisk kartlegging av arbeidsmiljøet, noe som ifølge informantenes rapporterte erfaringer ikke nødvendigvis praktiseres av arbeidsgiverne. Dersom en proaktiv tilnærming mangler, kan det føre til at stressfaktorer ikke identifiseres tidlig, hvilket kan tenkes å resultere i mer alvorlige utfordringer for den enkelte helsearbeider. Mine funn

antyder på en annen side at arbeidsgiverne kan ha en tendens til å opptre med en viss proaktivitet når det gjelder medarbeidere som har opplevd alvorlige hendelser i profesjonell kontekst. I slike tilfeller ser det ut til at det tilbys intervensjoner for stressrespons, som samtaler med bedriftshelsetjenesten, noe som er i tråd med anbefalingene fra Arbeidstilsynet (2024, s. 5) og Isdal (2017, s. 233). Imidlertid, ved å legge ansvaret for å artikulere behov og utnytte tilgjengelige støttefunksjoner på de ansatte selv, kan dette muligens bidra til en arbeidskultur hvor de ansatte kan nøle med å søke hjelp. Mangel på tydelige retningslinjer kan ytterligere forverre denne utfordringen, ettersom ansatte ikke umiddelbart vet når eller hvordan de skal be om den støtten de kan ha behov for. Ut ifra litteraturen og resultatene i denne studien synes det å være et gap mellom den ideelle praksisen, som er anbefalt av Arbeidstilsynet (2024), og den beskrevne virkeligheten fra mine informanter. For å møte denne utfordringen kan det tenkes at arbeidsgivere kan gjenopprette balansen mellom ansvar og støtte ved å gjennomføre rutiner for å kartlegge risiko, tilpasse arbeidsbelastning, og skape et åpent og støttende arbeidsmiljø som oppmuntrer til jevnlig dialog omkring arbeidets psykologiske utfordringer (Arbeidstilsynet, 2024, s. 3-4).

Funnene i denne studien indikerer at informantene har uttrykt et klart behov for regelmessig og strukturert støtte for å håndtere arbeidsrelaterte og psykososiale utfordringer. Dette behovet virker å være i overensstemmelse med den etablerte litteraturen, som Isdal (2017) har bidratt til, samt tidligere forskning fra Dreison et al. (2018, s. 5). Funn i denne studien tyder på at selv om det finnes tiltak for å håndtere stressreaksjoner etter vanskelige hendelser, opplever informantene at disse initiativene kanskje ikke er tilstrekkelige, verken i hyppighet eller dybde, for å støtte emosjonell bearbeiding. Disse funnene kan antyde at det eksisterer et gap mellom de etablerte støttestrukturene og de ansattes opplevde behov. Ifølge Arbeidstilsynet (2024, s. 4) er det nødvendig å utvikle disse støtteordningene ytterligere for å håndtere både umiddelbare og langvarige stressreaksjoner, samt de følelsesmessige konsekvensene av belastningene i arbeidet. Arbeidstilsynet (2024) poengterer arbeidsgivernes ansvar for å sørge for trygghet og et håndterbart arbeidsmiljø, herunder psykososial støtte. Implementering av regelmessige veiledningssesjoner, slik funn i min studie foreslår, kan sees som et tiltak for å oppfylle dette ansvaret (Isdal, 2017, s. 233). Isdals (2017, s. 177) arbeid samsvarer med og forsterker det uttrykte ønsket om strukturert støtte i form av *leirbål* møter. Isdals (2017) forslag om leirbål- møter harmonerer med funn i denne studien som uttrykker behov for strukturert følelsesmessig støtte. Disse møtene kan ifølge Isdal (2017, s. 177) tjene som et systematisert og terapeutisk forum for kollegial utveksling og kan bidra til å håndtere følelser

