

MASTEROPPGAVE
Psykisk helsearbeid
Mai 2019

Hvordan påvirkes helsepersonell av å jobbe med psykisk syke på
akuttpsykiatrisk avdeling?

En kvalitativ studie av ansattes erfaringer

Trude Røsæg



OsloMet – storbyuniversitetet

Fakultet for helsevitenskap
Institutt for sykepleie

Forord

Motivasjonen for denne studien er mangefasettert. Jeg har lenge vært interessert i hvordan vi som jobber med mennesker i ulike kriser håndterer dette, og hvordan arbeidet påvirker oss på ulike måter. Som menneske har vi alle våre livstema som preger oss i våre følelser og reaksjoner. Å være bevisst seg selv i møte med andre, hva vi ønsker å oppnå og hva vi tar med oss videre, er noe en hjelper kontinuerlig må fokusere på og arbeide med. Som arbeidsplass er det viktig med en åpen kultur der anerkjennelsen av å arbeide som hjelper, gir til tider store belastninger, og det må gis rom for å dele følelsesmessige påkjenninger. Jeg skriver vi, fordi det er ikke til å komme bort fra at mye av motivasjonen for studien kommer av at jeg selv jobber med mennesker i stor psykisk nød. Studiens deltakere er helsearbeidere som jobber i miljøet på akuttpsykiatri, det er de som er grunnstammen i sykehusdriften, og pasientenes støttepersoner gjennom hele behandlingsforløpet. Jeg ønsker å belyse hverdagen til helsepersonell som jobber tett på pasientene og hvordan de erfarer og påvirkes av sin arbeidssituasjon. Jeg mener dette er et viktig fokus og bør være gjenstand for kartlegging og undersøkelser, til beste for pasienter og ansatte.

Jeg ønsker å rette en stor takk til deltakerne som har latt seg intervju, og som åpent har fortalt om sine erfaringer og opplevelser. En stor takk går også til min veileder Aud Misund som har vært en trygg og stabil støtte under arbeidet, som har kommet med gode tilbakemeldinger og bidratt til fremdrift av oppgaven.

Tusen takk til venner, familie og kollegaer for deres støtte og oppmuntring. Jeg er heldig som har så mange fine mennesker i mitt liv.

Trude Røsæg, Oslo, Mai, 2019

Sammendrag

Hensikt med studien

Studiens hensikt er å utvikle kunnskap om helsepersonells erfaringer, og hvordan de blir påvirket av å jobbe med psykisk syke på akuttpsykiatrisk avdeling. Mer kunnskap vil kunne bidra til å bedre forholdene for hjelperen i arbeidshverdagen, som igjen vil kunne bidra til å forbedre og kvalitetssikre behandlingen av pasienter.

Studiens metode og deltakere

Denne studien er vitenskapsfilosofisk forankret i en kvalitativ, fenomenologisk tradisjon. Det kvalitative forskningsintervjuet har blitt brukt for å innhente kunnskap som studien baserer seg på, og systematisk tekstkondensering i tråd med Malterud (2017) har blitt brukt for å analysere materialet.

Studiens teoretiske rammeverk

Det teoretiske rammeverket er hentet fra litteratur om konsekvenser av å jobbe med mennesker i omsorgsykker, og Kari Martinsens omsorgsteori.

Studiens nøkkelfunn

Funnene i denne studien avdekker at helsepersonell på akuttpsykiatrisk avdeling blir berørt av møtene med pasienter som uttrykker sterke symptomtrykk. De møter pasienter som er veldig syke, som de beskriver som unik. Helsepersonell ønsker å hjelpe, og erfarer det som tilfredsstillende når de ser tilfriskningen av pasienter. Helsepersonell står i mange etiske dilemmaer i sitt arbeid, og utøvelsen av ulike former for tvang oppleves som komplisert og vanskelig. Fellesskapet med kollegaer beskrives som viktig og avgjørende for trivsel, mens dårlige rammer for pasientbehandling og lite personal på jobb beskrives som utmattende.

Konklusjon

Hovedkonklusjonene i studien er at helsepersonell beskriver de unike pasientene, opplevelsen av å utvikle seg som menneske og at de har en viktig jobb, som positive erfaringer. Utøvelsen av ulike former for tvang, uforutsigbarhet og motsetningsfylte krav oppleves som belastninger.

Nøkkelord: helsepersonell, erfaringer med psykisk syke, akuttpsykiatri, etiske dilemmaer

Abstract

Purpose of the study

The purpose of this study was to acquire knowledge of healthcare professionals' experience, and how they are affected by working with psychiatric patients in acute psychiatric units. More knowledge will help us to identify and address the key factors to improve the conditions for the helpers in their everyday work. This will in turn lead to an improvement and quality assurance in the treatment of patients.

Method and sample

The study has a phenomenological approach, and it is based on qualitative interviews. Systematic text condensation in line with Malterud (2017) was applied for data analysis of the material obtained in the interviews.

Theoretical framework

Theoretically, the study is based on literature on consequences of working in health care, and Kari Martinesens caring theory.

Key results

The findings of this study reveal that healthcare professionals at the acute psychiatric unit are affected by the meetings with patients expressing strong symptoms. They meet patients who are very sick, which they describe as unique. Healthcare professionals want to help and experience it satisfactorily when they see the recovery of patients. Health personnel are faced with many ethical dilemmas in their work, and the exercise of various forms of force are experienced to be complicated and difficult. The community with colleagues is described as important and crucial for well-being, while poor frameworks for patient care and shortage of staff are described exhaustively.

Conclusion

The main conclusions of the study are that health personnel describe the unique patients, the experience of developing as a human being and having an important job, as positive experiences. The exercise of various forms of coercion, unpredictability and contradictory demands is perceived as stressful.

Key words: Healthcare professionals, experience with mental illness, acute psychiatric unit

Innhold

1.0 INNLEDNING	7
1.1 Beskrivelse og bakgrunn for tema.....	7
1.2 Hensikten med prosjektet	8
1.3 Problemstilling	9
1.4 Begrepsavklaringer.....	9
1.5 Litteratursøk	11
1.6 Oppgavens struktur	11
2.0 TEORETISK RAMMEVERK	12
2.1 Tidligere forskning.....	12
2.2 Akuttpsykiatri som kontekst	13
2.3 Relasjonsteori	14
2.4 Sykepleierens todelte rolle i møte med pasienten i akuttpsykiatrien	15
2.5 Kontakttretthet blant helsearbeidere	16
2.6 Omsorgsteori	17
2.6.1 Kari Martinsen omsorgsfilosofi	18
2.6.2 Omsorg er et relasjonelt begrep, et praktisk begrep og et moralsk begrep.....	19
2.6.3 Etisk bevissthet og etisk refleksjon.....	20
3.0 METODE.....	23
3.1 Vitenskapelig forankring.....	23
3.2 Forskeren forforståelse	24
3.3 Lovregler	25
3.4 Etske overveielser	26
3.5 Utvalg og rekruttering	27
3.6 Gjennomføring av intervjuene.....	28
4.0 ANALYSE	31
4.1 Transkripsjon.....	31
4.2 Analyseprosessen.....	31
4.2.1 Første trinn – å få et helhetsinntrykk	32
4.2.2 Andre trinn – å identifisere meningsbærende enheter.....	32
4.2.3 Tredje trinn – å abstrahere innholdet	32
4.2.4 Fjerde trinn – å sammenfatte betydningen	33
4.2.5 Illustrasjon av analyse.....	33
4.3 Metodediskusjon.....	35
4.3.1 Pålitelighet og gyldighet; reliabilitet og validitet	35

4.3.2 Metodiske refleksjoner og datakvalitet.....	35
4.3.3 Gyldighet av analysen og relevans	37
5.0 RESULTATER.....	39
5.1 Å møte galskap.....	39
5.1.1 Å bli berørt	40
5.1.2 Å vokse som menneske	41
5.2 Å føle å ikke ha kontroll	43
5.2.1 Å være utrygg.....	43
5.2.2 Å være i tvil	44
6.0 DISKUSJON.....	46
6.1 Å møte galskap.....	46
6.1.1 Å bli berørt	47
6.1.2 Å vokse som menneske	49
6.2 Å føle å ikke ha kontroll	51
6.2.1 Å være utrygg.....	52
6.2.2 Å være i tvil	54
7.0 AVSLUTNING.....	56
7.1 Styrker og svakheter i studien	57
7.2 Implikasjoner for praksis og videre forskning	58
8.0 LITTERATURLISTE	59
Vedlegg 1.....	64
Vedlegg 2.....	66
Vedlegg 3.....	68

1.0 INNLEDNING

Livet som utspiller seg ved akuttpsykiatrisk avdeling, er en ukjent verden for de fleste. Fra media gis et inntrykk av et helsevesen med store mangler, der både pasienter og personal kan oppfattes som skumle og upålitelige. Overskrifter i VG som «pasienter bindes fast ulovlig», og «drapsmann var psykotisk da han drepte kona» er med på å lage forestillinger om farlige pasienter og hardhjertet pleiere. Selv om cirka halvparten av den voksne befolkning rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet, og de siste to ti årene vært fokus på økt åpenhet i psykiatrien, er det fortsatt mye usikkerhet og uvitenhet om hva som foregår på akuttpsykiatrisk avdeling (Ilnér, 2013). Psykiatrisk akuttavdeling kjennetegnes ved stor pasientsirkulasjon, høy turnover av personell, hyppige konflikt og krisesituasjoner. Pasienters ulike behov og stadige krav til dokumentering og standardisering, kan skape flere konfliktfylte behov (Berg, 2008).

1.1 Beskrivelse og bakgrunn for tema

Helsepersonell som jobber i akuttpsykiatrisk avdeling kommer tett på pasienter som er innlagt med psykiske lidelser. Hverdagen til miljøpersonalet består blant annet i å beskytte, strukturere, motivere, trøste og støtte pasienter innlagt på sykehus. Det forventes at personalet er i stand til å lese situasjoner, se sin rolle og bidra til kollektiv samhandling. Raske endringer i arbeidssituasjonene gjør at det forutsettes evne til raske omprioriteringer, integrert kunnskap om prosedyrerelaterte situasjoner med fare for vold og utageringer (Ilnér, 2013). Sykepleiere betrakter etablering av støttende og terapeutiske pasientrelasjoner som helt fundamentalt i sykepleierarbeidet på akuttpsykiatrisk avdeling. Et økt press på kortere liggetid vanskeliggjør imidlertid terapeutisk relasjonsbygging etter tradisjonell oppfatning (Berg, 2008; Hatling, 2006) Den terapeutiske relasjonens ideal er essensen i psykiatrisk sykepleie, og utfordres når omorganiseringer har fokus på effektivisering, som kan føre til distanserte relasjoner (Hem, 2008).

Å jobbe med psykisk syke er å forholde seg til menneskers smerte, som strever med sine følelser, bekymringer, frykt og sinne. Psykisk lidelse er, ifølge Svein Haugsgjerdet (2018), et resultat av menneskelige reaksjoner på vanskelige livsvilkår, fra fosterliv via barndom og oppvekst – til voksen alder. De er kjennetegnet av forstørrede, forsteinede, fastfrosne og iblant forvanskede, følelsesstyrte tanker om seg selv og om de menneskelige omgivelsene (Haugsgjerdet, 2018). Hva er det som gjør hjelperne skikket til å ta imot dette, og hvordan greier hjelperen å håndtere følelsene og livsverden som deles? Hva er det som gjør at arbeidet

oppleves viktig og meningsfullt, og hva er det som fører til utmattelse og utbrenthet?

Jeg har selv jobbet med mennesker i krise siden 1999, de siste 15 årene i psykiatrien. På disse årene har det blitt mange endringer i psykisk helsevern, og i offentlig virksomhet forøvrig. Flere av endringene har vært nyttig og viktig. Samtidig har mange endringer ført til utfordringer, både for pasienter, pårørende og ansatte. Det har siden 90 tallet vært et ønsket mål å tilby pasienter behandling i sitt nærmiljø. Fra å behandle pasienter på sykehus over lang tid, er målet en desentralisert behandling i egne hjem (Hummelvoll, 2012). Behandlingen skal i større grad involvere pasientene selv i mestring av sin sykdom, ved å støtte opp under pasientens egne ressurser og finne riktig hjelp på rett nivå i pasientens bomiljø. Dette har ført til terskelen for innleggelse er høyere, og forventninger til kortere liggetid ved sykehus, da sengeplassene er redusert betraktelig (Orvik, 2015).

1.2 Hensikten med prosjektet

Jeg ønsker å undersøke helsepersonell sine erfaringer som jobber med psykisk syke, og hvordan de blir påvirket av sin jobb. Det er et stort tema, og kan undersøkes på flere måter. Miljøpersonalet som jobber i en psykiatrisk avdeling må forholde seg til en rekke situasjoner som er veldig annerledes fra den generelle virkeligheten. I ekstreme situasjoner må personalet overta kontrollen av pasienter, ved å bruke tvangsmidler. De møter pasienter som ikke evner å ivareta egen helse, og ikke har innsikt i egen sykdom. De møter pårørende som er fortvilet, sint og motløse. Det kan komme kritikk fra flere hold, media har stadig oppslag om hvor dårlig pasienter blir behandlet i psykiatrien. Miljøpersonalet kjenner kanskje pasienten best, men har ikke beslutningsansvar for pasienten, som vil kunne føre til uenighet i planen videre for pasienten.

Min interesse og engasjement knytter seg til flere områder, jeg mener det er viktig å undersøke hvordan ansatte håndterer belastningene de blir utsatt for, da det er en forutsetning for å kunne drive god behandling på psykiatriske avdelinger. Viktigheten av å håndtere egne behov og reaksjoner, for ikke å overføre dette tilbake på pasienter på en måte som er skadelig for de vi skal møte og hjelpe, er godt dokumentert i forskning (Isdal, 2017).

Etter opptrappingsplanen i psykisk helse ble avsluttet i 2008, har det fra nasjonalt hold vært enighet i å fortsette satsingen på psykisk helse. Helseminister Høie sier i sin sykehustale i 2019 at regjeringen ønsker å videreføre satsingen på rus og psykisk helse, der denne skal ha

høyere vekst enn somatikken. Dette skal gjøres ved blant annet å øke produktiviteten (Høie, 2019). De siste 20 årene har blitt kalt reformenes tid, da det har vært store reformer innen offentlig virksomhet. NAV reformen, sykehusreformen og samhandlingsreformen er eksempler på dette. Fokus for endringene kan veldig forenklet beskrives med mål om bedre ledelse, mer brukermedvirkning og økt produksjon (Orvik, 2015). En viktig endring innen psykisk helse, er også endringene i lov om psykisk helsevern som trådte i kraft september 2017.

Personell er den viktigste innsatsfaktoren i sykehus når det gjelder kliniske resultater og pasientsikkerhet (Skjetne, 2011). I dagens medisin i 2011 kan vi lese at hver fjerde sykepleier vil slutte (Bakke, 2011, 24. oktober). Arbeidsmiljøundersøkelser blir helse og sosialarbeidere rapportert som risikoyrke, da fravær grunnet jobbelastninger er høyest i disse yrkesgruppene (Arbeidstilsynet, 2017). Ved å undersøke erfaringene til hjelperne og øke kunnskapen om faktorer som belaster og beriker, vil kvaliteten ved psykiatriske avdelinger på sykehus kunne øke både for pasienter og ansatte. Jeg ønsker å ha fokus på hjelperne som står tettes på pasientene, og finne ut hvordan de blir påvirket av sin jobbsituasjon i dagens behandling ved psykiatrisk avdeling.

1.3 Problemstilling

Jeg har konkretisert tema til problemstilling:

«Hvordan påvirkes helsepersonell av å jobbe med psykisk syke pasienter i akuttpsykiatrisk avdeling?»

Problemstillingen er formulert som et åpent og vidt spørsmål med den hensikt å gi rom for ulike tilbakemeldinger, både positive og negative erfaringer.

1.4 Begrepsavklaringer

Helsepersonell

Med helsepersonell som inklusjonskriteriet vil det si at alle som etter helsepersonelloven § 3 første ledd omtales som helsepersonell vil kunne delta. I denne undersøkelsen er sykepleiere og vernepleiere representert.

Deltaker

Gjennom oppgaven brukes deltaker om helsepersonell som har deltatt i studien.

Erfaringer

Erfaringer betyr i denne konteksten kunnskap og opplevelser man tilegner seg ved å jobbe med alvorlig psykisk syke pasienter ved akuttpsykiatrisk avdeling.

Psykisk syk

Psykisk sykdom er en samlebetegnelse for sykdommer og tilstander som påvirker tanker og følelser. Psykiske lidelser medfører ofte nedsatt funksjonsevne i dagliglivet og kan skape ubehag som reduserer livskvalitet. Psykiske lidelser medfører ofte endring i atferd, men ikke bestandig. Samlebetegnelsen psykiske lidelser er svært omfattende, og dekker et vidt spekter av tilstander (Hummelvoll, 2012). I denne oppgaven vil psykisk syke være pasienter som er i behov av behandling i spesialisthelsetjenesten, og som oftest lider av alvorlige tilstander som mani, psykose, akutte krisetilstander eller ved suicidalitet.

Psykose

Psykose, den vanligste brukte betegnelsen for alvorlige psykiske lidelser hvor det foreligger realitetsbrist. Den manglende realitetsinnsikten (sviktende dømmekraft, feiltolkning av sosiale signaler, sviktende kontaktevne) gjør også at de fleste personer med psykose fungerer dårlig i samspill med andre mennesker. Med visse unntak (paranoia), vil også de fleste personer som er psykotiske, virke påfallende i sin væremåte i andres øyne (Malt, Retterstøl og Dahl, 2003)

Mani

Mani, tilstand kjennetegnet ved sykelig grad av vedvarende løftet, ekspansivt eller irritabelt stemningsleie. Symptomer som ukritisk adferd, graniøse forestillinger og storhetstanker om egne evner og prestasjoner vil kunne forekomme som en del av den maniske episoden. (Malt et al, 2003).

Akuttpsykiatrisk avdeling

Akuttpsykiatrisk avdeling er en del av spesialisthelsetjenesten, og er den eneste sykehusavdelingen som tar imot pasienter på øyeblikkelig hjelp innen psykisk helsevern. Pasienter har rett på nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten når det foreligger fare for akutt dødsfall eller akutt betydelig helsetap (Ilnér, 2012).

1.5 Litteratursøk

Litteratursøk er gjort i flere omganger, først i planleggingsfasen av studien der jeg søkte i databasene Google Scholar, Pubmed og Psykinfo og brukt søkeord som «health personell, attitude of health personell, experience with helpers, psychiatric hospital, job satisfaction» i og flere varianter med OR og AND. Jeg har søkt i Orio og bibsys med søkeord «erfaringer, psykisk sykdom, psykisk lidelse, konsekvenser av å jobbe med psykisk syke, opplevelser av å jobbe med psykisk syke» i ulike varianter og setninger. Det er veldig mye litteratur som kommer frem, både i artikler, tidsskrifter, bøker og ulike forskningsrapporter. Underveis i prosessen har jeg fått søkehjelp både ved biblioteket ved Oslo met og på medisinsk bibliotek på Ullevål. Vi gjennomførte systematiske søk i databasene psykinfo, pubmed og bibsys. Ved systematisk søk i pubmed ble det 591 treff, hvorpå 29 av disse var norsk – assosierte. Jeg har gått gjennom referanselister til artikler funnet i litteratursøk, samt gått direkte til tidsskrifter og nettsteder som tvansforsk.no, erfaringskompetanse.no, psykNytt.no og kunnskapssenteret.no.

1.6 Oppgavens struktur

Etter innledningen følger en redegjørelse for studiens teoretiske forankring. Deretter beskrives metoden som er brukt i studien, som har kommet frem til resultatene. Teori og forskning som presenteres, vil bli brukt for å belyse studiens diskusjon. Oppgaven avrundes med en avslutning og implikasjoner for praksis og videre forskning.

2.0 TEORETISK RAMMEVERK

Min problemstilling går ut på å undersøke hvordan miljøpersonalet erfarer og påvirkes av å jobbe tett på pasienter med psykisk lidelse. I min forforståelse var mye av teorien knyttet opp mot utbrenthet, omsorgstretthet og andre negative følger av å jobbe med mennesker i krise. Forskning og egen erfaring støttet denne antakelsen. I tillegg var min forforståelse at miljøpersonalet var opptatt av relasjon og det komplekse ved å jobbe i akuttpsykiatri og rammene dette innebærer. Den første delen av det teoretiske rammeverket er knyttet til dette. Etter analysen av funnene, synes jeg ikke dette ga nok forståelse til å belyse mine funn. Jeg ønsket å ha med teori som hadde fokus på den spesielle kontakten med den syke, mitt møte med Løgstrup og Martinsen omsorgsteori ga gjenklang i min undersøkelse. Omsorgsteori er et stort fagområde, og mitt innblikk vil ikke være nok til å forstå dette område fullt og helt, men jeg ønsker allikevel å bruke dette bakteppe da jeg mener at det gir dybde og forståelse i min materialet.

2.1 Tidligere forskning

Det er godt dokumentert i forskning at helsepersonell som jobber i ulike omsorgsyрке, har en større risiko for å få ulike belastningsreaksjoner som følge av jobben (Bang, 2003; Falkum, 2000; Forbech Vinje, 2007; Holm, 2005; Sabo, 2011). En review fra 2011 viser til at sykepleiere som arbeider innen psykisk helsevern, er spesielt sårbare for å utvikle kontakttretthet i arbeidet (Sabo, 2011). Bang (2003) beskriver i «Rørt, rystet og rammet» ulike profesjonelle hjelpere og hvordan de blir påvirket av sitt daglige virke (Bang, 2003). Isdal (2018) har i boken «Smittet av vold» rike beskrivelser fra ulike hjelpere i omsorgsyрке og hvordan de og han selv er i fare for å utvikle negative reaksjoner som følger av sin fagutøvelse (Isdal, 2018). Det finnes også mye forskning som konsentrerer seg om spesielle yrkesgrupper eller behandlingssteder. En studie har også blitt teater, Marit Råbu sitt forskningsprosjekt hvor hun intervjuet 13 pensjonerte psykoterapeuter. Stykket omhandler hvordan deres yrkesvalg har påvirket deres privatliv, om «det var verd det». Dette har blitt opphavet til flere artikler, deriblant «Hvordan har psykologiyrket påvirket psykologens personlige liv». Der beskrives at det har vært en «ære» og bidra, arbeidet har virket inn på terapeutens relasjoner og det har vært en byrde å møte smerte og destruktivitet. Siden 2000 tallet har det blitt en økning i forskning og publikasjoner knyttet til tvang, det er gjennomført flere studier og doktorgrader om bruk av tvang og reduksjon av tvang (Diseth, 2013; Iversen 2008; Husum 2011; Knutzen, 2013; Norvoll, 2007; Norvoll, Hatling og Hem, 2008, Norvoll & Husum 2011). Det har også de siste årene blitt gjennomgått store forskningsprosjekt opp

mot tvang og etiske utfordringer av Senter for medisinsk etikk. Publikasjoner som «som dag og natt?» om forskjeller i forståelse mellom misfornøyde brukere og ansatte om bruk av tvang av Norvoll og Husum (2011), og «En studie av synet på etiske utfordringer relatert til arbeid med bruk av tvang hos ansatte i psykiske helsetjenester» av Husum, Hem og Pedersen (2018) er et resultat av dette.

Jeg har i mitt søk gått bredt når det gjelder ulike steder og yrkesgrupper, da mitt prosjekt ønsket å ha et åpent blikk på om det var likhetstrekk for flere yrkesgrupper. Underveis i prosjektet endret søket seg til å gjelde akuttpsykiatriske avdelinger, da min undersøkelse ble utført der, med miljøpersonalet som var sykepleiere og vernepleier. Forskning knyttet til disse kriteriene er mye rettet mot opplevelser og utføring av tvang, vold, krenkelses og hvordan dette erfarer og forstås. Masteroppgave skrevet av Andersen om skjerming som metode (2011), Thorvarsdottir (2015) om ansattes subjektive opplevelse av krenkelses på arbeidsplassen og Seierstad (2018) som beskriver de eskalering i akuttpsykiatrisk avdeling.

En artikkel av Bachmann, Michaelsen og Vatne (2019) beskriver resultatene av en undersøkelse om hvordan miljøterapeuter og sykepleiere blir påvirket av betingelsene på arbeidsplassen, definert som truende adferd, kritikk og mulighet for fysisk skade. Deltakerne i studien var både ansatte i psykisk helse i kommunal oppfølging og psykiatrisk sykehus. Resultatet for alle deltakerne var at de opplevde sårbarhet som følger av uforutsigbar og utrygge arbeidsforhold. De kommunalt ansatte opplevde seg alene og ubeskyttet, mens ansatte i sykehus opplevde seg sammen og beskyttet. Den felles konklusjonen var at deltakerne opplever en kløft mellom egne idealer om hvordan profesjonell hjelp skal utføres, og helsevesenets krav og forventinger. (Bachmann et al, 2019).

Når det gjelder utenlandsk forskning, har jeg tatt med to artikler som jeg belyser min oppgave, fra Ward og Gwinner; Have you got what it takes? og Heaslip & Board, (2012) Does nurses vulnerability affect their ability to care?

2.2 Akuttpsykiatri som kontekst

Akuttpsykiatrisk avdeling er underlagt Spesialisthelsetjenesten og har ansvar for øyeblikkelig hjelp tilbud til pasienter som er i behov av døgntil behandling. Tjenesten tilbys hovedsakelig

pasienter i akutte krisetilstander, alvorlige psykotiske eller maniske tilstander, eller ved suicidalitet (Berg, 2008; Karlsson & Borg, 2013). Berg (2008) fremhever at kriteriene for en innleggelse i en akuttpsykiatrisk avdeling ofte tilsier at pasientene har et svært høyt symptomtrykk, og at mange av pasientene derfor blir lagt inn til tvungen observasjon eller tvungen behandling. Tilstanden kan være relativt enkle å behandle, men oftest er de sammensatte og kompliserte. Behandling i akuttpsykiatrien handler om å tilby trygge rammer for behandling i skjermede omgivelser, observasjon av symptomer, medikamentell behandling, samtalerapi, samt håndtering av vanskelig og utagerende adferd. Det fremkommer et høyt fokus på struktur og forutsigbarhet hvor ytre rammer skal skape forutsigbarhet og trygghet både for pasientene og de ansatte (Berg, 2008; Berring, 2009).

2.3 Relasjonsteori

Mennesket lever med et iboende behov for å høre til – å bli sett, forstått, respektert og akseptert. Forståelse og medfølelse gjør at vi kan leve sammen, i det sosiale samspillet hviler både vårt velvære og vår lidelse (Kåver & Grøhn, 2012). Etableringen av relasjoner er det viktigste hjelpemidlet vi har i psykiatrien, enhver person som søker behandling er opptatt av hvem de vil møte og hvordan de vil bli møtt (Binder, 2008).

Mellommenneskelige relasjoner foreligger når man påvirker hverandre i en gjensidig prosess gjennom handlinger, følelser og tanker (Oppjordsmoen, Vaglum og Block Thoresen, 2008). Relasjoner påvirkes også av andre faktorer som tidligere samspillhistorie, de ulike parters forventninger, og forhåndsoppfatning av relasjonen. I møte mellom hjelper og pasient står forholdet i den mellommenneskelige relasjonen sentralt og kvaliteten på denne relasjonen vil påvirke pasientens opplevelse av behandlingen (Oppjordsmoen m.fl., 2008).

Relasjoner forstås som grunnleggende gjensidige, der hjelper og pasient påvirker hverandre både bevisst og ubevisst. Relasjoner vektlegges som helt sentrale for gode helsetjenester, der en sammen med pasienten skal kunne tilby gode helsetjenester mot felles mål (Karlsson & Borg, 2014; Geirdal & Varvin, 2017). Det er likevel viktig å påpeke at relasjonen mellom pasient og hjelper er preget av et asymmetrisk maktforhold, og ulike forståelser av begrepet profesjonalitet har skapt ulike handlingsmønstre. Bang (2003) har hevdet at den profesjonelle distansen må forstås i en helhet, hvor en i større eller mindre grad av bevissthet, plasserer seg, fra situasjon til situasjon, og ut ifra hvilken grad av hensiktsmessighet for pasienten og seg

selv. Hun hevder videre at usikkerhet og forvirring i forhold til begrepet har ført til at mange har satt likhetstegn mellom det «å være profesjonell», og det å være kjølig, fjern og uengasjert i møte med pasienten. Dette mener hun har mindre med faglige argumenter for å opprettholde en profesjonell distanse, heller enn den «allmennmenneskelige ambivalensen i forhold til å ta andres smerte og nederlag innover seg. På den ene siden så har vi en trang til å hjelpe, å gjøre noe; på den andre siden en trang til å komme oss vekk» (Bang, 2003, s.22)

En annen vinkling finner vi hos Lillevik og Øyen (2014). De hevder at vår rolle som profesjonell yrkesutøver er en sammenflettet kombinasjon av personlige og profesjonelle egenskaper. Hvor medfødte egenskaper og erfaringer fra det å være menneske i samspill med andre, kommer i tillegg til vår teoretiske og praktiske utdanning. De vektlegger derfor at vår personlige kompetanse er en integrert del av vår profesjonelle rolle, og dermed ikke er mulig å legge fra seg i møte med pasientene. Det gjør at hjelperen ikke kan tillate seg å være ureflektert over hvem vi er i møte med pasienten, da egen væremåte og reaksjonsmønstre både kan være utløsende og dempende for pasientens aggresjon og avmakt. Hjelperne må våge å spørre seg selv om hvem de er i møte med den andre (Lillevik og Øyen, 2014)

2.4 Sykepleierens todelte rolle i møte med pasienten i akuttpsykiatrien

I følge Bjørkdahl, Palmstierna & Hansebo (2010) ser man to klare tema i hvordan sykepleiere beskriver egen tilnærming til omsorg i en akuttpsykiatrisk kontekst; forskerne bruker metaforene ballettdanser og bulldoser. Ballettdanseren representerer i dette sensitivitet, åpenhet og ønske om dialog og relasjonsbygging, men de samme sykepleierne beskriver også en annen funksjon de inntar; bulldoseren. Sistnevnte funksjon er å være et skjold som beskytter posten fra kaos (Bjørkdahl et al, 2010). Bulldosermetaforen speiler sykepleierens holdning ovenfor pasienten som et objekt de kan, og i eget syn må, kontrollere for å ivareta sikkerhet i posten for både pasienter og personalet. Andre forskere har funnet tilsvarende funn, Hummelvoll og Severinsson (2001) hevder at sykepleiere i akuttpsykiatrien lett griper til terapeutisk sett overfladisk omsorg, som kan hindre å se pasientene som individer. De hevder videre at dette kan skyldes at akuttpsykiatri som arbeidsplass er intensiv og uforutsigbar, samt at arbeidet stiller krav til effektivitet som ikke nødvendigvis samsvarer med sykepleierens eget ideal om god omsorg. Vatne og Fagermoen (2007) fant at sykepleiere i akuttpsykiatrien ofte dras mellom egne humanistiske idealer og arbeidsplassens krav til effektivitet. De hevder at sykepleiere i denne konteksten har en tendens til å ta i bruk kontrollerende og korrigerende strategier snarere enn relasjonelle for å løse konflikter med

pasientene.

2.5 Kontakttretthet blant helsearbeidere

Risikoen for utbrenthet og kontakttretthet i omsorgsykker har lenge vært kjent (Bang, 2003; Falkum, 2000; Sabo, 2011). Utbrenthet er blitt definert som emosjonell utmattelse og kynisme som ofte inntreffer hos personer som jobber med mennesker.

De tre mest brukte fagbegrepene på dette området er sekundærtraumatisering, vikarierende traumatisering og compassion fatigue. Alle disse begrepene har utgangspunkt i traumeforståelse. Begrepet utbrenthet benyttes i forbindelse med helsepersonell, men oppstår også andre yrker og personer (Isdal, 2017)

Sekundærtraumatisering og vikarierende traumatisering er begge begreper som handler om hjelpere, eller andre som står den traumatiserte pasienten nær. De kan utvikle reaksjoner på traumene ved å gjentatte ganger høre om opplevelsen. Figley (1995) var den første som brakte et traumeperspektiv inn i forståelsen av de belastninger hjelperne blir eksponert for. Han jobbet som terapeut med traumatiserte vietnamveteraner, og han la merke til at hans pasienters pårørende også utviklet problemer som lignet traumereaksjoner. Han begynte deretter å se nærmere på de som jobber med traumatiserte pasienter, og påsto at de samme mekanismene skjer i forholdet mellom pasient og hjelper, at traumer er smittsomme. Han beskrev sekundærtraumatisering som et syndrom som er nesten identisk med de vi finner i primær posttraumatisk stresslidelse (PTSD), hvor du A) du skal ha opplevd noe forferdelig, livstruende eller overveldende, B) Du skal selv utvikle tre typer symptomer: 1. gjenopplevelse, 2. unngåelse / nummenhet og 3. hyperarousal. Vikarierende traumatisering er et begrep som ble gjort kjent av Pearlman og Saakvitne (1995). Begrepet er samspillorientert, og tar utgangspunkt i at vi står i en relasjon til dem vi jobber med og at vi tar opp historien deres på en særegen måte. Fenomenet søker å beskrive en mer grunnleggende endring i hjelperens sjel og sinn, endringer i hjelperens selvfølelse, syn på livet, håp og tro. Hjelperne tar innover seg pasientenes hjelpeløshet, smerte og håpløshet, og i neste omgang føler de seg hjelpeløse og håpløse som hjelpere (Isdal, 2017).