og reaksjoner som oppstår fra krevende arbeidsoppgaver eller traumatiske hendelser. Leirbålmotodens oppbygning og styrking av et fellesskap der erfaringer deles og anerkjennes, kan være redskapet som mulig bidrar til *å bygge en kultur som gjør at enn klarer å stå lengre i yrket*, et ønske som er tilstrekkelig uttrykt av informantene som har deltatt i min studie. I henhold til Isdal (2017, s. 179) blir konstante og fokuserte innsatser fra kvalifiserte og gjerne eksterne veiledere vektlagt som en sentral bestanddel i å vedlikeholde psykisk helse blant helsearbeidere. Regelmessige tider så ofte som en gang i uken er videre anbefalt, og kan tenkes å tilfredsstille behovet til psykiske helsearbeidere om oftere veiledning, som involverer eksterne veiledere med søkelys på det psykososiale arbeidsmiljøet. Forbedret oppfølging fra arbeidsgivernes side, inkludert tiden til å engasjere veiledere og opprette leirbål møter, kan følgelig ikke bare være ønskelig, men også nødvendig for å fremme et sunt arbeidsmiljø hvor ansatte føler seg ivaretatt når de står overfor pasienters psykiske smerteuttrykk.

Funn i denne studien kaster lys på et viktig element av arbeidslivsdynamikken når det gjelder balansen mellom kollegastøtte og behovet for personlige grenser. Uten tvil kan det tenkes at en åpen og støttende kultur hvor kollegaer kan uttrykke seg fritt og ta bekymringer på alvor, er en verdifull ressurs for et sunt arbeidsmiljø. Men det er også viktig å anerkjenne at selv om kollegial støtte kan bidra til å avlaste stress i enkelte situasjoner, kan det tenkes at for mye støtte uten definerte grenser kan oppleves overveldende for noen. På den ene siden kan et intuitivt og uformelt nettverk av støtte blant kolleger, som det som beskrives av informantene, gi betydelig hjelp. På den andre siden kan det tenkes at det oppstår situasjoner der en slik organisatorisk struktur fører til utilstrekkelig grensesetting, noe som kan forårsake ekstra psykiske påkjenninger for de ansatte. Litteraturen, herunder Isdal (2017, s. 233), reflekterer over strategier som kan tenkes å motvirke slike tendenser til overbelastning. Et eksempel er innføringen av voldsfrie soner, som i pauserommet, hvor man etablerer et område som er ment å gi de ansatte et pusterom fra jobbens emosjonelle tyngde. Slike tiltak kan tenkes å tilby en fysisk grense som hjelper psykiske helsearbeidere å distansere seg fra arbeidets emosjonelle belastning og bevare sin personlige velferd. I sum, selv om kollegastøtte er en verdifull del av et godt psykososialt arbeidsmiljø, må den balanseres med klare retningslinjer og tiltak for å beskytte de ansatte mot den konstante eksponeringen for arbeidsrelatert stress. Dette kan tenkes å bidra til å verne de ansatte mot vedvarende eksponering for stressfaktorer i arbeidet, og styrke deres personlige velvære.

7.4 Implikasjoner for forskning og praksis.

Oppsummert identifiserer studien områder som anses relevante for videre utforskning, og som potensielt kan påvirke praksisfeltet.

Sykemeldinger og turnover blant psykiske helsearbeidere er et omtalt tema i mediene, (Halvorsen, 2020). Analyser av statistikk knyttet dette sykefraværet viser at yrker som arbeider med andre menneskers lidelser utgjør de mest helsefarlige yrkesområdene i samfunnet (Isdal, 2017, s. 140). Dette understreker betydningen av gode tiltak for å forebygge disse problemområdene å ivareta psykiske helsearbeidere, samt andre yrkesgrupper som arbeider med menneskelige lidelser. En utvidet innsats for å innlemme slike tiltak kan mulig lede til viktige forbedringer når det kommer til ansattes velvære og det å håndtere stressfaktorer i psykiske helseyrker. Ifølge Haavik og Toven (2020, s. 9), fremheves det at terapiformer som dialektisk adferdsterapi anerkjenner nødvendigheten av at også behandlerne mottar behandling. Med hensyn til resultatene fra denne studien, kan det reises et relevant spørsmål om hvorvidt behandling for psykisk helsepersonell burde inkorporeres som en fast komponent i deres daglige arbeidsliv.