Utbrenthet er noe hjelpere kan oppleve når de har en jobb de er lite tilfreds med, og der de føler seg både maktesløse og overveldet av arbeidet. Norsk helseinformatikk definerer det slik:

«Utbrenthet defineres ofte som en langvarig arbeidsrelatert stressreaksjon, som vanligvis både gir psykiske og fysiske plager. I mange tilfeller er dette resultatet av en prosess som har pågått i flere år, og som vanligvis begynner med tretthet, spenningstilstander og muskelsmerter. Utbrenthet er en normal reaksjon på stress, og ikke en egen diagnose. (www.nhi.no)

Utbrenthet handler først og fremst om rammene for å utøve arbeidet. Det handler om reaksjoner på forhold som for dårlig tid, for mange oppgaver, for dårlig oppfølging og lite støtte fra arbeidsgiver, ledere og kollegaer. Utbrenthet er et viktig begrep når det gjelder helserisiko for hjelpere. Det supplerer og utfyller begrep om sekundærtraumatisering og vikarierende traumatisering gjennom å sette fokus på de ytre rammene og betingelsene hjelperen jobber under. Mathieu (2012) påpeker at disse fenomenene påvirker hverandre, da utbrenthet grunnet dårlige rammer øker risiko for sekundærtraumatisering og vikarierende traumatisering. Hun mener det er nyttig å skille begrepene, på den ene siden handler det om pasienters smerte og lidelse, og den andre om hvilke rammer det jobbes under (Isdal, 2017).

Figley lanserte i 1995 begrepet compassion fatigue. Det er ulike oversettelser av begrepet, Berge (2005) bruker ordet «omsorgstretthet». Andre har brukt ord som «medfølelsetretthet», «omsorgsutmattelse», «involveringsutmattelse», eller «empatiutbrenthet». Det kan defineres som

«en tilstand av utmattelse og dysfunksjon (biologisk, psykologisk og sosialt) som er et resultat av langvarig eksponering for andres lidelse. Compassion fatigue er en naturlig konsekvens av å hjelpe, eller ønske om å hjelpe personer som er traumatisert eller lever i smerte»
Isdals (2017) oversettelse s 131.

Compassion fatigue er noe som utvikler seg over tid etter gjentatte møter med lidelse. Det er en gradvis nedbryting av engasjement, involvering og empati med en påfølgende slitenhet eller utmattelse knyttet til det å skulle hjelpe. Fenomenet beskrives om en kombinasjon av sekundærtraumatisering og utbrenthet. Figley beskriver det som «prisen for å bry seg» - («the cost of caring» (Isdal, 2017).

2.6 Omsorgsteori

Gjennom analysen og fortolkningen av datamaterialet ble helsepersonellens ansvar, og det sterke mellommenneskelige møtet med den psykiatriske pasienten tydelig. Det omfattet

omsorg og ønske om å ivareta den syke på best mulig måte, med de rammene som en akuttpsykiatrisk avdeling har. Jeg vil også bruke omsorgsteori som teoretisk referanseramme, på bakgrunn av det som kom frem i analysen. Dette er et stort forskningsfelt, og fagområde, og jeg vil konsentrere meg om Kari Martinsens omsorgsfilosofi. Hennes tenkning fremhever etikk og etikkens førkulturelle grunnlag i fenomener vi ikke har skapt, som tillit, barmhjertighet, kjærlighet og åpenhet, i tråd med K.E. Løgstrups filosofi.

2.6.1 Kari Martinsen omsorgsfilosofi

Kari Martinsen er talsmann for at sykepleie er en teoretisk-praktisk praksis. Det innebærer at praksis og teori ikke kan sees på som avskilte fenomener. Dette får derfor betydning for hvordan sykepleie skal læres og utvikles. Hun mener sykepleien skal erverves ved å gå i lære under veiledning fra erfarne sykepleiere, og lære ved praksis. Martinsen mener at menneskelighet, hjertelag og faglighet skal virke sammen. Skjønnnet har derfor en meget sentral plass i å kunne gi omsorg, i skillet er det en vekselvirkning mellom det faglige og det menneskelige, i skillet vurderes hvilke handlinger som er riktige i den aktuelle situasjonen. Grunnlaget for omsorgen bør ligge i en trang til å hjelpe andre (Martinsen, 2001).

Kari Martinsens omsorgsfilosofi bygger mye på tanker og refleksjoner fra Knud Løgstrups filosofi om den etiske fordring. Knud Løgstrup (1905 –1981) var en dansk teolog og filosof. Han ble regnet som fenomenolog og han var opptatt av menneskets sansing og den levde erfaring. Løgstrup var en undringens filosof. I boken ”Den etiske fordring”(1991) avdekker han fenomener som er forutsetninger for alt menneskelig liv, fenomener som tillit, kjærlighet og åpen tale. Disse fenomener kalles for de suverene livsytringer. De suverene livsytringer gir perspektiv og dybde i menneskelige relasjoner. De gir liv i menneskelige relasjoner og de gjør våre liv moralske. De suverene livsytringer er førkulturelle, de er betingelsene for vår tilværelse og de gjør menneskelig samliv mulig (Martinsen 2001).

Ut fra Løgstrups tanker lever vi mennesker i et sosialt fellesskap der vi alle er avhengige av hverandre, han sier at vi aldri har noe med et annet menneske uten at vi holder noe av hans liv i våre hender. Menneskene forholder seg alltid til andre i en eller annen form. Vi er deler av et større og mindre fellesskap. Fellesskapene forplikter og gir oss ulike rettigheter, det er ikke likegyldig hvordan vi forholder oss til det hele. Avhengigheten til andre gjør oss frie, men den gir også begrensinger. Den menneskelige avhengigheten fordrer omsorg, som er et

grunnleggende fenomen. Vi er skapt til å ta vare på hverandre og forvalte dyr og natur med omsorg. Omsorg dreier seg om det vi gjør, og hvordan vi gjør det og hvordan vi forholder oss i situasjonen (Martinsen 2001).

Martinsen peker først og fremst på tre sider ved omsorgsbegrepet

2.6.2 Omsorg er et relasjonelt begrep, et praktisk begrep og et moralsk begrep.

Omsorg er et relasjonelt begrep, det beskriver hvordan vi er avhengig av hverandre. Vi har et ansvar for de svake. Dette er et overordnet prinsipp og forbilde. En viktig del av helsefaglig utøvelse har å gjøre med det menneskelige nærværet, hvor den faglige omtanken også må være en omtanke for den syke (Martinsen, 2012).

Yrkesmessig omsorg består av en relasjon mellom minst to personer. I denne relasjonen er det utøveren som er forpliktet til å gi den hjelpen den andre trenger ut fra situasjonen. For å finne ut hva den andre trenger er det nødvendig at pleieren engasjerer seg i og viser interesse for pasienten. Pleier må sette seg inn i pasientens situasjon. Her vil livsytringene spille en stor rolle. Martinsen mener at i et hvert møte er livsytringene det fundamentale (Martinsen 2001).

Omsorg handler om å knytte bånd og bygge opp relasjoner til andre mennesker. Relasjoner der likeverdighet står i sentrum. Å bygge opp relasjoner vil alltid ha noe med avhengighet å gjøre, spesielt i situasjoner der den ene part er syk og lidende. Omsorgen for den andre viser seg i de menneskelige relasjoner gjennom tillit, åpen tale, håp og barmhjertighet. Løgstrup mener at dette er livsytringer som er gitt oss som mennesker. De er grunnleggende for at menneskelig samvær kan bestå og utvikle seg (Martinsen 2012). Hvordan kan vi forstå livsytringer som etiske fenomener? Livsytringene kan egentlig ikke fanges inn og begreps avklares. De kommer til syne i de sammenhenger som mennesker møtes. Livsytringer omfatter mange ulike begreper, for eksempel tillit, kjærlighet, barmhjertighet, håp, talens åpenhet, medfølelse og indignasjon. Martinsen legger vekt på den praktiske biten av sykepleieomsorgen. Hun mener det er i relasjon med pasient og i den praktiske situasjonen at etiske krav stiger frem, ikke i refleksjon over handlinger og dyder som ligger langt inne i personen (ibid).

Ifølge Martinsen består det moralske i å være i bevegelse fra seg selv til den andre, og handle

til den andres beste. Et hvert møte er et møte preget av verdier. Her handler det om å handle til det beste for pasienten. Martinsen sier at det alltid er en grunntone i møtet med pasientene, denne grunntonen viser seg i vår måte å være på. Her handler det ikke bare å vite om hva en skal gjøre, men også om hvordan man møter andre (Martinsen 2001). Moralen er tilstede i den konkrete situasjonen, i relasjonen mellom pleier og pasient. Det er her livsytringene lever. Livsytringene er uunnværlig, uten dem vil menneskelig liv gå til grunne. Skal sykepleie bevege seg mot omsorg må den ta utgangspunkt i den konkrete situasjonen med pasienten. Moralsk praksis bygger på omsorg. Ifølge Martinsen er omsorg og moral nær forbundet. Hun mener at omsorg handler om relasjon og moral som viser seg i praktiske handlinger. Selvfølgelig kan enkelte faktorer hindre de moralske handlingene. Det kan være noe i situasjonen som stenger for livsytringene. Her kan det være nødvendig med regler eller normer som "tvinger" oss til å handle moralsk (Martinsen 2012).

Helsepersonells sin kunnskap har en moralsk og intellektuell «godhet» som er rettet mot pasientens situasjon og sykdom. En moralsk bevissthet om å gi den riktige hjelpen til riktig tid på riktig sted og av riktig årsak til beste for pasienten. En etisk dømmekraft der sensitivitet og refleksjon virker i en bestemt retning. Samtidig som helsepersonell får kontakt med seg selv som hjelper, utvikler egen selvforståelse og identitet (Nortvedt & Grimen, 2009). Sensibilitet er en form for forståelse, som bygger på kunnskap om pasientens subjektive situasjon som oppfattes gjennom empati og følelsesmessig mottakelighet. Martinsen beskriver dette som en erfaring som ikke er valgt ut, men representeres gjennom erfaring «med et blikk» (Martinsen, 2001). Sensibilitet beskrives videre som å være oppmerksom og mottakelig, følsom, samtidig som det også viser til forståelsen av en situasjons betydning og mening (Nortvedt & Grimen, 2009).

2.6.3 Etisk bevissthet og etisk refleksjon

Etisk bevissthet handler om en praktisk etikk, som vises i hvordan vi forholder oss til hverandre. I omsorgsetikken er det relasjonen mellom hjelperen og den hjelpetrengende som utgjør det moralske fundamentet. Den viser seg i hvordan vi møter den andre og i hvordan vi handler ovenfor vedkommende. All profesjonell omsorg er verdiladet. Handlinger og valg vil alltid ha basis i verdier, også når verdiene ikke er bevisste og utalte. Bevisstgjøring av eget verdigrunnlag er derfor nødvendig i omsorgsyrkene (Nyeng, 1999).

Etisk bevissthet innebærer en forpliktelse mot de verdier som er viktige i omsorgsutøvelsen. Verdier er noe som er grunnleggende verdifullt for oss mennesker, de styrer våre valg og våre beslutninger. Verdiene avgjør hva vi synes er godt, rett, galt, vakkert eller stygt. Vi skiller mellom åpne og skjulte verdier. Åpne verdier er verdier vi ønsker å bekjenne oss til, skjulte verdier ønsker vi ikke å vedkjenne oss. Verdiene våre styrer vårt syn på andre mennesker og på oss selv, om det er bevisst menneskesyn eller ikke, vises i vårt møte med andre. I et hvert møte gjør vi inntrykk, enten bygger vi noe opp eller kanskje vi ødelegger noe for den andre (Nyeng, 1999). De suverene livsytringer er moralske verdier, verdier som er gitt oss mennesker. I vårt møte er livsytringene tause, spontane og suverent tilstede. De kan ikke styres av viljen, de vises i vårt daglige virke og de er ubevisste. Slike verdier er tillit, barmhjertighet og nestekjærlighet, håp og åpenhet. Aller viktigst her er kanskje tilliten. Å vise tillit er å utlevere seg. Når vi utleverer oss selv, blir vi sårbare. Utlevert til andre betyr at andre har makt over oss, utlevert til hverandre betyr at vi har makt over hverandre, makt til å gjøre godt eller ondt, til oppbyggelse eller ødeleggelse. Helsepersonell trenger tillit for å kunne utøve sitt yrke, og er derfor sårbar for manglede tillit (Nortvedt og Grimen, 2009) Å gi tillit innebærer å godta å være sårbar, basert på en vurdering. I denne utleveringen melder den etiske fordringen seg, en fordring om å ta vare på den andre. Hvordan vi skal ta vare på hverandre sier fordringen ingenting om, den er taus. Hvordan vi møter fordringen avhenger av våre verdier. Det vil derfor være individuelt hvordan vi tar vare på den andre (Martinsen, 2012)

Å være etisk bevisst innebærer å stille seg åpen for verdier som tillit, respekt, åpenhet, ydmykhet og omsorg i møte med andre. Dette vil bidra til å øke vår kreativitet og mot. Mot til å møte fordringen fra den andre. Den allmenne regelen om å gjøre mot andre det som du vil at andre skal gjøre mot deg, er gyldig i dette møte. Det moralske ligger alltid i møte med den andre, ikke i idealer, teorier, prinsipper eller de verktøy vi bruker. I møte med andre personer har vi noe av hans liv i våre hender (Løgstrup, 1991)

Etisk bevissthet handler også om å være var ovenfor den makten en har ovenfor andre. I alle forhold mellom mennesker ligger faren for overgrep og maktmisbruk. Løgstrup (1991) sier derfor at vi må ha respekt for hverandres "urørighetssoner". Urørighetssonene er vår grensesetting for å verne om vårt innerste. De verner det innerste, ømmeste og mykeste mot overtramp og krenkelser. Å være klar over den andres urørighetssone og respektere denne er en del av vår etiske bevissthet (Christoffersen, 1999).

Etisk refleksjon brukes når vi står ovenfor etiske utfordringer eller dilemmaer, det vil si der viktige verdier står på spill. Hensikten med etisk refleksjon er å styrke hjelpernes kompetanse til å bidra til å gjøre det beste for pasientene. En etisk utfordring er når det er tvil eller usikkerhet om hva som er riktig eller galt, godt eller ondt. Et etisk dilemma brukes når ulike verdier eller normer kommer i konflikt med hverandre, når ulike hensyn må veies opp mot hverandre. De ulike løsningene er gjensidig utelukkende og ingen er gode (Pedersen og Nortvedt, 2017).

I psykisk helsevern og helsetjenesten for øvrig, er det stadige ulike dilemmaer helsepersonell blir stilt ovenfor. Pasienter skal prioriteres, skjønn skal utvises og beslutninger må tas. Det er mange ulike faktorer som virker inn på en beslutning, dersom disse går på tvers av hjelperen egne verdier, tanker og holdninger, vil dette kunne føre til utmattelse og utbrenthet. (Isdal, 2018) Følsomheten for etisk refleksjon og bevissthet kan skyves til side. En etisk refleksjon og dømmekraft er en bevissthet om å gi den riktige hjelpen til pasienten på riktig tid og riktig måte. Refleksjonen virker kontinuerlig gjennom behandlingen av pasienten, hele tiden med pasientens situasjon i tankene. Samtidig får helsepersonell kontakt med, og innsikt i seg selv som hjelper gjennom persepsjon av hva som foregår i hjelperelasjonen og på denne måten utvikle egen selvforståelse og identitet (Pedersen & Nortvedt, 2017)

3.0 METODE

3.1 Vitenskapelig forankring

Formålet med denne studien er å få kunnskap om hvilke erfaringer som påvirker helsepersonell i møte med alvorlig psykisk syke pasienter ved psykiatrisk sykehus. Det er på bakgrunn av innholdet i studien naturlig å forankre den i et kvalitativt design i en humanistisk forskningstradisjon. I den humanistiske forskningstradisjonen er menneskets subjektive erfaringer sentrale, derfor er det anvendt en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming (Kaiser, 2000). Jeg ønsker å forstå et fenomen slik det fremstår for deltakerne, og være tro mot de undersøkte fenomenene slik de erfares av deltakerne i studien.

Innen det psykiske helsearbeidet har den fenomenologiske tradisjonen stått sterkt som et alternativ til den naturvitenskapelige forskningstradisjonen. Fenomenologien kan forstås som studiet av hvordan mennesket oppfatter virkeligheten gjennom våre subjektive perspektiver, og ble grunnlagt av Husserl, og den ble senere videreutviklet av blant annet hans elever Heidegger, Satre og Merleau – Ponty (Kaiser, 2000; Kvale & Brinkmann, 2009).

Fenomenologi betyr det som trer frem eller viser seg. Husserl hevder at sann kunnskap oppstår i menneskers levde erfaringsverden, knyttet til begrepet *Lebenswelt*, livsverden. Malterud beskriver det som at det menes den konkrete verden mennesker lever i og erfarer som levde erfaring i sosial sammenheng (Malterud, 2017). I fenomenologien forsøker en å sette ens egen forhåndskunnskap til side, samtidig som en vet at uten denne kunnskapen ville det vært vanskelig å se på fenomenet. Forskeren blir å anse en aktiv deltaker i kunnskapsutviklingen, medvirkende i alle ledd av kunnskapsproduksjonen. Det er ikke slik at beskrivelser og fortolkninger kommer utenom forskerens opplevelse og forforståelse (Malterud, 2017).