Ulike studier, som de utført av Havik og Toven (2020) samt Isdal (2017), gir innspill til effektive metoder for å ivareta ansatte, men innsikt fra min egen undersøkelse indikerer at det fortsatt finnes rom for forbedring i arbeidet med å etablere best mulige praksiser. Selv om studien min peker på at helsearbeidere ofte gjennomfører selvivaretakende tiltak, er det også signaler som tyder på et behov for sterkere søkelys på strategier på organisasjonsnivå. Dette kunne tyde på at det kan være verdifullt å se nærmere på temaet også fra andre ståsted. Det kan være nyttig å betrakte ansattes ivaretakelse fra flere vinkler for grundigere å forstå de observasjoner som er gjort i denne studien. Ledelsesperspektivet kan for eksempel by på verdifulle innsikter når det gjelder organisasjoners tilnærming til ivaretakelse av ansatte, samt hva som kan tenkes å føre til utfordringer rundt implementeringen av støttende tiltak for de ansatte som jobber med psykisk helse.

Interessant nok sammenligner en informant situasjonen i psykisk helsearbeid med innføringen av røykeloven, som erkjenner de alvorlige helsekonsekvensene av passiv røyking. På samme måte kan kontinuerlig arbeid innen psykisk helse medføre en form for passiv psykisk påkjenning. Dette bør bevisstgjøres i større grad for å beskytte helsearbeidere mot denne risikoen. Videre forskning på temaet kan tenkes å bidra til å utvikle og forsterke

kunnskapsgrunnlaget om ivaretagelse av ansatte i psykisk helse og rusarbeid, hvilket igjen kan føre til bedre, samt flere strategier for å forebygge og håndtere jobberelatert stress og belastning blant helsefagarbeidere. Forskning innen ivaretagelse av ansatte i psykiske helse- og rusarbeidsfeltet fremhever betydningen av kompetanseheving og strategisk lederansvar for å sikre en adekvat og omfattende kunnskapsbase i organisasjonene. Helsedirektoratet (2014, s. 133) vektlegger lederens ansvar for å styre dette arbeidet, impliserende at ledelsen har en nøkkelrolle i å integrere kunnskapsutvikling som en del av den totale virksomhetsstrategien. Isdal (2017, s. 226) tar for seg behovet for både selvivaretagelse og medarbeiderivaretagelse, og fremhever at kunnskapsbasert praksis innenfor belastningspsykologi er betydningsfullt for at ansatte skal kunne ta vare på både seg selv og andre. Funn i denne studien antyder at temaet ivaretagelse er en lite integrert del av utdanningsløpet til psykiske helsearbeidere. Dette understreker at utdanning og trening i spesifikke aspekter av ivaretagelse ikke bare er en fordel, men en nødvendighet for ansatte som arbeider i høyt belastende yrker. Basert på observasjoner i min studie som indikerer at et eksisterende kunnskapsgap innen ivaretagelse, kan tenkes å bidra til økt belastning, er det rimelig å anta at forbedret innsikt på dette området kan ha en positiv innvirkning, noe som muligens kan resultere i en reduksjon av stressnivået blant arbeidere i psykisk helsefeltet.

7.5 Studiens styrker og svakheter

Å utøve refleksjon betyr at en forsker aktivt anerkjenner og vurderer hvordan egne perspektiver og posisjon kan påvirke forskningsarbeidet (Malterud, 2017, s. 21). Gjennom forskningsprosessen har jeg vært oppmerksom på min egen posisjon og dens mulige innflytelse. For å starte diskusjonen om styrkene og grensene ved min studie, vil jeg gjennomgå de valgene jeg har foretatt meg underveis, samt mine betraktninger omkring disse. Videre vil jeg ta for meg vurderinger av studiens validitet og i hvilken grad funnene kan anses som generaliserbare til andre sammenhenger.

Både min utdanningsbakgrunn og yrkeserfaring har påvirket de valgene jeg har tatt underveis. Når jeg har tenkt tilbake på min utdanning har jeg reflektert mye angående det tilsynelatende gapet i utdanningen angående omsorg for omsorgsgivere. Det eneste rådet jeg kan minnes å ha mottatt var viktigheten av å la jobbens utfordringer bli værende på arbeidsplassen. Egenopplevde følelser knyttet til vanskelige situasjoner og problemstillinger i arbeidet har fått meg til å tenke at rådet kanskje burde vært utformet på en annen måte, kanskje slik: «Det er

uunngåelig at elementer av din jobb vil følge deg hjem. Hvordan kan du håndtere dette på en måte som er helsefremmende og produktiv?» Valg av tema er særlig knyttet til min nåværende stilling som faglig veileder, i etat for barn og familier, hvor problemstillingen rundt bearbeidelse av emosjoner knyttet til forhold fra feltarbeid med psykiske lidelser ofte blir drøftet gjennom veiledning. Undersøkelsens hovedspørsmål dreier seg om hvilke faktorer som ansatte i psykisk helsearbeid vektlegger som betydningsfulle for å oppleve god støtte og ivaretagelse. Min tilnærming til dette emnet er rotfestet i min bakgrunn i sosialt arbeid. Med en sosialfaglig bakgrunn følger et fokus på empati, noe som har motivert min interesse for hvordan mine kollegaer trives på jobben, hva som påvirker vårt arbeidsmiljø, og hva som kan bidra til å forbedre vår gjensidige støtte. Hjelp til selvhjelp er et sentralt prinsipp i sosialt arbeid (Ellingsen et al., 2015, s. 23) og det har derfor vært fengslende å undersøke selvstøttende strategier i denne studien.

En mulig begrensning i denne undersøkelsen kan være min personlige tilknytning til emnet gjennom min yrkesmessige rolle, og spesielt i form av at jeg er faglig veileder på min nåværende arbeidsplass. Det er en risiko for at min posisjon som forsker kan influere meg til å søke etter og legge mer vekt på data eller litteratur som stemmer overens med min egen forforståelse og erfaring. Ifølge Thagaard (2018, s. 190) har vi et utgangspunkt for å utvikle en forståelse innenfra dersom vi kjenner for godt til fenomenet som skal undersøkes. Analyseprosessen vurderes derimot å ha vært transparent ved at den har vært tilgjengelig for innsyn og innspill fra andre (Malterud, 2017, s. 36). Hovedveileder har derimot ikke lest gjennom alle de transkriberte intervjuene i sin helhet, men vi har sammen arbeidet med deler av analysen av datamaterialet gjennom to ulike veiledningsøkter.

Intern validitet beskriver i hvilken grad dataene faktisk reflekterer det de er ment å undersøke, og hvorvidt de innsamlede svarene er relevante og troverdige i forhold til de stillede forskningsspørsmålene (Malterud, 2017, s. 23). I informasjonsskrivet som ble presentert for deltakere før de ga sitt samtykke, ble både hensikten med studien og det innledende forskningsspørsmålet tydeliggjort. Det var imidlertid slik at forskningsspørsmålet ble formulert annerledes før oppstart av oppgaveskrivingen. De sentrale spørsmålene i intervjuguiden fokuserte på det emnet jeg senere valgte å fremheve, noe som ledet til en naturlig revisjon av problemstillingen i forskningsprosessen. Endringer i problemstillingen, som nevnt av Thagaard (2018, s. 47) er en velkjent del av forskningsprosessen og anses ikke som uvanlig.

Av de fem forskjellige psykiske helsearbeiderne som deltok i studien, arbeidet fire av dem på forskjellige avdelinger, og en av dem arbeidet i en annen kommune. Dette kan tenkes å ha styrket studiens validitet og *overførbarhet*. Overførbarhet handler ifølge Thagaard (2018, s. 194) om hvor stor grad studiens funn kan overføres til andre deler av samfunnet, i dette tilfelle andre organisasjoner som arbeider med psykiske lidelser og rus. At utvalget av informanter representerer et bredere spekter av organisasjoner kan tenkes å ha styrket validiteten til denne studien.