I denne studien søker jeg å finne ulike erfaringer og opplevelser som påvirker helsepersonell som har sitt daglige virke sammen med pasienter som lider av alvorlige psykiske lidelser. Jeg må forsøke å sette min egen forforståelse til side i møte med data, og ha en reflektert holdning til egen innflytelse både på deltakerne og til datamaterialet. Det krever et refleksivt blikk og en lojalitet i gjenfortellingen av deltakernes erfaringer og meningsinnhold uten å legge sin egen tolkning som fasit (Malterud, 2017). Jeg må samtidig erkjenne min egen påvirkning og forståelse av undersøkelsen, og ha et åpent blikk på hvordan jeg kan påvirke alle ledd i

prosessen.

3.2 Forskeren forforståelse

Både Kvale og Brinkmann (2010) og Malterud (2017) vektlegger forskerens integritet, altså ens kunnskap, erfaring, ærlighet og rettferdighet, som avgjørende faktorer for forskningsarbeidet. Forforståelsen dannes blant annet av personlig bakgrunn, holdninger og interesser, og er sentral i flere ledd i forskningsprosessen da den kan forme en undersøkelse fra start til slutt (Malterud, 2017). Forforståelsen påvirker valg av forskningsspørsmål, utforming av studie, samt tolkning av resultatet.

I fenomenologisk analyse forsøker forskeren, i møte med datamaterialet, og sette sin egen forforståelse til side, for å kunne gjenfortelle deltakernes opplevelser og meningsinnhold uten å tvinge det inn i egen forutbestemt teori (Malterud, 2017). Dette krever en refleksiv holdning hos forskeren, og fordrer at forskeren er villig til, og har evne til å være bevisst egen forforståelse. For å ha et refleksivt forhold til egen forforståelse, mener Malterud at man bør være oppmerksom på to ting. For det første skal en ha en reflektert holdning til egen innflytelse på materialet. For det andre må man vise lojalitet i gjenfortelling av deltakernes meningsinnhold og være oppmerksom på å ikke la egne holdninger styre tolkningen (Malterud, 2017).

Jeg er utdannet sosionom, og jobber selv i akuttpsykiatrien. Jeg har jobbet på ulike psykiatriske sykehus i 18 år, og mange av mine venner jobber også i ulike deler av psykisk helsevern. Det er et tilbakevendende tema om hvordan vi blir preget av å jobbe med mennesker som er i stadig krise, og som strever i sine liv. Hvordan har jeg blitt påvirket av dette, og evner jeg å sette min egen forforståelse til side i møte med deltakerne og datamaterialet? Kan det være at min motivasjon er å fortelle om egen erfaring fra å ha jobbet i mange år med psykisk smerte? Min rolle som sosionom ved avdelingen, er annerledes enn miljøpersonalet. Jeg har ansvar for å følge opp pasienter sosialfaglig, ved å bistå pasienter med kontakt med nav, bydel, og til andre sosialfaglige tilrettelegginger.

Miljøpersonalet jobber tettest på pasienter, og følger opp pasienter som er i behov av døgnbehandling. De jobber dag, kveld, helg og natt. Pasienter innlagt ved akuttpsykiatrien, er i hovedsak i akutte krisetilstander, alvorlig psykotiske, maniske tilstander, eller ved suicidalitet.

Min forforståelse om hva som påvirker personalet, er når de møter pasienter med høyt symptomtrykk, og ikke har tid til å følge opp på en skikkelig måte, og dette fører til at de opplever arbeidssituasjonen vanskelig og slitsom. Kombinasjonen av for høyt arbeidspress og pasienter med høyt symptomtrykk, tror jeg gjør at flere setter spørsmålsteget om de orker å jobbe der, samt at flere faktisk har sagt at de slutter grunnet disse forholdene. Jeg har også en forforståelse om at personalet synes det er vanskelig å utføre tvang, og at det er vanskelig å være på jobb når de du skal hjelpe kan opptre aggressivt, true og angripe deg. Hvordan miljøpersonalet blir påvirket er blant annet en opplevelse av utmattelse, utbrenthet og lite motivasjon på jobb. Samtidig som en erfarer glede og energi når pasienter blir frisk og kan skrives hjem til familieliv og arbeid, og pasienten er fornøyd med oppholdet ved avdelingen. Jeg har også en forforståelse av at det kan være slitsomt å skulle utføre begrensinger mot pasient bestemt av lege / psykolog dersom en er uenig, eksempler på dette kan være at pasienten ikke får ha utgang når miljøpersonalet mener det hadde vært det beste for pasienten.

Dette er jo mye likt hva jeg synes er både vanskelig og bra med min jobb. Har vi de samme opplevelser av hva som påvirker oss? Er det noe som er felles for de fleste i omsorgsyrker, eller vil det komme frem helt andre områder? Det spesielle med psykisk helse, er også at personalet i noen tilfeller må bruke ulike tvangsmidler på pasienter, er til fare for seg selv eller andre. Hvordan påvirker det de ansatte? Er det disse situasjonene som påvirker miljøterapeutene mest, eller er det helt andre hendelser og områder? Jeg forventer å få veldig mange ulike svar og tilbakemeldinger i intervjuene, og har valgt å ha spørsmålene i intervjuet til å dekke flere områder, samtidig som de åpner for at deltakerne skal dele egne opplevelser.

3.3 Lovregler

De lovregler som fremkommer av Helsinkideklarasjonen, som omfatter etiske prinsipper for medisinsk forskning med mennesker er hjemlet i Helseforsikringsloven, Forskningsetikkloven (2006), Personvernopplysningsloven og Personvernombudet for forskning (NSD). Disse lovregler ble fulgt i undersøkelsen.

Forskningsetiske retningslinjer understreker at forsker har et særlig ansvar for utsatte og sårbare grupper. Deltakerne i denne studien møter sårbare pasienter. Jeg skal møte deltakerne ved deres arbeidssted, men skal ikke møte pasientene eller være tilstede på rapporter ved sykehuset. Deltakerne skal ikke bli spurt om kjennetegn eller om pasientens historie, det er et ønske at pasientene er anonymisert. Malterud (2017) poengterer at Helsinkideklarasjonen tar

utgangspunkt i forskning på pasienter, og at den derfor ikke gir samme beskyttelse for deltakerne når det er helsepersonell som står i søkelyset. Hun fremmer derfor viktigheten av at vi som forskere bruker vårt etiske skjønns når vi utfører forskningsprosjekter der våre kollegaer brukes som deltakere.

Studiet ble meldt til, og godkjent av personvernombudet for forskning, NSD – Norsk senter for forskningsdata i forkant av intervjuene. (Vedlegg 1).

I datamaterialet er funnene anonymisert og fremstilt på en måte som sikrer at informantens identitet ikke avsløres. Det ble ikke registrert, koblet eller lagret personopplysninger for å ivareta deltakernes personopplysninger. Alle opplysninger ble anonymisert. Intervjunotater og lydopptak ble merket med tall og bokstaver, og oppbevart i låsbart skap i låst rom.

3.4 Etiske overveielser

Richards og Schwartz lister opp fire former for risiko eller belastning som deltakere kan utsettes for gjennom en kvalitativ studie; psykisk uro, misbruk, fordreining eller gjenkjennelse (gjengitt i Malterud, 2017). I forhold til psykisk uro tenker jeg at tema kan bringe frem ubehagelige følelser hos deltakerne. Jeg etterspør opplevelser, hendelser og følelser knyttet til utførelsen av eget arbeid, og hvordan dette påvirker deltakerne. Det kan oppleves som følsomme temaer, og dersom en ikke opplever at man mestrer jobben, eller har vanskelige følelser og opplevelser ovenfor pasienter eller kollegaer, vil deltakerne dele disse med meg i intervjuet?

Det er viktig å etablere en nærhet under intervjusituasjonen, slik at deltakerne kan føle seg trygg i intervjuet. En færedeltakerne setter seg i ved å delta i et forskningsprosjekt, er og at en sier mer enn en er komfortabel med. Det er også en risiko for at deltakerne føler seg presset til å være med i prosjektet, spesielt dersom deltakeren er helsepersonell og blir spurt av sin leder eller overordnet (Kvåle & Brinkmann, 2009; Malterud, 2017).

Deltakelse i et forskningsprosjekt vil også medføre en fare for å bli mistolket eller feil sitert. Fortolkningen av datamaterialet kan medføre at informanten opplever at svarene er blitt fordreid, og at informanten opplever å miste kontroll over egen historie (Malterud, 2017). For å prøve å unngå at informanten opplever det, vil jeg underveis i intervjuet oppsummere hva informanten sier, for å sikre at jeg har forstått innholdet i svarene, og oppklare eventuelle

misforståelser så langt det lar seg gjøre.

Malterud (2017) poengterer også utfordringen ved at man kan finne data som stiller våre kollegaer i et lite flatterende lys. Det vil kunne bli vanskelige etiske vurderinger om hvorvidt man skal skåne informanten, eller vektlegge motivet om en endret praksis for pasienter.

Det kan også oppleves som en berikelse å være med i et forskningsprosjekt. Muligheten for å snakke fritt om sine opplevelser til en interessert lytter kan også føles godt for deltakeren (Kvale & Brinkmann, 2009).

Min erfaring fra intervjuene var at deltakerne synes det var fint å kunne fortelle om arbeidshverdagen. De uttrykte at det var gøy å stille til intervju. Samtidig ble det ikke bare enkelt underveis i intervjuet. Jeg prøvde å ivareta informasjonen med å gjenta svarene, for å sikre at jeg hadde forstått svaret riktig, for å prøve å sikre deltakerne at de ikke skulle være usikre etter intervjuet på om jeg hadde forstått det som ble sagt. I et av intervjuene fikk deltakeren en følelsesmessig reaksjon når han fortalte om en hendelse med en pasient. Jeg formidlet at vi kunne avslutte intervjuet, men det ønsket ikke deltakeren, og etter en pause fortsatte vi intervjuet. Jeg spurte deltakerne etter intervjuet om hvordan de syntes det hadde vært, og om de ønsket å ta noen forbehold, eller om de syntes noe var ubehagelig. Samtlige sa de hadde det fint i etterkant og flere sa det var godt å få snakke om arbeidssituasjonen. Deltakeren som hadde hatt en følelsesmessig reaksjon, sa det var fint å få dele opplevelsene, men at det også var slitsomt. Han ble spurt om han ønsket å trekke seg, men ønsket at intervjuet skulle brukes.

3.5 Utvalg og rekruttering

I kvalitative undersøkelser baseres utvalget på hensiktsmessighet, og målsettingen er at materialet skal ha potensiale til å belyse problemstillingen som har blitt reist. Det ble derfor planlagt et strategisk utvalg (Johannessen et al, 2010). Et strategisk utvalg er sammensatt med målsetting om å belyse mest mulig det vi ønsker å finne ut av, og jo mer vi vet om feltet vi ønsker å forske på, jo større blir er sannsynligheten for at utvalget vil kunne gi et fylldig data grunnlag (Malterud, 2017).

Jeg ønsket å intervju ansatte som jobber som miljøterapeuter i en akuttpsykiatrisk avdeling, og ønsket å snakke med personalet som var i fast jobb. Jeg hadde ikke strenge utvalgsriteriet,

men krav om at deltakerne skulle ha fast jobb, ha en relevant fagbakgrunn og helst ha jobbet i over 5 år. Jeg brukte nettverket mitt for å rekruttere deltakere, ved at jeg kontaktet en studievenninne som jobber som kvalitetskoordinator ved et sykehus på Østlandet til hjelp med å rekruttere deltakere. Jeg sendte informasjonsskriv, samt samtykkeskjema (vedlegg 2) som hun viderefremidlet til kollegaer. Jeg ønsket å intervju personalet ved flere avdelinger enn et sykehus, og brukte tilsvarende metode for å finne deltakere i Oslo. Jeg tok kontakt med leder ved en psykiatrisk avdeling i Oslo, sendte informasjon om prosjektet og spurte om hjelp til å finne deltakere. Jeg fikk en deltaker som ønsket å stille her også.

Utvalget besto av 5 stykker, 2 kvinner og 3 menn. Den ene kvinnen ble sykemeldt, og trakk seg fra intervjuet.

Deltakerne formelle utdanning var sykepleiere og en vernepleier, med relevant videreutdanning. En av deltakerne var i tillegg til sin jobb, i videreutdanning med psykisk helse da han ble intervjuet. De hadde i snitt jobbet 6 år ved akuttpsykiatrisk avdeling.

3.6 Gjennomføring av intervjuene

Kvale & Brinkmann (2009) vektlegger trening og erfaring med å utføre intervjuer som en forutsetning for god forskning innen denne tradisjonen. Jeg planlagte å gjennomføre et pilotintervju før jeg startet å intervju deltakerne i prosjektet, både for å trene meg på å intervju, men også for å få tilbakemeldinger på spørsmålene i intervjuguiden. Jeg hadde laget en semistrukturert intervjuguide, i samarbeid med veileder (vedlegg 3). Intervjuguiden inneholdt tema jeg ønsket kunnskap om, samtidig som spørsmålene åpnet for at deltakerne kunne bestemme hvilke hendelser de opplevde som viktig.

Etter pilotintervjuet fant jeg ut at jeg måtte trene litt mer på intervjusituasjonen. Selv om informanten var en kollega jeg kjenner, opplevde jeg at det var en uvant form for meg. Jeg ble nervøs og synes samtalen ble knotete og vanskelig. Når informanten svarte «vet ikke» på spørsmål, hadde jeg ikke erfaring eller kunnskap til å greie å hente frem noe annet, men gikk raskt videre til neste spørsmål. Jeg fant ut at jeg måtte være mer undersøkende og huske på å oppklare om jeg hadde forstått svarene korrekt, da det ble brukt begreper som kan ha ulik betydning fra person til person. Jeg endte opp med å ha tre pilotintervju. Jeg endret ikke på spørsmålguiden etter erfaringene, men lagde meg en del hjelpespørsmål under de ulike spørsmålene der jeg fikk erfaring med at det var nødvendig.

Ved å ha øvd meg på intervjuet, følte jeg meg trygg på spørsmålene og i intervju situasjonen da jeg begynte å intervju deltakerne. Kvale & Brinkmann, (2009) beskriver viktigheten av å skape en trygg og avslappet atmosfære, samt etablere en relasjon og tillitsforhold til deltakerne. Ved å være trygg i intervjusituasjonen, ønsket jeg at deltakerne skulle føle seg komfortable i møte med meg. Intervjuet ble innledet med en debriefing (Malterud, 2017). Situasjonen ble definert, jeg presenterte min rolle og meg selv, hvor jeg jobbet, hva som er bakgrunnen for og hensikt med prosjektet, samt viste takknemlighet over at de ønsket å delta.

Intervjuene ble gjennomført som en samtale mellom meg og deltakerne. Når forsker innhenter kvalitative data gjennom samtale, vil konteksten omkring samtalen være en viktig ramme for å fremme kunnskapsproduksjon (Malterud, 2017). Jeg tilbudte meg å gjennomføre intervjuene der deltakerne ønsket, og på de tidspunkt som passet best for dem. Dette for å minimere deltakernes ulempe ved å delta i undersøkelsen. Deltakerne valgte å gjennomføre intervjuene på arbeidststedet i deres arbeidstid, i samarbeid med leder på posten.

Jeg gjennomførte intervjuene individuelt og ansikt til ansikt. Ved å intervju personer om hvordan de blir påvirket av å jobbe med pasienter med alvorlig psykiske lidelser, var jeg forberedt på at det kunne komme reaksjoner hos deltakerne. Jeg ønsket å kunne ta ansvar for, og fange opp disse reaksjonene med det samme, fysisk tilstedeværelse ble derfor vurdert å være etisk riktig. Det kom også temaer i samtalen som ble følsomme for deltakerne, spesielt en av deltakerne som nevnt tidligere. Ved at jeg selv jobber med de samme pasientene og under de samme rammene, mener jeg at samtalen ble god og trygg ved at jeg har en forståelse for de temaene som beskrives som vanskelig. Samtidig er jeg fremmed som spør om viktige og nære opplevelser i deres liv, dette kan hindre deltakeren å fortelle om vanskelige hendelser eller reaksjoner.

Jeg avsluttet alle intervjuene med å spørre om det var noe jeg burde spurt om, eller om det var noe de ønsket å fortelle før vi avslutter. Dette for å sikre at det ikke satt inne med noe som deltakerne ønsket å videreformidle om tema.

Etter intervju kan det oppstå anspenhet, angst eller tomhet hos deltakerne (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg informerte om muligheten til å kontakte meg dersom de i ettertid hadde noe å tilføye, eller dersom deltakerne angret eller ønsket å trekke seg.

Det ble brukt båndopptaker i intervjuet. Dette ble avklart med deltakerne i forkant av intervjuet. På denne måten kunne jeg konsentrere meg om intervjuets emne og dynamikk (Kvale & Brinkmann, 2009). Ingen informasjon blir brukt i studien fra samtalene før og etter båndopptakeren var slått på og av.

I forkant av intervjuene, hadde jeg hatt tre pilotintervjuer, noe som gjorde at jeg følte meg trygg i intervju situasjonen. Jeg opplevde allikevel stor forskjell på egen væremåte og trygghet fra det første intervjuet og til det siste. Etter tre intervju følte jeg meg trygg på å mestre intervjuguiden på en ukjent person. Jeg hadde nok undervurdert faktoren om at jeg skulle få deltakerne til å fortelle åpent om egne følelser. Selv om jeg syntes deltakerne delte mye og var åpen i samtalen, hadde de jeg intervjuet fra egen jobb vært mer beskrivende. Noe som selvfølgelig ikke er rart, men kanskje jeg ikke hadde tenkt nok over det i forkant, eller forberedt meg selv på det.

4.0 ANALYSE

4.1 Transkripsjon

Data må bearbeides for å bli tilgjengelig for analyse. Det er viktig å anerkjenne at transkripsjon i en kvalitativ analyse inngår som en del av fortolkningen, da de mønstrene vi finner avhenger av hvilke mønstre vi evner, og har mulighet, til å lese og anerkjenne (Malterud, 2017).

Intervjuene ble transkribert så ordrett som mulig, med lyder som latter, «hmmm» etc, over fra lydfiler til word dokument. Jeg utførte transkriberingen selv, fordi det var jeg som var tilstede under intervjuene, og dette gir den beste muligheten til oppklaring av uklarheten ved hjelp av hukommelsen. Dette styrker validiteten av analysematerialet (Malterud, 2017).

Transkriberingen gjorde at jeg gjenopplevde intervjuet, og førte til nye oppdagelser i samtalen. Det transkriberte materialet utgjør 50 sider.

4.2 Analyseprosessen

Analysen skal bygge en bro mellom rådata og resultater ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet (Malterud, 2017). Jeg har brukt Malteruds (2017) bearbeiding av Giorgis analysemetode Systematisk Tekstkondensering for å bearbeide intervjuopptakene.

Formålet med denne analysen er å utvikle kunnskap om deltakernes egne erfaringer og livsverden innen et gitt område. En leter etter essensen av de fenomener de opplever gjennom å sette forskerens egen forforståelse til siden i møte med de nye dataene. Metoden anses som en fenomenologisk analyse, men forutsetter ikke omfattende kunnskap om fenomenologisk filosofi (Malterud, 2017).

Analysen består av fire ulike steg. Etter transkribering søker en å danne seg et helhetsinntrykk av dataene, for så å bryte materialet ned til meningsdannede enheter. Deretter forsøker en å abstrahere enhetene inn i større kategorier for å se om en kan sammenfatte meningsinnholdet inn i større abstraherbare kategorier (Malterud, 2017).

Systematisk tekstkondensering har som mål å dra ut essensen av det som undersøkes.

Metoden tester ikke ut hypoteser, men søker å forstå og fortolke deltakerens konstruksjon av mening, og ut ifra dette skape teori ut ifra dataene (Malterud, 2017).

4.2.1 Første trinn – å få et helhetsinntrykk

I trinn en leste jeg alle intervjuene for å danne meg et helhetsbilde. I følge Malterud (2017) skal en først oppsummere når all teksten er lest, for så å lage en overkommelig oversikt over de tema som fremkom i materialet. Det er viktig at lesingen gjøres så nøytral som mulig, uten å forsøke å ta stilling til innholdet og forsøke å se sammenhenger. Etter å ha lest alle intervjuene, kan en spørre seg selv om det er noen foreløpige temaer som trer frem

Jeg synes det var vanskelig å være nøytral til temaet, da jeg hadde vært i prosessen i lang tid, ved å arbeide frem intervjuguide, gjennomføre intervju og transskribere intervjuene. Det var allikevel noen tema som kom tydeligere frem i intervjuene: Det spesielle og unike med alle pasientmøtene, det komplekse ved tvangsbehandling, opplevelse av trygghet / utrygghet og at det er spesielt med å jobbe ved akutt psykiatri.

4.2.2 Andre trinn – å identifisere meningsbærende enheter

Det neste trinnet består i å sortere. Her skal det relevante skilles fra det irrelevante i forhold til fremkommet i materialet. Dette gjøres ved å velge ut deler av teksten, som sier noe om temaene, som ble identifisert i trinn 1.

Her leste jeg linje for linje med det mål om å kartlegge de meningsbærende enheter og tekstdeler, med tanke på problemstillingen. Jeg brukte farger i teksten, samt lagde egne ark hvor jeg satte inn de ulike tema og kodene. Dette ble gjort i flere omganger, da flere av de meningsenhetene hadde innhold som betød at de kunne plasseres flere steder. Mange steder markerte jeg samme ulike farger på samme innhold.

4.2.3 Tredje trinn – å abstrahere innholdet

I analysens tredje trinn overføres deltakernes erfaringer som er identifisert med fargekoder til de meningsbærende enheter sortert i subgrupper. Disse subgruppene er utgangspunktet for analyseenhetene. Subgruppene skal vise en beskrivelse av det konkrete innholdet fra deltakerne og skal gjenfortelle innholdet. Når en lager subgrupper, tolkes teksten med et faglig perspektiv, her er det ikke krav om å legge sin forforståelse til side (Malterud, 2017).

Etter å ha dannet subgrupper til de meningsbærende enhetene, skal innholdet kondenseres. Det betyr at essensen skal trekkes ut. Verktøyet for å få det til, er å lage kunstige sitater. Dette er utsagn, ikke nødvendigvis hentet ordrett fra intervjuene, men som inneholder summen av

innhold fra de meningsbærende enhetene. Deretter lages det Malterud kaller «gullsitat» et sitat for hver subgruppe som best mulig beskriver innholdet i datamaterialet som hører til under denne subgruppen (Malterud, 2017).

4.2.4 Fjerde trinn – å sammenfatte betydningen

I det siste trinnet av analysen ble kunnskapen fra hver enkelt kode og subgruppe sammenfattet ved å lage utdrag av deltakerens fortellinger. Beskrivelsen skal vise hva materialet sier om problemstillingen. I dette trinnet skal teksten formuleres sammenhengende slik at en utenforstående kan lese sammenhengen. Sitater fra deltakerne illustrerer beskrivelsen. På dette trinnet justeres også kodegruppene, kanskje trengs en annen overskrift enn den foreløpige som kom frem i første trinn. Trinn fire består i å skrive ut funnene (Malterud, 2017).

Når de fire trinnene er gjennomført, er det tid for validering av funnene. Dette gjøres ved å systematisk lete etter selvmotsigelser og data som kan opponere mot egen konklusjon (Malterud, 2017).

4.2.5 Illustrasjon av analyse

Her er en beskrivelse hvordan jeg har gått frem i analysen. Jeg har plukket ut et utsnitt av materialet, og gått gjennom de fire steg i systematisk tekstkondensering. Dette er et kort utsnitt, for å vise hvordan jeg har brukt metoden i materialet.

Tekstutsnitt:

Det var innlagt en ung dame, som var en veldig *vanskelig å behandle*. Jeg vet ikke hvor mange personskader vi hadde, hun var veldig *voldelig mot oss, det var slag og det var spark og det var kasting av ting og trusler*. Vi var bare; nå må vi gjøre noe, når kan vi gi henne medisiner, dette går ikke. Så ble det besluttet at neste gang hun utagere må vi gripe inn. Jeg var helt enig, det må vi gjøre. Det er innafor. Dette går på sikkerheten løs. Så ender det opp med, at hun i frustrasjon skaller hode i veggen, eller dunker hodet i veggen. Det var ikke så hardt, det var ikke så alvorlig, hun var frustrert. *Så da ble avgjørelsen tatt. Nå er det nok selvskadning, nå må vi gjøre noe. Det er jeg ikke enig i. Det var flere ganger jeg kunne blitt med å gjennomføre tvangsmedisinering, men ikke på dette. Det er ikke innafor*. Det at hun dunker hodet litt i veggen, fordi hun er litt frustrert, at vi da skal dra henne med makt, og sette den sprøyta. Men beslutningen var tatt, og da hun ble informert om det, så

samarbeidet hun. Da ville hun ha medisiner. Man kan jo diskutere hvor mye hun egentlig ville da, men hun trengte virkelig de medisinene. Hun hadde ikke sovet på.., vet ikke hvor lenge. *Men hadde hun sloss mot, da hadde jeg nektet. Det gjør jeg ikke, ikke på det grunnlaget her.* Det er ikke alvorlig nok. Det skal være skadeavvergende, og dette var ikke skadeavvergende nok. (..) *Tvang er det uansett, hun ville ikke ha medisiner. Men det er ikke verd det, at vi går inn masse folk og holder henne nede på grunn av det der. Det er det ikke verd.*

Trinn 1:

Gjennomlesing med åpenhet for temaer. Under lesning forsøker man å legge sin egen forforståelse til side, for å se om noen spesielle temaer som kommer frem.

Observasjoner, ting som trer frem, mulige temaer

Vanskelige å behandle, utsatt for trusler og vold på jobb, utøve tvang, uenighet i beslutning, kjenne hva som er riktig og galt. Uenighet i beslutning.

Mulige temaer:

- Å utøve tvang
- Hjelp pasienter mot deres vilje
- Å bli utsatt for slag og spark på jobb
- Å bidra til noe en syns er feil

Trinn 2:

Her skal meningsbærende enheter identifiseres, og sorters under tema. I eksempelet har jeg understreket med kursiv det jeg har funnet som meningsbærende enheter. Det er en avveining hvor mye som skal være med. I min gjennomgang av materialet brukte jeg ulike farger for å sortere.

Trinn 3:

Her kondenseres innholdet med et faglig perspektiv. Temaene redefineres, og det lages subgrupper. Her lages kunstige sitater som skal fange essensen fra innholdet. Malterud kaller dette for «gullsitat».

I mitt eksempel kunne tema for eksempel vært: Den vanskelige tvangsbehandlingen, med subgruppe: å være uenig i avgjørelser, å behandle pasienter mot deres vilje. Der et gullsitat under å være uenig i avgjørelser kunne vært:

«Jeg kan ikke bli med på å utøve tvangsmedisinering med makt på en pasient når jeg mener at grunnlaget ikke er tilstede. Det er det ikke verdt. Det ville jeg ha nektet»

Trinn 4:

Her sammenfattes funnene i en sammenhengende tekst, som er konstruert med temaer og subgrupper. Trinn 4 vil si «å skrive ut funnene», noe som er gjort i kapittel 5.

4.3 Metodediskusjon

4.3.1 Pålitelighet og gyldighet; reliabilitet og validitet

Begrepene reliabilitet og validitet er sentrale for å vurdere forskningsmetode. Men ifølge Kvale og Brinkmann (2009) kan man ikke bruke validitet og reliabilitet helt på samme måte i kvalitativ forskning som i kvantitativ forskning. Reliabilitet handler om målsikkerhet, og dersom en kvantitativ studie har god reliabilitet vil en få det samme resultatet hver gang en måler. I en kvalitativ studie vil en aldri kunne foreta to identiske målinger, fordi møter mellom mennesker ikke kan repeteres på en slik måte. Reliabilitet, eller påliteligheten, ved en kvalitativ studie vurderes uti fra datainnsamlingens konsistens og troverdighet (Kvale og Brinkmann, 2009). Validitet, eller pålitelighet, handler om hvor godt metoden klarer å undersøke det man har til hensikt å undersøke. I motsetning til for reliabilitet handler ikke validitet om innsamling av data, men om tolkningen av dem. Valideringsarbeidet handler i kvalitativ forskning om å ha et bevisst forhold til egen påvirkning av materialet.

4.3.2 Metodiske refleksjoner og datakvalitet

Validitet og reliabilitet er knyttet til om kunnskapen som fremkommer fra denne studien kan anses som gyldig og pålitelig, samt om kunnskapen som erverves har overføringsverdi (Kvale & Brinkmann, 2009). Oppgavens validitet viser seg i om den valgte metoden undersøker det den er ment å undersøke. Er metoden egnet til å fremskaffe kunnskap som forskeren er ute etter, og er intervjuguiden utformet til å etterspørre kunnskapen som søkes?

Gyldighetsarbeidet foregår også ved at forskeren har et bevisst forhold til egen påvirkning av materialet, og at en hele tiden sjekker om en har påvirket sine funn for å hindre ensidighet og vridde tolkninger.

Hensikten med studien er å finne ut mer om hvilke opplevelser som gjør mest inntrykk og hvordan disse påvirker personalet med daglig virke i psykiatriske avdelinger. Psykisk

helsearbeid er på mange måter å fremme en eller annen form for endringsprosess. En hjelper skal lete med pasienten etter elementer som kan bidra til økt livskvalitet og bedre helse. Kvalitativ metode bygger på teorier om menneskelige erfaringer (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk) Målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener, slik det oppleves for de involverte selv, innenfor den naturlige sammenheng (Malterud, 2017). Det individuelle forskningsintervjuet er egnet for å samle data om individets livsverden og den rikeste kunnskapen vil vise seg dersom en greier å dele erfaringer ved hjelp av konkrete hendelser som hadde en spesiell betydning (Malterud, 2017). I denne studien har deltakerne delt opplevelser som har hatt en spesiell betydning, og som kan ha påvirket de i jobb og privat liv. Samtidig må det også vurderes om personlig intervju er den beste måten å få kunnskap om personlige opplevelser, da det kan være vanskelig å formidle sårbare erfaringer hos seg selv eller kollega til en forsker. Et spørreskjema der det også er mulighet for å skrive egne beskrivelser kunne ha vært vurdert brukt i en tilsvarende undersøkelse.

Forskerens agenda, erfaring og bakgrunn påvirker formen data blir innsamlet på og forskningsprosessen. Jeg har selv lang erfaring fra å jobbe med mennesker med alvorlige psykiske lidelser, egne oppfatninger om hvordan dette påvirker meg. Min erfaring vil ha innvirkning på oppmerksomheten i studien og i intervjuene. Det handler om å være seg dette bevisst.

Malteruds (2017) beskrivelse av refleksivitet gir en god pekepinn på hvordan forskeren kan jobbe med eget materiale. Refleksivitet handler om forskerens forutsetninger og tolkningsramme, det er en aktiv holdning som omhandler forskerens evne, og vilje, til å sette spørsmålstegn ved egne fremgangsmåter og konklusjoner. Det handler om at forskningen skal vise det vi finner, ikke alt det vi bærer med oss. Malterud formidler at forforståelsen motiverer oss til å innhente ny kunnskap, men den kan også begrense horisonten dersom forskeren ikke evner å ha et refleksivt blikk på eget materiale.

Jeg jobber selv i psykiatrien og er selv påvirket av ulike hendelser på arbeidsplassen. Denne erfaringen er både positiv og negativ. Jeg har selv erfaringer og meninger om hvordan helsepersonell blir påvirket. Både i intervju og utformingen av intervju spørsmålene har denne erfaringer påvirket studien. I intervjusituasjonen kunne jeg raskt relatere meg til hendelser som ble beskrevet, uten å bli overveldet eller sjokkert. Jeg synes selv at å snakke om

tvangsbruk til personer som ikke er kjent med dette, kan være komplisert. Når deltakerne snakket om dette, mener jeg å vite hvor komplisert dette er for de fleste som jobber med tvang, og deltakerne ga uttrykk for at det var en trygghet at jeg som forsker visste om hvordan hverdagen kan være i avdelingen. Samtidig kan dette utgangspunktet ha hindret at jeg etterspurte og oppklarte ulike utdypinger, da jeg brukte min egen referanseramme i forståelsen. Dette kan ha vært ulikt fra hva deltakerne mente. Gjennom transkriberingen var jeg oppmerksom på dette, og har lett etter om det er utsagn fra deltakerne der jeg ikke har fulgt opp utsagn de delte. Jeg har ikke klart å finne konkrete steder der dette har oppstått, men jeg har blitt oppmerksom på beskrivelser i intervjuene jeg skulle ha fulgt opp med utfyllende spørsmål. Gjennom arbeidet har jeg også blitt oppmerksom på at jeg automatisk begynner å argumentere i tankene mine, når det er funn som ikke stemmer med egen forforståelse. Det har vært viktig for meg å gjennomgå intervjuene og egne funn gjentatte ganger, da egen forforståelse har vært så tydelige tilstede i prosessen. Min veileder har også gått gjennom noen av intervjuene, noe som styrker validiteten i funnene.