8.0 Avslutning

Denne studien har utforsket hvordan psykiske helsearbeidere fra fire ulike enheter opplever støtte og ivaretagelse. Kvalitative intervjuer har gitt verdifulle perspektiver rundt de involverte helsearbeidernes opplevelser, utfordringer og behov relatert til forskningsspørsmålet: *Hva vektlegger psykiske helsearbeidere som betydningsfullt for å føle seg ivare tatt i møte med pasienters psykiske smerteuttrykk?*

Basert på intervjudataene kan det konkluderes med at helsearbeidere vektlegger flere aspekter som kan bidra til en økt følelse av ivaretagelse. Emosjonell støtte fra kolleger og ledelse kan tenkes å gi psykiske helsearbeidere en følelse av tilhørighet og trygghet, samt hjelpe dem med å håndtere de emosjonelle belastningene knyttet til møte med pasienters psykiske smerteuttrykk. Hyppigere tilgang til profesjonell psykososial veiledning, med økt fokus på følelsesmessige aspekter ved jobben vektlegges som essensielt for å føle seg mer ivare tatt. Å ha et arbeidsmiljø hvor det er en proaktiv tilnærming til å kartlegge og gjennomføre støttende ressurser synes også å være viktig i forhold til oppgavens forskningsspørsmål.

Resultatene fra denne studien kan ha implikasjoner for praksis i helsevesenet.

Forskning som tilsier at langvarig yrkesmessig stress kan lede til psykiske belastninger hos enkelte personer, antydes å bli bekreftet gjennom denne studien. Funn i denne studien kan også bidra til kunnskap om hva som kan tenkes å være med på å forebygge, samt lindre stress på arbeidsplasser for psykiske helsearbeidere, noe som har blitt etterspurt av forfattere som har blitt presentert i denne studien.

Studiens perspektiv er imidlertid begrenset, da den ikke inkluderer ledelsens synspunkter som kan tilby betydningsfull innsikt bak gjeldende praksiser. Ledere kan benytte funn i denne studien til å skape et arbeidsmiljø som i større grad setter fokus på følelsesmessig og fysisk velvære blant de ansatte. Funnene antyder at selv om psykiske helsearbeidere setter pris på egeninnsats og støtten fra kollegaer, kan det være rom for forbedringer i hvordan organisasjonene støtter sine ansatte og møter deres behov. Dette peker på en kontinuerlig utviklingsmulighet mot en enda mer støttende arbeidsplasser for psykiske helsearbeidere.

Litteraturliste

- Amble, L., & Horstad, M. (2023). Kapittel 14: Utvikling og vedlikehold av relasjonskompetanse. I M. H. Hem & T. F. Aarre (Red.), *Relasjonens betydning – om fundamentet i psykisk helse og rusarbeid* (1. utg., 1. opplag, s. 271-287). Gyldendal Norsk Forlag.
- Arbeidsmiljøloven (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* (LOV-2005-06-17-62). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62#KAPITTEL_1
- Arbeidstilsynet. (2024). Vold og trusler på arbeidsplassen. (PDF). Hentet fra <https://www.arbeidstilsynet.no/tema/vold-og-trusler/pageAsPdf?showAsImage=true>
- Arbeidstilsynet. (2024). Arbeidsrelaterede psykiske plager. (PDF). Hentet fra <https://www.arbeidstilsynet.no/tema/arbeidsrelaterede-psykiske-plager/pageAsPdf?showAsImage=true>
- Astrup, J., & Benum, K. (2014). *Traumebehandling komplekse lidelser og dissosiasjon*. Universitetsforlaget.
- Barbosa da Silva, A. (2021). Miljøterapeutens reaksjoner i møte med traumatiserte pasienter. I M. B. Hagen (Red.), *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid – fra et tilknytningsteoretisk perspektiv* (2. utg., s. 197-276). Universitetsforlaget.
- Bride, B. E. (2007). Prevalence of Secondary Traumatic Stress among Social Workers. *Social Work*, 52(1), 63-70. <https://doi.org/10.1093/sw/52.1.63>
- Bøe, T. D., & Thomassen, A. (2017). *Psykisk helsearbeid - Å skape rom for hverandre* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Christiansen, J. C. V. (2021). Antonovskys teori om opplevelse av sammenheng. I Lorås, L., & Christiansen, J. C. V. (Red.), *Samtaler i relasjonelt arbeid* (1. Utg., 1. opplag, s. 33-44). Fagbokforlaget.
- Cohen, C., Pignata, S., Bezak, E., Tie, M., & Childs, J. (2023). Workplace interventions to improve well-being and reduce burnout for nurses, physicians and allied healthcare professionals: A systematic review. *National Library of Medicine*, 13(6), Article e071203. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071203>
- Creswell, J. W. & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. (4. Utg). Sage Publishing
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode - en kvalitativ tilnærming*. (2. opplag). Universitetsforlaget.

- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Deville, G. J., Wright, R. & Varker, T. (2009). Vicarious Trauma, Secondary Traumatic Stress or Simply Burnout? Effect of Trauma Therapy on Mental Health Professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(4), 373-385.
doi:10.1080/00048670902721079
- Dreison, K. C., Luther, L., Bonfils, K. A., Sliter, M. T., McGrew, J. H., & Salyers, M. P. (2018). Job burnout in mental health providers: A meta-analysis of 35 years of intervention research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 23(1), 18–30.
<https://doi.org/10.1037/ocp0000047>
- Ellingsen, I. T., Kleppe, L. C., Levin, I., & Berg, B. (2015). Kapittel 1: Hva er sosialt arbeid. I I. T. Ellingsen, L. C. Kleppe, I. Levin & B. Berg (Red.), *Sosialt arbeid: en grunnbok* (2. utg., s. 19-36). Universitetsforlaget.
- Flick, U. (2018). *Designing qualitative research*. (2. Utg.). Sage Publications Ltd.
- Haavik, M. & Toven, S. (2020). *Ivaretagelse av hjelpere: Er vi ikke betalt for å tole dette?* (1.Utg). Universitetsforlaget.
- Halvorsen, P. (2020). Store lokale forskjeller i turnover. *Psykologtidsskriftet*. 2020(nr. 57), 802-805/nr. 11/<https://psykologtidsskriftet.no/nyheter/2020/11/store-lokale-forskjeller-i-turnover>
- Haugen, H. Ø., & Skilbrei, M.-L. (2021). *Handbok i forskningsetikk og databehandling*. Fagbokforlaget.
- Haugsgjerd, S. (2018). *Å møte psykisk smerte: Erfaringer og refleksjoner fra behandlingsrommet* (1. utg., 1. opplag.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. [Rundskriv].
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>
- Helsedirektoratet. (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*.
<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer>
- Hem, M. H., & Aarre, T. F. (2023). Kapittel 1: Innledning. I M. H. Hem & T. F. Aarre (Red.), *Relasjonens betydning - om fundamentet i psykisk helse og rusarbeid* (1. utg., 1. opplag, s. 15-23). Gyldendal Norsk Forlag.
- Hem, E, Kirkevold, M, Friis, S, Vaglum, P. (2021). *Innføring klinisk forskning og*

- fagutvikling*. Universitetsforlaget.
- Heys, D. G. & Singh, A. A. (2018). *Qualitative inquiry in Clinical and Educational Settings*. (1. Utg). The Guilford Press.
- Håkonsen, K. M. (2015). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Isdal, P. (2017). *Smittet av vold. Om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelpeyrkene*. (1. Utg). Fagbokforlaget.
- Jalali, S. & Wohlin, C. (2012). *Systematic literature studies: Database searches vs. backward snowballing*. [Paperpresentasjon]. 6th ACM-IEEE International Symposium on Empirical Software Engineering and Measurement, ESEM/Lund. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:834640/FULLTEXT01.pdf>
- Jacobsen, D. I. (2015). Hvordan gjennomføre undersøkelser: Innføring i samfunnsvitenskapelig metode (3. utg.). Cappelen Damm.
- Johansson, M. J. (2016). Barn utsatt for vold, overgrep og traumer. Sundt, H. (Red.), *Fosterhjemshåndboka* (7. Utgave, s. 114-124). Kommuneforlaget AS.
- Kumar, V., Abbas, A. K., & Aster, J. C. (2020). Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease. *American Journal of Clinical Pathology*, 154, 869. <https://doi.org/10.1093/AJCP/AQAA163>
- Langeland, E. (2014). *Salutogense og psykiske helseproblemer - en kunnskapsoppsummering*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.
- Malterud, K. (2012) *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Myklebust, K. K., Rønning, S. B., Bø Vatnar, S. K., & Bjørkly, S. (2022). Terapeutisk relasjon - en hjørnestein i miljøterapi - hva viser sykepleierrapportene? *Nordisk Sygeplejeforskning*, 12(3), 1-15. <https://doi.org/10.18261/nsf.12.3.2>
- Polit, Denise F. & Beck, Cheryl Tatano. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (10. utgave). Wolters Kluwer cop.
- Skogstad, M., Skorstad, M., Lie, A., Conradi, H., Lau, B. & Heir, T. (2011) *Posttraumatisk stress (PTSD) og arbeidslivet*. STAMI - rapport; Årgang 12, Nr. 3. Statens arbeidsmiljøinstitutt. Tilgjengelig fra <http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2359364/Posttraumatisk%20stres%20%28PTSD%29%20og%20arbeidslivet.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stanicke, E. (2018). *Psykiatriboken*. Gyldendal.

- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitative metoder*. (5. utgave, 1. opplag). Fagbokforlaget.
- Thomassen, M. (2020). Hermeneutikk som refleksjon og livsfortolkning. I Jensen, D., Kjørstad, M., Seim, S. & Tufte, P-A (Red.), *Vitenskapsteori for sosial- og helsefag*. (1. Utg, s.162-187). Gyldendal Norsk Forlag AS
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: For helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Tol, W. A., Song, S., & Jordans, M. J. D. (2013). Annual Research Review: Resilience and mental health in children and adolescents living in areas of armed conflict - a systematic review of findings in low- and middle-income countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 445-460. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12053>

Vedlegg 1: Informasjonsskriv

Hans Petter Algerøy

Høgskolen på Vestlandet

Til

2023

INTERVJU I FORBINDELSE MED MASTEROPPGAVE VED HØGSKOLEN PÅ VESTLANDET.

Jeg er student i masterprogrammet Psykisk helse- og rusarbeid ved Høgskolen på Vestlandet avd. Bergen. Masteroppgaven har arbeidstittelen *opplevelsen av møtet med pasienters psykiske smerteuttrykk*. Jeg er opptatt av å undersøke hvordan psykiske helsearbeidere opplever møtet med pasienters psykiske smerteuttrykk.

Intervjuet vil bli gjennomført ansikt til ansikt, og vil ta mellom 60-90 minutter. Dersom en ønsker det selv, kan intervjuet også gjennomføres via telefon eller andre digitale hjelpemidler. Jeg ønsker å spille inn intervjuet på bånd. Innspillingene vil bare bli hørt av meg, og eventuelt veileder. Innspillingene kommer til å være trygt oppbevart og slettet etter oppgaven er ferdig skrevet. Alle som beslutter å delta i studien har rett til innsyn, retting, sletting, begrensning og dataportabilitet.

Prosjektets varighet er satt til mai, 2024. Som forsker har jeg taushetsplikt. Informasjon som jeg samler inn kommer til å bli behandlet konfidensielt, basert på deltakerens samtykke. Når oppgaven publiseres, vil all informasjon bli anonymisert. Du som informant kan når som helst avbryte deltakelsen, uten å måtte gi begrunnelse for dette. Om du velger å avbryte din deltakelse, vil all data som er samlet inn makuleres. Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan trekke ditt samtykke når som helst og uten å oppgi noen grunn. Dersom en opplever at forskningen blir gjort på en urettmessig måte, har alle deltakere rett til å klage til datatilsynet.

Ansvarlig for prosjektet er Hans Petter Algerøy, student ved Høgskolen på Vestlandet

E-post (student): 160849@stud.hvl.no

Telefon (student): +47 957 61 095

Prosjektveileder er Liv Grethe Kinn, veileder ved Høgskolen på Vestlandet.

Personvernombudet ved Høgskolen på Vestlandet: Trine Anikken Larsen

tlf: 55 58 76 82

epost: trine.anikken.larsen@hvl.no

På forhånd takk.