Utvalget i studien er på fire deltakere, tre menn og en kvinne. Utvalget er lite. Utvalget er fra to ulike avdelinger, er begge kjønn. De har også ulike alder og erfaring, noe som gir fylde i utvalget. Når det gjelder utvalgets størrelse, så er ikke det avgjørende prinsipp i kvalitative studier, for store utvalg kan medføre at materialet blir uoversiktlig og analysen overfladisk. Samtidig er det i mindre prosjekter vanlig med 10 – 15 deltakere, og flere deltakere kunne gitt studien mer omfangsrikt materialet (Malterud, 2017). I denne studien har begrenset med tid, ressurser og oppgavens omfang vært det styrende. Datamaterialet i denne studien anses som rikt, og resultatene ansees som gjenkjennbare hos helsepersonell som jobber i akuttpsykiatrisk avdeling med mennesker med alvorlig psykisk lidelse.

4.3.3 Gyldighet av analysen og relevans

En tolkning av kvalitative intervjuer forutsetter en viss subjektivitet i analysen. Hva som er viktig og ikke, vil bygge på vurderinger som forskeren gjør. For at en skal kunne snakke om gyldighet, må tolkningen gjøres på en måte som er troverdig og som leseren kan følge (Kvale og Brinkmann, 2009). Analysen, systematisk tekstkondensering passer til masteroppgavens datamateriale. Analysemetoden er systematisk, og den viser i de ulike trinnene hvordan datamaterialet blir vurdert og hvordan resultatene blir til. Jeg har i analysen forsøkt å sette til side min forforståelse, ved å ha en ekstra tanke for om resultatene kommer fra datamaterialet,

eller om det er fra forskerens hode. Jeg mener jeg har behandlet dataene så samvittighetsfullt jeg har evnet, og har forsøkt å vise de betingelser den fremlagte kunnskapen er utviklet under (Malterud, 2017).

Relevans handler om hva studien kan brukes til (Malterud, 2017). Hva kan resultatene brukes til? Malterud (2017) formidler at det ikke lenger er nok med den aristoteliske «kunnskap for kunnskapens skyld». Hun viser til at medisinske publikasjoner setter krav til at studier skal tilføre ny kunnskap, og at de skal bringe ny erkjennelse som kan brukes eller lede til noe annet. I min studie er fokuset på helsepersonell ansatt i akuttpsykiatri. Hva som oppleves utfordrende og motiverende i møte med mennesker med alvorlig psykiske lidelser, burde alltid være gjenstand for refleksjon og diskusjon, og kan være gode spørsmål å stille for å finne alternative løsninger til hvordan en kan hjelpe på best mulig måte. For å gi god behandling til våre sykeste, er det helt nødvendig å ha gode, motiverte og omsorgsfulle helsearbeidere som ønsker å jobbe i akuttpsykiatrisk avdeling. For å kunne legge til rette for at helsepersonell ønsker å fortsette, er det viktig med kunnskap om deres erfaringer.

En vanlig innvendig mot intervjuforskning er at det er for få deltakere til at resultatene kan generaliseres (Kvale og Brinkmann, 2009). Overførbarhet vil alltid ha sine begrensinger i både kvalitative og kvantitative undersøkelser (Malterud, 2017). Hensikten med studien har vært å fremskaffe kunnskap om hva helsepersonell på akuttpsykiatrisk avdeling erfarer som utmattende og hva som er motiverende. Resultatene må ses på som deres individuelle opplevelser, samtidig som helsepersonell som jobber ved tilsvarende avdelinger vil kunne relatere seg til funnene i oppgaven.

5.0 RESULTATER

I analysen kom det frem to tema, med to subgrupper. Disse er presentert i tabell.

Tema	Subgrupper
Å møte galskap	Å bli sterkt berørt Å vokse som menneske
Å føle å ikke ha kontroll	Å være utrygg Å være i tvil

5.1 Å møte galskap

«Mange av pasientene som kommer til oss er så veldig syke. De er forvirret, redd, de skjønner ikke hva som skjer. Før jeg begynte i akuttpsykiatrien visste jeg ikke at det gikk an å bli så syk. Eller, jeg visste det jo, men det er annerledes å oppleve det i praksis. Jeg husker første gang jeg så en som griset med avføring. Det var så sjokkerende at en ung, kul gutt kunne gjøre slikt. Det er ikke ofte jeg har opplevd det altså, men jeg husker godt den første gangen».

Flere av deltakerne ga uttrykk for en opplevelse av at de fikk møte pasienter i en helt spesiell situasjon hvor de er på sitt mest sårbare, gjør sterkt inntrykk. Andre deltakeren beskrev pasientene som spennende og unike, og kunne oppleve pasienter som helt særegne og de erfarte de var svært interessant å bli kjent med. Tre av deltakerne beskrev at de opplevde at det var betydningsfullt å hjelpe de aller sykeste, og at det var et viktig bidrag å ha ansvar for de pasientene som trenger det aller mest. En av deltakerne formidlet at han trodde mange folk ikke skjønnte hvor alvorlig syke noen kunne bli. Det kunne føles urettferdig når han selv og kollegaer ble fremsatt som slemme i media og i andre sammenhenger, fordi de hadde ansvar for å ivareta pasienter under tvungent psykisk helsevern.

Tema å møte galskap har jeg delt inn i to subgrupper: Å bli sterkt berørt og å vokse som menneske.

5.1.1 Å bli berørt

«Han hadde aldri vært innlagt tidligere, det var første gangen. Han studerte på arkitektthøyskolen, hadde samboer og hadde egentlig alt på stell. Så hadde han blitt psykotisk. Han hadde mista det helt. Han var så redd, han greide ikke å snakke. Han hadde fått sånn tankeblokk, greide ikke å formidle hva han strevde med, eller hva han tenkte. Det var så hjerteskjærende å se».

I denne subgruppen sorteres data der deltakerne beskriver alle de ulike måtene de blir berørt på. Flere beskriver de kraftige ulike symptomene som gjør sterke inntrykk, når pasientene lider av psykose, maniske tilstander, lider av anorexi, har alvorlige depresjoner, eller begår ulike former for selvskading. To av deltakerne beskrev hvordan de hadde kommet inn til pasienter som hadde kuttet seg, og måtte sendes med ambulanse til somatisk akuttavdeling for å overleve. Det var blod overalt på rommet.

Viktigheten av å ha omsorg for, og passe på de sykeste i psykiatrien, jobbe med relasjonen, skape trygghet og gode øyeblikk, anså de som drivkraften til at de ville jobbe ved akuttpsykiatrisk avdeling. Samtidig ga spesielt en av deltakerne uttrykk for hvor vanskelig det er når de ikke greier å hjelpe. *«Det er ikke alltid vi greier å hjelpe. Systemet fungerer ikke alltid. Av og til syns jeg at det sies svært ofte at han ikke er motivert for behandling, og må gå en runde til. Jeg vet ikke, jeg tenker det selv av og til også. Det gjorde jeg faktisk ikke før, da syntes jeg det var forenelig med dårlig behandling. Rart, har egentlig ikke tenkt på at jeg har forandret meg på dette området før.»*

Å bli sterkt berørt handler i tillegg om de livshistoriene pasientene har med seg, og deler med deltakerne. Ved å komme så nær et annet menneske som deltakerne beskriver at de gjør, formidler deltakerne øyeblikk eller opplevelser av fellesskap beskrevet som sterke mellommenneskelige møter. En av deltakerne sa at nærheten de kunne oppleve sammen med en pasient vanligvis var forbeholdt familie, og det er spesielt å få oppleve slike møter med andre. Flere av deltakerne beskriver at de hører om hvordan mange av pasientene lever livet. Pasienter beskriver ensomhet og at de strever i livet. Å bli berørt handler om å bli en del av andres liv på ulike måter, og la seg berøre av andres smerte. En av deltakerne fortalte om en pasient som dro fra avdelingen med alt han eide i en papirpose. Han visste at han ikke hadde noe nettverk, kun to gamle fosterforeldre som han ikke hadde noe særlig kontakt med. Slike erfaringer fortalte han, var det mange av. De var følelsesladet og gjorde sterkt inntrykk.

Flere av deltakerne beskriver også hvordan de ansatte kommer tett på hverandre, ved at personalet har sterke opplevelser sammen, og viser så mange sider av seg selv i ulike situasjoner med pasientene og ansatte. De kommer derfor nær hverandre på en spesiell måte, ifølge to av deltakerne. En deltaker forklarer det med at de opplever sterke følelser sammen, som adrenalin, redsel og utrygghet, men også glede og absurde situasjoner. De beskriver at det gir en følelse av et fellesskap som de ikke har med andre. Jobbhverdagen er svært annerledes fra deres private liv. En beskrev det på den måten at han kunne jo ikke si noe om jobb grunnet taushetsplikt, men samtidig hadde han behov for å dele noe anonymt med venner dersom det var noe spesielt. Det var imidlertid hans erfaring at det kunne bli rart og at venner ikke skjønnte hva han holdt på med. En konsekvens av dette hadde blitt at han kun fortalte litt om jobben med venner som jobbet i samme bransje.

Noe av det som uttrykkes som det mest motiverende og engasjerende, er når pasientene blir frisk. Det å få oppleve at pasienter er veldig syke når de blir innlagt, og etter dager, uker, kanskje også måneder blir bra igjen, beskrives som veldig viktig. To av deltakerne sa at det var den viktigste årsaken til at de trivdes så godt i akuttpsykiatrien. De to andre ga også uttrykk for det samme, men sa samtidig at det kunne oppleves utmattende med det høye trykket av pasienter som kom og dro. Sistnevnte beskrev at å bli kjent med nye pasienter, og skape kontakt og relasjon i et høyt tempo, var slitsomt til tider.

«Det er så godt å se, pasientene er jo så dårlige når de kommer til avdelingen, møbler kan gå veggimellom. Heldigvis er det ikke ofte vi må gjennomføre tvangsmedisinering, men med han jeg tenker på nå så måtte vi det. Etter noen uker var han nesten helt symptomfri. Det var sommer, og vi lå sammen på plenen med tærne i gresset. Jeg fikk en god klem når han dro. Det er helt utrolig altså. Da tenker jeg at jeg er heldig som får være med på å oppleve dette her».

5.1.2 Å vokse som menneske

«Å jobbe med alvorlig psykisk syke har gjort noe med meg. Positivt altså. Jeg føler at jeg har blitt klokere, at jeg skjønner mer at livet i perioder kan bli for mye for noen og enhver. Tidligere ville jeg nok ha vært litt sånn: «Hva?» sjokkert kanskje dersom jeg fikk vite at noen jeg kjenner hadde blitt innlagt. Nå tenker jeg bare at det er fint de får hjelp, og at det kunne

vært meg».

Å vokse som menneske handler om at deltakerne uttrykker at de får en dypere forståelse for hvordan et menneske kan streve, og ved å bidra til å hjelpe gir dette mye tilbake. En av deltakerne beskriver det sånn at han føler seg så heldig som får så mye tilbake som person i møte med pasientene, han hadde både blitt romsligere og mindre fordomsfull. Noen beskrev også hvordan de utvikler ferdigheter på mange nivå, ved å romme følelser, å kunne løse opp i vanskelige situasjoner. En av deltakerne fortalte om hvordan han var blitt flinkere til å snakke om følelser og vanskelige situasjoner i privatlivet etter å ha jobbet i akuttpsykiatrien noen år. Han beskrev hvordan han har blitt tydeligere for seg selv og de nærmeste. Videre at han hadde skjønt viktigheten av å tørre å si hva han selv har behov for å sette egne grenser.

Å få utvikle seg som menneske handler også om kommunikative ferdigheter, om å lære hvordan egen oppførsel og væremåte kan dempe redsel og aggresjon. Det å oppleve å mestre vanskelige situasjoner gir en god følelse. En av deltakere fortalte at han syntes gode tilbakemeldinger i jobbsammenheng ble så viktig, han opplevde at de gikk på han som person, hans egenskaper ble verdsatt. Samtidig beskrev han at når han fikk negative tilbakemeldinger tok han det til seg på samme måte uten å gå i forsvar. Den negative responsen brukte han til å videreutvikle seg selv, han prøvde å endre seg. Han beskrev det som en viktig verdi for han, å ikke automatisk blåse bort kritikk, men våge å finne ut om kritikken faktisk stemte.

Å vokse som menneske er et uttrykk for summen av de meningsbærende enhetene som deltakere beskrev som utviklende og motiverende i arbeidet. Det som kom mest frem bestod i at de ved å jobbe innen akuttpsykiatri uttrykte at de mente de ble klokere. De fikk en større forståelse for seg selv og andre, de lærte mye om seg selv og utviklet et større refleksivt rom. Det var allikevel ingen av deltakerne som så for seg en hel yrkeskarriere i akuttpsykiatri, det beskrev de som for tøft og slitsomt. Tre av dem hadde ingen planer om å bytte jobbe enda, men en av deltakerne var på vei bort. Alle ønsket å jobbe videre i ulike deler av psykisk helse, men i andre avdelinger eller team.

«Jeg merker jo at jeg er blitt en god samtalepartner gjennom årene. At det er mange som synes det er godt å snakke med meg, på privaten. Jeg opplever jo det som positivt så klart, men jeg må jo passe på at det ikke blir for mye. Jeg greier å si ifra om det hvis det trengs, har blitt god på det, og passe på meg selv og egne behov. Det har jeg lært på jobb. Jeg vet hvor ille det kan

gå hvis man går på bekostning av seg selv. Jeg føler nok at jeg har blitt sterkere av å jobbe i akuttpsykiatrien.

5.2 Å føle å ikke ha kontroll

«Det er situasjoner der jeg ikke føler at vi har kontroll. Det er når det er mange pasienter som har en utfordrende adferd, ved at vi ikke vet hva som kan skje. Det er en ekkel følelse, man kjenner det på kroppen. Det føles om at det kan gå av ei bombe».

I denne kategorien har jeg tatt med data som handler om å oppleve å ikke ha kontroll, både der pasientene ikke evner å ivareta seg selv, og der deltakerne ikke opplever å ha kontroll over egen arbeidssituasjon. Det handler om å være usikker og utrygg på hvordan situasjonen kan utvikle seg. Både i konkrete hendelser på jobb, men også som en tilstand over tid. Ved at det er akuttavdeling, kan endringer og hendelser skje raskt og dagene kan være uforutsigbare. Det handler om kompliserte og ofte motstridende følelser i de situasjoner der det utøves tvang. Jeg har sortert tema under to subgrupper, å være utrygg og å være i tvil.

5.2.1 Å være utrygg

«Det er jo ikke det at jeg ikke er trygg på jobb, jeg føler jo at jeg er det. Men det er ikke alltid jeg synes at sikkerheten er god nok. Vi er for lite personale på jobb. Vi har fått beskjed om at vi ikke kan leie inn ekstra personale på grunn av økonomien. Det fører til at ikke alle tør å leie inn ekstra når det trengs. Dette har bidratt til at ansatte har blitt skada. Alvorlig og».

Denne subgruppen beskrives ved at meningsinnholdet gir et innblikk i hvordan deltakeren i situasjoner kan være utrygg. Her beskrives situasjoner der deltakerne mener de er for få folk på jobb, og dermed er redd for at hendelser skal eskalere. I intervjuene uttrykker de fleste deltakerne at de både er utrygge og trygge på jobb. Deltakerne beskriver at de generelt er trygge på jobb, men at de i noen situasjoner kan oppleve utrygghet. Deltakerne beskriver situasjoner der pasientene er svarte i blikket, de oppnår ikke kontakt, og de må avvise forespørsler om å gå ut, gjøre aktiviteter, eller å få dra hjem eksempelvis. Det beskrives også at hverdagen er uforutsigbar, og ting endres raskt. En av deltakerne beskrev det på den måten at hun aldri vet om hun vil bli skreket til en hel dag, eller blir sittende å drikke kaffe med pasientene og ha det hyggelig.

Å ha kollegaer som de stoler på, samt nok personal på jobb, beskrives av deltakerne som den viktigste faktoren i å oppleve trygghet på jobb. Det gjentas fra alle deltakerne i mange ulike sammenhenger hvor betydningsfullt arbeidsmiljøet er. En beskrev det å ha kollegaer de kunne snakke med, stole på, drøfte faglige dilemmaer med som helt avgjørende for å kunne jobbe i akuttpsykiatri. En annen deltager formidlet det som at de var hverandres sikkerhet. Og at det som gjør arbeidsmiljøet trygt er at han vet at kollegaer kommer til og støtter opp når det blir uro i en situasjon.

Data som handler om å være utrygg, er beskrevet av flere i sammenheng med å ha en uforutsigbar jobbhverdag. En av deltakerne ga som eksempel at det å være på jobb er veldig uforutsigbart, og kan bidra til en utrygg opplevelse. Mens en annen deltaker beskriver det uforutsigbare på jobb og at de ikke vet hva som skjer som det som gjør jobben så spennende

«Vi som jobber her er jo helt avhengig av hverandre, på en helt annen måte enn på et kontor. Det er betydningsfullt at personalet er faglig sterk, at vi kan drøfte situasjoner, at vi har samme forståelse av hva vi skal gjøre dersom noe skjer. Kollegaer må komme til når det er uro, det bidrar til at det blir trygt. I motsatt fall, er det dager der jeg har vurdert situasjonen på avdelingen og tenkt; dette går jo ikke»

5.2.2 Å være i tvil

«Det er heldigvis ikke ofte det skjer, at vi må inn og ta kontrollen over en pasient. At vi må legge en person i belter. Men av og til må vi. Selv om vi gjør alt for å unngå det. Jeg synes det er veldig vanskelig, men av og til er det helt nødvendig».