Med vennlig hilsen

Hans Petter Algerøy, student/hvl

Vedlegg 2: Samtykkeskjema

Jeg samtykker til å delta i prosjektet: Opplevelsen av møtet med pasienters psykiske smerteuttrykk.

Ja

Nei

.....
Sted og dato

.....
Deltakers signatur

.....
Deltakers navn med trykte bokstaver

Vedlegg 3: Intervjuguide

Data om psykiske helsearbeideres opplevelse av arbeidet.

Problemstilling:

Hvordan opplever psykiske helsearbeidere møtet med pasienters psykiske smerteuttrykk i sin arbeidshverdag?

- Hva forbinder du med begrepet psykisk smerteuttrykk
- Kan du fortelle meg fornavn, bakgrunn og hvor lenge du har arbeidet på avdelingen?
- Kan du fortelle meg om hvordan du jobber på avdelingen?
- Hvordan har du opplevd møtet med pasienters psykiske smerteuttrykk i løpet av din karriere? – Kan du utdype dette?
- Er det noen situasjoner fra avdelingen som har gjort spesielt stort inntrykk på deg? Kan du utdype dette?
- Hva var reaksjonene dine da du opplevde dette? (fysiske/psykiske reaksjoner)
- Har du måter du ivaretar deg selv når du møter særlig utfordrende situasjoner på jobb? Hvis ja, utdyp?
- Har du erfart at du/dine kollegaer får den hjelpen du/dere trenger for å handtere slike situasjoner?
- Hva hadde du hatt behov for dersom lignende situasjoner skjer igjen?
- Har det vært noen hendelser (på jobb eller i media) som har påvirket hvordan du kunne/ville/måtte arbeide i møte med pasienter? ^[1]_[SEP]
- Hvordan blir utfordrende situasjoner fra jobb snakket om på lunsjrommet i på din avdeling?
- Er det noe mer om sekunder traumatisering, vikarierende traumatisering eller omsorgstretthet som du tenker kan være relevant i forhold til din arbeidshverdag? ^[1]_[SEP]
- Er det noe mer du ønsker å tilføye intervjuet?
- Hvordan har det vært for deg å delta i dette intervjuet?

Vedlegg 4: Vurdering fra SIKT

26.05.2024, 15:14

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

910815

Vurderingstype

Standard

Dato

26.09.2023

Tittel

Opplevelsen av møtet med pasienters psykiske smerteuttrykk

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Prosjektansvarlig

Liv Grethe Kinn

Student

Hans Petter Algerøy

Prosjektperiode

01.01.2023 - 30.06.2024

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Særlige

Lovlig grunnlag

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

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 30.06.2024.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

OM VURDERINGEN

SIKT har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

TYPE PERSONOPPLYSNINGER

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse.

LOVLIG GRUNNLAG FOR BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Lovlig grunnlag for behandlingen av personopplysninger vil være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a).

Den registrerte gir sitt uttrykkelige samtykke til behandlingen av særlige kategorier av personopplysninger. Dermed gjelder ikke forbudet i personvernforordningen art. 9 nr. 1, ettersom vilkår for unntaket i art. 9 nr. 2 a) er oppfylt.

TAUSHETSPLIKT

Forskningsdeltagerne har yrkesmessig taushetsplikt. De kan ikke dele taushetsbelagte opplysninger med forskningsprosjektet. Vi anbefaler at du minner dem på taushetsplikten. Merk at det ikke er nok å utelate navn ved omtale av pasienter, brukere el. Vær forsiktig med bruk av eksempler og bakgrunnsopplysninger som tid, sted, kjønn og alder.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Vi har vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene, men husk at det er institusjonen du er ansatt/student ved som avgjør hvilke databehandlere du kan bruke og hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt. Husk å bruke leverandører som din institusjon har avtale med (f.eks. ved skylagring, nettspørreskjema, videosamtale el.)

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Se våre nettsider om hvilke endringer du må melde: <https://sikt.no/melde-endringer-i-meldeskjema>

<https://meldeskjema.sikt.no/6478bd33-fcb6-46a1-93a0-2fc362ce96dd/vurdering>

1/2