I denne subgruppen handler det om data som er knyttet til opplevelser deltakeren har med hensyn til å utføre behandling under tvunget psykisk helsevern. Alle deltakerne var tydelige på at det var vanskelig. Det var spesielt tre situasjoner som kom tydelig frem; beltelegging av pasienter, gi medisiner mot deres vilje og utføre tvangssonding. Flere av deltakerne beskrev hendelser som har gjort dype inntrykk.

Å være i tvil beskriver følelsen deltakeren har i situasjoner, ved at de kan være enig i avgjørelsen om at eksempelvis en pasient må få sonde ernæring under tvang, men i situasjonen føles det likevel feil. Refleksjonen som uttrykkes ved at det skal tas stilling til hva

som skal gjøres, uttrykkes som et valg mellom to onder. En pasient som er psykotisk og veldig redd, får ikke i seg mat, og greier ikke å slappe av eller sove. Hva er best å gjøre? En av deltakerne beskrev viktigheten av å holde orden på de etiske dilemmaene som hele tiden oppstår, og ikke gå med på handlinger en mener er etisk forkastelig. En annen informant beskrev at han opplever etiske dilemmaer hver dag, å drøfte disse og holde de etiske prinsippene oppe er viktig.

En av deltakerne beskrev en situasjon der pasienten tydelig ga uttrykk for ikke å ønske den behandlingen som skulle gis, ved eksempelvis å si «vær så snill, ikke gjør det», «jeg vil ikke». I slike og tilsvarende situasjoner beskrev deltakeren gjennomførelsen som utfordrende. De beskrev det som at det føltes så feil, og at det ikke kjennes riktig i det hele tatt. Tvilen var ikke nødvendigvis til om behandlingen skulle gjennomføres, men til om når, hvordan og på hvilken måte. Samtidig beskrev en av deltakerne en situasjon han nylig hadde vært i, at han ville ha nektet å delta i en eventuell tvangsmedisineringssituasjon, dersom det hadde blitt nødvendig å holde fast pasienten. Dette fordi han mente det hadde vært et for stort overgrep mot pasienten på bakgrunn av den aktuelle episoden.

Å være i tvil samler refleksjonene deltakerne gir uttrykk for at de har i ulike situasjoner. De spør seg selv om de gjør de riktige avgjørelsene, og de formidler at de har en opplevelse av å ikke gjøre nok for pasientene. Flere uttrykker at utviklingen har blitt at de er færre på jobb, og de opplever at strukturelle utfordringer fører til dårligere pasientbehandling. En av deltakerne beskrev det som at han føler de driver med brannsløkking, og at det oppleves utmattende når hans opplevelse er at han kunne gjort så mye mer for pasienten. Han fortalte at de ikke lenger har tid til å reflektere sammen hva som var best for pasienten, men fordeler oppgaver etter beste evne. Han fortalte også at han var på vei bort fra akuttpsykiatrien, at han nå ønsket å gjøre noe annet, at det begynte å bli nok.

«Det er veldig vanskelig når vi ikke greier å nå frem til pasienten. Når pasientene er så psykotisk oppløst at de ikke skjønner hvem de er, eller hvem vi er. De kan være så redde, og tro at vi skal drepe de. Så de prøver å rømme da, naturlig nok egentlig. Men vi må jo holde de, vi kan ikke la de dra, da kan de jo forkomme. Det er vondt å holde pasienter nede, og legge de i belter. Uansett hvor riktig jeg tenker det kan være, så er det vanskelig. Vi er så mange. Da er det veldig godt når pasienten blir bedre, og vi kan snakke om situasjonen og spørre om det er noe vi kunne gjort annerledes».

6.0 DISKUSJON

Hensikten med studien er å utvikle fordypet kunnskap om helsepersonells erfaringer og hvordan de blir påvirket av å jobbe på akuttpsykiatrisk avdeling med pasienter som lider av alvorlig psykisk lidelse. Gjennom tolkningen, analysen fra den systematiske tekstkondenseringen i tema og subgrupper, kom omtanken for pasientene, de sterke opplevelsene, og de etiske dilemmaene frem i materialet. Funnene vil forstås i lys av det teoretiske rammeverket, med et ekstra fokus på den etiske fordring og ansvaret for den andre.

6.1 Å møte galskap

Å bruke galskap som begrep for å beskrive pasienter på akuttpsykiatrisk avdeling, kan for noen oppfattes sårende eller nedsettende. Det er forfatteren som har brukt dette begrepet, med bakgrunn i hvordan deltakerne beskriver sin arbeidshverdag. Det er ikke omtalt som nedvurderende fra deltakernes side, jeg brukte tidligere i analysen betegnelsen «å møte psykisk smerte». Deltakerne beskrev pasientens smerte og sårbarhet gjennomgående i intervjuene. Når jeg allikevel falt ned på å bruke «å møte galskap» som tema, er det fordi jeg mener det gir et riktigere bilde på opplevelsen deltakerne beskrev i sin jobbsituasjon. Det er mye galskap, og med det menes høyt trykk av symptomer som gjør pasienten redd og sårbar, men det er også mye humor, latter og gode samtaler mellom pasienter og ansatte, og mellom pasienter, og ansatte imellom. Beskrivelsen av pasienter eksempelvis i manisk fase oppleves ikke alltid av deltakerne som smertefyllt, men heller med veldig mye energi og høyt tempo. De ulike betegnelse og begreper skaper et bilde om hva man legger i et begrep. Jeg legger glede, godhet, fasinasjon og humor i begrepet «galskap» i tillegg til det kanskje mange legger i begrepet som ordbokens «mani, demens, psykose, vanvidd og dårskap».

Å møte galskap gjør stort inntrykk, det er tydelig gjennom alle intervjuene at deltakerne blir påvirket i møte pasienter med høyt symptomtrykk. Når Løgstrup skriver om den etiske fordring, ved at et hvert menneske har et ansvar for den andre i møte med den andre, gir dette mening for å forstå opplevelsen deltakerne beskriver i de sterke møtene med pasienter. I omsorgsteorien beskrives omtanken for den syke, og den forpliktelsen hjelperen har til å gi hjelp. I analysen av intervjuene kommer det frem at det gjør sterkt inntrykk å møte sterke følelser og symptomer. Flere av deltakerne ga uttrykk for at jobben bestod i å ta vare på de som trengte det mest, og dette opplevdes som viktig og betydningsfullt. Undersøkelsen til Bachmann et al (2019) beskriver at innlagte pasienter har blitt sykere, med økt symptomtrykk

og mer utagerende adferd.. I deres funn beskrives det en macho kultur ved psykiatrisk avdeling, der det ikke gis rom for å drøfte usikkerhet og redsel. Det samsvarer med ulike beskrivelser fra pasienter innlagt på akuttpsykiatrisk avdelinger, Høie gjengir i sin sykehustale et utsagn fra pasient innlagt i psykiatrien «*Du kan ikke få en brødkive nå, for det var kveldsmat for en time siden*». *Disse unødvendige maktutøvelsene dag etter dag etter dag, gjorde at jeg litt etter litt ble visket ut. Jeg satt igjen med avmakt.* " (fra Høies sykehustale 2019). I mine resultater beskriver deltakerne et ønske om å hjelpe. Denne forståelskløften mellom pasienter og ansattes opplevelse av makt og tvang, er godt beskrevet i «som natt og dag» av Norvoll og Husum (2011). Deltakeren beskriver de ulike dilemmaene pasientens autonomi, og deres overtakelse av kontroll. Deltakerne beskriver deres ansvar som å ivareta pasienter som ikke evner det selv, og dermed opprettholder egen forståelse av at de er ansvarlige hjelpere. Det kan være en måte å beskytte sin egen selvforståelse, da helsepersonellens motivasjon og ønske er å gjøre godt for pasienten (Kristoffersen, 2017).

6.1.1 Å bli berørt

Omsorgsteorien beskriver ansvaret for den syke, og forpliktelsen til å skulle gi hjelp.

Omtanken for pasientene viser seg gjennom de beskrivelsene deltakerne gir av å bli berørt og ønske om å hjelpe. De beskriver de fleste innlagte pasienter som veldig syke, og for mange av pasientene endrer dette seg mye under oppholdet. Den danske filosofen Knut Ejler Løgstrup formulerte makten vi har til å forme mennesker på denne måten: Den enkelte har aldri med hverandre å gjøre uten å holde noe av dette mennesket liv i sine hender. (...) Vi er hverandres verden og hverandres skjebne» (Løgstrup, 1991, s. 37). I hjelper – pasientrelasjonen, er det hjelperen som har ansvaret for å ivareta den syke. Det er et asymmetrisk forhold, der den ene har makten. Det stiller krav til hjelperen om å ikke misbruke makt. Samtidig er det en gjensidighet i forholdet, ved at begge er i relasjon og ikke kan unngå å bli påvirket.

Helsepersonell kan også oppleve relasjoner til pasienter som utmattende, dersom helsepersonell opplever for stort ansvar for pasienten, og ikke evner å sette rammer for oppfølgingen som gis. (Heaslip & Board, 2012). Deltakerne i min studie formidler at de stort sett ikke «tar med jobben hjem», kun i de tilfellene det har vært helt spesielle opplevelser. Pettersen og Hem (2011) beskriver ansvaret som helsepersonalet har av å ivareta omsorg for egen helse, og sette grenser, samt gjensidigheten i relasjonen. Ved å ivareta egne behov, vil det kunne føre til mer robuste hjelpere, som evner å utføre jobben på en adekvat måte. (Pettersen og Hem, 2011). Selv beskriver deltakerne i studien min viktigheten av defusing (samtale om

en vanskelig hendelse kort tid etterpå) og at de vet at andre tar over når de går hjem fra jobb.

Deltakerne i oppgaven beskriver møtene med pasientene som er innlagt som sterke mellommenneskelige møter, der det deles opplevelser og følelser. Mange av pasientene har mistet kontroll over tanker og handlinger. I noen situasjoner settes grenser og det bestemmes over pasientene. Omsorg i en akuttavdeling kan også bestå i å ivareta helt grunnleggende pleie når pasienten ikke greier dette selv. En av deltakerne beskrev at et pasientforløp består i mange faser. Den første er kaotisk og handler om å ivareta og passe på, deretter åpnes rammene mer og mer etter hvert som tilfriskningen kommer. Deltakerne beskriver det som et ansvar å ivareta verdigheten til pasientene ved å ha kunnskap om psykiske lidelser, samt møte de grunnleggende behov på best mulig måte. I omsorgsteorien beskrives lidelse som en kamp mellom friheten og lidelsens trusler, mellom viljen og muligheten. I kampen inngår opplevelsen av å være avskåret både fra seg selv og fra fellesskapet. (Blegen, 2015). I dette landskapet er deltakeren tilstede sammen med pasienten. Det fremkommer som viktig for deltakerne at handlingen som gjøres i en fase hvor pasienten er syk, er sykdommen og ikke en del av pasienten. Det er på den måten deltakerne selv beskriver at de prøver å være det etiske ansvaret bevisst, de beskriver handlingene som en del av symptomene til pasientene, og ikke som en valgt strategi fra pasientenes side. Det kan være med på å hjelpe deltakerne til å ha tro på hjelpen de gir, og at den er riktig. En av deltakerne forteller at han sjelden tenker mye på hendelser som har skjedd på jobben etter arbeidstid. Han forklarer dette med at han opplever å ha gjort sitt beste. De har også gode rutiner for defusing (samtale med kollegaer kort tid etter en utfordrende situasjon) og det er godt å vite at andre tar over når han drar hjem. I masteroppgaven til Thorhildottir (2015) fant hun at de fleste helsepersonell ikke tar krenkelser fra pasienter personlig, og at støtte fra kollegaer og ledelse er viktige mestringsstrategier. Det kan støtte opp under noen av beskrivelsene fra deltakerne i denne oppgaven. Samtidig beskriver en annen av deltakeren at han er sliten av å gi, og beskriver at det går inn på han å møte mye smerte og sinne fra pasienter. På den andre siden, beskriver Isdal (2018) at hjelpere tåler en og to hendelser med vold, men ved den tredje sier det stopp. I arbeidsmiljøundersøkelser anses helse og sosial som risikoyrker grunnet høyt sykefravær. Selv om undersøkelser ikke sier noe om årsakssammenhenger, kan det være verdt å se på hvilken belastning jobben fører med seg.

For å håndtere det etiske ansvaret, er det flere faktorer som må være tilstede. De ansatte må være bevisst sitt etiske ansvar, de må være kjent med ansvar ovenfor pasienten. For å ivareta

ansvaret for pasienten og gi forsvarlig behandling må det være tilrettelagt for å snakke om dette med kollegaer. Viktigheten av dette må være anerkjent blant ansatte og ledelse. (Pedersen og Nortvedt, 2017). Ifølge en av deltakerne er det ikke lenger tid til å sitte sammen og reflektere over etiske problemstillinger, fordi de ikke er nok ansatte på jobb. Det er signaler som kan få betydelige konsekvenser for pasientbehandlingen. Ifølge Isdal (2017) vil hjelpere som ikke har tid til å få snakket om de belastningene de står ovenfor, være i faresonen for utmattelse. Hjelpere lytter til pasienters sterke historier, hvor følelser og smerte uttrykkes med tydelighet og kraft. Dersom rammene ikke ligger til rette for oppfølging av dette, vil det kunne føre til sekundærtraumatisering og utbrenthet (Isdal, 2017). Deltakeren som sa at det ikke lenger var nok tid til å reflektere, fortalte at han var på vei bort fra akuttpsykiatrien. Han fortalte at det gjorde for mye med han til å kunne jobbe i akuttpsykiatrien en hel karriere, samt at han ønsket å ha mere tid sammen med pasienten. Det støttes av forskning som viser at helsepersonell slites mellom egne idealer om god omsorg, og arbeidsplassens krav om effektivitet (Vatne og Fagermoen, 2017) Undersøkelser fra Bakke (2011) viser at en av fire sykepleiere ønsker å slutte blant annet med begrunnelse at de ikke synes de får nok tid til pasienten og til å gjøre jobben slik de ønsker å gjøre den (Bakke, 2011). Samtidig forteller de resterende deltakerne om motivasjon og arbeidsglede, og at tempoet også fører til utfordrende og spennende dager på jobb. De forteller videre om et arbeidsmiljø preget av åpenhet om vanskelige hendelser og ulike dilemmaer de står i. Selv om deltakerne forteller om åpenhet, trenger ikke det å være i motsetning til en macho kultur som er beskrevet fra tidligere forskning. Det kan være at mine deltakere opplever at det snakkes åpent om dilemmaer og vanskeligheter, mens andre ansatte vil kunne oppleve at det ikke er rom får å formidle egen usikkerhet.

6.1.2 Å vokse som menneske

«Å hjelpe gir så mye tilbake til meg» sa en av deltakerne i intervjuet. Deltakerne gir en rik beskrivelse av hvordan det er å jobbe i akuttpsykiatrien med alvorlig psykiatrisk lidelse. Det beriker deres liv. De opplever å bli klokere, får en større forståelse for ulike mennesker og deres livsverden. I møte med pasienter kan fenomenene Martinsen beskriver som livsytringene, tillit, kjærlighet og åpen tale være en del av relasjonen. Livsytringene beskriver Martinsen som livsnødvendig for det levde liv, og at disse er en forutsetning for alt menneskelig liv (Martinsen, 2001). Kjærligheten er en ubegrunnet livsmulighet, og er et menneske gitt. Den viser seg i uselviske handlinger for den andre. Martinsen beskriver

kjærligheten som universell og fundamental fellesmenneskelig. Det er kjærligheten som gjør at mennesket forholder seg til seg selv og en annen (ibid). Drivkraften til sykepleiere som ønsker å bli i yrket beskrives av Kristoffersen (2017) som et ønske om å gjøre noe godt for pasientene og også for en selv. Hennes materialet avdekker en forhåpning fra sykepleieren om at livet skal bli bedre for pasienten. Ansvaret for den andre gir mye tilbake. Mennesker strever etter å klare seg selv. Det gode er relatert til menneskers helse, til å gjøre gode gjerninger for seg selv og andre. De gode gjerninger er gode for en selv (Nortvedt og Grimen, 2009). Et funn fra deltakerne i denne oppgaven, var beskrivelsen om hvor motiverende og inspirerende det var å se at pasientene ble bedre. Flere beskrev denne prosessen som noe av det som ga meste glede ved å jobbe i akuttpsykiatrien.

Helsepersonell er helt avhengig av tillit, og i møte med pasienter vil det å skape tillit være avgjørende for videre kontakt (Binder, 2008) En av deltakerne beskrev å snakke med pasienter og det og skape en relasjon var noe av grunnen for at han ønsket å jobbe i psykiatrien. Å ha livsytringene fremme i møte mellom pasient og hjelper gir ifølge Martinsen perspektiv og dybde i menneskelige relasjoner. Det kan være noe av dette som ligger i det deltakerne beskriver som at de opplever å vokse som menneske. Til tross for at mange pasienter innlagt på akuttpsykiatri strever med relasjon og tillit, av flere årsaker. Både som følger av sin psykiske tilstand, men det kan også være av tidligere dårlige erfaringer. Kan det være at helsepersonellet strever med å oppnå tillit og relasjon i akuttpsykiatri, og når dette oppnås vil kjennes ekstra betydningfullt?

En av deltakerne beskrev hvordan positive og negative tilbakemeldinger gikk ekstra inn på han. Lillevik og Øyen (2014) hevder at rollen som profesjonell yrkesutøver er en sammenflettet kombinasjon av personlige og profesjonelle egenskaper. De beskriver at den personlige kompetansen er en integrert del av den profesjonelle kompetansen, og er ikke mulig å legge av seg i møte med pasientene. De mener at hjelperne må våge å spørre seg selv hvem de er i møte med den andre, da hjelperens væremåte og reaksjonsmønster virker inn på pasientens opplevelse av makt, avmakt og aggresjon. For deltakeren kan det oppleves personlig ved tilbakemeldinger, siden hans personlige egenskaper er vevd inn i den profesjonelle.

Litteratur som beskriver sykepleierens todelte rolle i akuttpsykiatrien, bruker metaforer som ballettdanser og bulldoser. Førstnevnte representerer sensitivitet, åpenhet, dialog og

relasjonsbygging. Sistnevnte beskriver en annen rolle helsepersonellet inntar, der funksjonen er å beskytte posten for kaos som et skjold (Bjørkdahl et al, 2010). Deltakerne beskrev hvordan det å mestre vanskelig situasjoner gir en god følelse. Metaforen beskriver de ulike funksjonene og rollene personalet ved akuttpsykiatri blir tildelt, og hvordan de personlige egenskapene virker inn ved yrkesutøvelsen. Å mestre en kompleks situasjon, vil kunne gi opplevelsen av å vokse som mennesket. I undersøkelser der kulturen i avdelingen beskrives som macho, vil begrep som bulldoser kunne gi gjenklang. Det kan være ulike helsepersonell beskriver situasjoner forskjellige, der en opplever en machokultur, vil andre beskrive det som en nødvendig rolle i en vanskelig situasjon.

6.2 Å føle å ikke ha kontroll

Tidligere forskning har vist at alt fra 50 til 85 prosent av ansatte i psykisk helsetjeneste har blitt utsatt for krenkelser (trusler, aggresjon eller vold) fra pasienter (Atawneh et al., 2003; FAFO, 2009; Svalund, 2009). Det er en forholdsvis høy risiko for at helsepersonell ansatt ved akuttpsykiatri vil bli utsatt for krenkelser. Kriteriene for å bli innlagt i akuttpsykiatrisk avdeling tilskrives ofte at pasientene har et svært høyt symptomtrykk (Berg, 2008).

Deltakerne beskriver en arbeidshverdag som er uforutsigbar, der de ikke vet hva som venter dem når de er på jobb. Håndtering av vanskelig og utagerende adferd er en del av oppgavene ansatte skal ivareta. Deltakerne beskrev dette som en belastning, og noe de opplevde som vanskelig. En av deltakerne beskrev at det var en del av jobben, men det var ikke tvil om at dette gjorde noe med en.

Alle deltakerne beskrev at det vanskeligste med jobben var å utføre ulike former for tvang på pasienter. I tillegg nevnte de situasjonene med korrigerende av adferd, og når situasjoner i avdelingen begynte å eskalere. I en studie på etiske utfordringer av Husum, Hem og Pedersen, (2017) beskriver de at helsepersonell opplever etiske utfordringer innenfor flere områder. Den etiske utfordringen består ofte i å avveie hva som skal telle mest: Pasientens selvbestemmelse, opp mot hva de ansatte vurderer som pasientens beste, det vil si pasientens autonomi versus velgjørenhet eller paternalisme (Husum, Hem og Pedersen, 2017).

Gjentatte opplevelser av uro og støy kan føre til at man tilvenner seg en utrygg situasjon. En vil derfor ikke reagere like sterkt på det når man har jobbet der en stund, enn om man var nyansatt. Flere av hendelsene to av deltakerne fortalte om, hadde skjedd når de var nyansatt. De ga det som en tilleggs forklaring på hvorfor hendelsene gjorde slik inntrykk. Det at

personalet blir mindre sensitive og mindre empatiske kan føre til at pasientene føler seg mindre sett (Vatne, 2003). Relasjonen mellom personalet og pasientene er en viktig del av behandlingen og pasientenes opplevelse av behandlingen. At personalet ikke blir emosjonelt avstumpet, men fortsetter å være sensitive og empatiske, er derfor et viktig mål. Samtidig vil bevissthet rundt egne grenser vesentlig for å unngå emosjonell overbelastning (Pettersen og Hem, 2011).

Muligens er det slik at de ansatte tenker at de ikke skal la en opplevelse av å ikke ha kontroll gå inn på dem, men at de allikevel gjør det. Det fremkommer en dobbelthet hos deltakerne, de formidler at de både er trygg og utrygg. I undersøkelsen til Bachmann viser funnene at helsearbeidere som jobber ved avdeling føler seg trygg, mens helsearbeidere som jobbet hjemme hos pasientene opplevde seg utrygge og utsatte. Det er forskjell på opplevd kontroll og faktisk kontroll (Ogden, 2012). Kanskje er det slik at de ansatte står i situasjoner til en dag hvor det sier stopp. De opplever at de har kontroll over situasjonen når de kanskje ikke har det. Hva som skjer med de ansatte når en det uforutsigbare og uro blir en vane, er vanskelig å si. Kanskje takler de det helt fint, men på den andre siden kan det tenkes at det fører til utbrenthet. Utbrenthet kan føre til at ansatte blir negative, ufølsomme mindre empatiske og distanserer seg fra de som mottar hjelp i psykisk helsetjeneste. Videre kan følelsen av kompetanse og suksess synke (Bang, 2003) En av deltakeren i studien formidlet at det «gjør for mye med meg» å jobbe i akuttpsykiatrien, så han kom ikke til å jobbe så veldig mye lenger der. Han brukte ikke utbrenthet, men «var sliten».

6.2.1 Å være utrygg

Deltakerne beskriver at det er situasjoner på jobb, der de opplever at de er utrygge. Tillit er selve nerven i utøvelsen av helsefaget. Når utryggheten har bredt om seg, er tilliten borte. En viktig del av helsefagets utøvelse, har med det menneskelige nærværet, hvor den faglige omtanken også må være en personlig omtanke for den syke (Martinsen, 2012). Når pasienter har en adferd som innebærer at de har ønsker og krav personalet ikke kan innfri, vil dette kreve et stort spekter av handlingsalternativ fra personalet for å ivareta pasienten. En av deltakerne beskrev en stemning som om det kan smelle når som helst. I omsorgsteorien der livsytringene er tillit, kjærlighet og åpen tale, vil det i disse situasjonene være et mål å gjenerobre dette. For helsepersonell i psykisk helse, vil manglende tillit fra pasienter være åpenbart. Hjelpen som tilbys, er ikke ønsket. En anerkjennelse av manglene tillit kan være

avgjørende for relasjonsskapende, der helsepersonell bruker åpen tale til å bekrefte og anerkjenne pasientens manglende tillit.

Forskning viser at personalet ved akuttpsykiatrisk avdeling bruker et vidt spekter av ulike metoder for å hindre at situasjoner eskaleres. Nyere undersøkelser kan tyde på at helsepersonell ønsker en mer humanistisk fremgangsmåte i møte med den urolige og agiterte pasient (Seierstad, 2018). Deltakerne forteller at de har begrenset handlingsrom, ved at det er satt begrensninger for pasienten, eksempelvis at pasienten ikke har utgang, må være på sykehuset, har begrensninger på drikke og røyk. Deltakerne beskriver også at det til tider er for lite personal, som de tror kunne ha bidratt til å dempe en situasjon. Helsepersonell sin kliniske dyktighet innebærer å alltid være tankemessig tilstede og våken ovenfor pasientens situasjon (Nortvedt & Grimen, 2009). Denne følsomheten, en klinisk sensibilitet er virksom i den terapeutiske handlingen. Deltakerne beskriver en endring i stemningen, i uttrykket hos en pasient, som gjør at de intuitivt merker at pasienten trenger noe. En tidlig tilstedeværelse og mulighet for å hjelpe en pasient, kan hindre vanskelige situasjoner. Når helsepersonell vet at de kunne gjort mer for pasienten, men ikke får mulighet, viser forskning at dette er en faktor som kan føre til utmattelse og utbrenthet (Heaslip and Board, 2012). Samtidig som en mestring vil kunne føre til motivasjon og glede.

Det er ulik forståelse for hva pasienter og personalet mener er riktig og god behandling når det gjelder grenser, makt og tvang (Norvoll og Husum, 2011) Det personalet opplever kan være god håndtering av en situasjon, kan oppleves svært krenkende for pasienten. Når en pasient er sint og roper fordi han ikke får røyke, og blir bedt om å gå på rommet til han roer seg ned, vil en slik situasjon kunne bli vurdert som bra av personalet siden situasjonen ikke eskalerte. Pasientens opplevelse kan at han ble behandlet urettferdig og utsatt for unødvendig makt.

Deltakerne beskriver hvor viktig arbeidsmiljøet og kollegaer er. En beskrev det som helt avgjørende for å ville jobbe på akuttpsykiatri. Ved å være sammen i situasjoner, der følelsene har vært aktivert og der de beskriver at de har vært redd, gjør at forholdet oppleves nært. Å være trygg på jobb handler for deltakerne om å ha kollegaer som de kan snakke med og drøfte faglige utfordringer. De forteller om å ha kollegaer som forstår psykiske lidelser, og håndterer situasjoner. For at de ansatte i psykisk helsetjeneste skal kunne fortsette å være nærværende, støttende og omsorgsfulle mot pasientene trenger de ifølge Bang (2003) nye faglige

perspektiver og metoder. Personlig støtte i form av veiledning og anerkjennelse fra kolleger og ledere. I undersøkelsen til Backmann fremkommer det resultater der helsepersonell ikke opplever støtte fra ledelsen, samt andre deltakere opplever en kultur i avdelingen som ikke innbyr til empatisk støtte. Det beskrives videre i artikkelen viktigheten av å skape et arbeidsmiljø som fremmer refleksjon og omsorg. (Bachmann et al, 2019). Dette samsvarer med det som kom frem i disse intervjuene. Deltakerne forteller at kunnskap, erfaring og sosial støtte hjelper dem med å takle krevende hendelser.

6.2.2 Å være i tvil

Alle deltakerne beskrev at det var veldig vanskelig å utføre ulike former for tvang. Forskning viser at ansatte strever med egne følelser over ubehag ved å være involvert i tvangssituasjoner. Følelser av utilstrekkelighet og det å ikke nå frem til pasientene kan nevnes. Spesielt bruk av belter og tvangsmedisinering kan utløse moralsk stress hos helsepersonell (Norvoll, et al, 2008) Samtidig beskrev deltakerne at de mente det var nødvendig med tvangsbehandling i noen tilfeller, for å redde liv slik en deltaker beskrev det. De beskrev tvilen ved blant annet de motstridene følelsene, de var enig i behandlingen, men det føltes allikevel feil. I omsorgsteorien er det relasjonene mellom hjelperen og pasienten som utgjør det moralske fundamentet. Det viser seg i hvordan vi møter den andre og vårt ansvar overfor den andre. Å overta kontrollen med den hensikt å redde liv, kan fremstå som det riktige å gjøre. Men hva når det ikke fører frem? Når hjelpen ikke fungerer? En av deltakerne beskrev hendelsen som gjorde mest inntrykk, som en situasjon der mye tvang har blitt brukt, og det ikke hjalp.

Norvoll og Husum (2011) beskriver i sin artikkel «som natt og dag?» at deres undersøkelse viser at pasienter som blir utsatt for tvang, opplever begrensinger og korrigeringer mer negativt enn det helsepersonell er klar over. En av deltakerne beskrev dilemmaene ved at han ville nektet å bli med i en tvangssituasjon, dersom han mente det var feil. Samtidig kan en annen mene at det vil kunne ført til en pasient døde dersom pasienten ikke fikk i seg næring under tvang. Den etiske fordring beskriver ansvaret for den andre, men i praksis kan det være vanskelig. For å hjelpe, må du overta kontrollen, det motsatte ville kunne bli fatalt. En av deltakerne beskrev at ofte når pasienten dro, var pasienten fornøyd, som han mente bekreftet at behandlingen var riktig, selv om det hadde vært utført tvang. Sykepleieren ønsker å gjøre godt for pasienten og seg selv, skriver Kristoffersen (2017). Det kan tenkes at for å opprette egen forståelse på at man gjør godt, er det viktig å lage disse historiene som riktig.

Blegen (2015) beskriver i sin avhandling at møte med lidelse og sårbarhet skaper medlidenhet, ikke som følelse, men som en vilje til å gjøre noe godt. I møte med den psykisk syke pasienten, møter deltakerne lidelse. Hva er å gjøre godt? Omsorgsteorien beskriver å tjene pasienten i kjærlighet. Kjærligheten uttrykkes ved konkrete handlinger, kunstutøvelsen er å se pasientens behov i øyeblikket, å forstå den unike pasienten i sin spesielle situasjon. I den godes viljes handlinger og bevegelse ligger lindringen av lidelsen (Martinsen, 2012). For å gjøre godt, fordrer det at helsepersonell har tid til å opprette den tilliten og relasjonen som kreves. Pasienter som har psykiske lidelser, strever ofte med tilliten, da lidelsen kan føre til at virkelighetsforståelsen er forstyrret. En av deltakerne beskriver at de ikke lenger har tid til å følge opp pasientene på den måten han ønsker, og han føler at han driver med brannsløkking. Han beskriver videre at det ikke lenger er tid til å være tilstede sammen med pasientene for å fange opp endringer og forebygge uroligheter. Helsepersonell bruker sin sensibilitet som en kilde på hvordan pasienten har det, den kommer forut for refleksjon, vi alarmeres om en situasjon som må gjøres noe med. Når helsepersonell ikke har mulighet til å være sammen med pasienter, mister de en mulighet til å fange opp «et blikk» som Martinsen beskriver det. En god omsorg betyr at helsepersonell forstår hva pasienten trenger, en må stille seg åpen og krever mot til å møte pasienten på de premissene pasienten er i behov av.

7.0 AVSLUTNING

Hensikten med studien var å utvikle mer kunnskap om helsepersonells erfaringer i møte med alvorlig psykisk syke pasienter, med påfølgende problemstilling:

«Hvordan blir helsepersonell påvirket av å jobbe med psykisk syke pasienter i akuttpsykiatrisk avdeling?»

Helsepersonellet som deltok i min studie ble berørt av å møte pasienter med alvorlig psykisk lidelse, og de opplever å utøve ulike former for tvangsbehandling som komplisert og vanskelig. Deltakerne forteller om de mange og unike møtene med pasientene som givende og spesielle. Et funn fra undersøkelsen er at deltakerne opplever stor omtanke for pasientene, og de opplever jobben viktig. De forteller om veldig syke pasienter, de føler de har stort ansvar for. Ansvar blir vanskelig å holde ut når de opplever at rammene for behandlingen er dårlig, ikke nok personalet på jobb nevnes. Deltakerne opplever mange etiske utfordringer ved å utføre ulike former for tvangsbehandling, samtidig som de mener at mye av denne behandlingen er riktig.

Deltakerne formidler at å hjelpe veldig syke pasienter er det som gjør mest inntrykk. De beskriver hendelser og opplevelser som er veldig annerledes fra deres private virkelighet. De forteller om vanskelige hendelser som har med utføring av tvang. På flere områder blir de påvirket, ved at de vokser som mennesker, men også ved at de blir utmattet. Et funn i studien er også at deltakerne beskriver samholdet med kollegaer som spesielt og viktig. Både ved å reflektere sammen om faglig og etiske dilemma, men også ved at de har så sterke opplevelser sammen.

Motsetningsfylte krav gir belastninger. Helsepersonell i en akuttpsykiatrisk avdeling eksponeres for forhold ekstreme i sitt uttrykk. De mange etiske utfordringene de står ovenfor og sterke symptomtrykk preger hverdagen. Emosjonell påkjenning må ses som en kalkulert risiko i jobben. Samtidig beskriver deltakerne dette som håndterbart, dersom det er gode nok rammer. Deltakerne beskriver en hektisk hverdag, med lite forutsigbarhet og manglene kontroll over arbeidsmengde og byrde. Opplevelsen av å ikke strekke til kan føre til omsorgstretthet.

Som en kontrast til omsorgstretthet, beskriver deltakerne gleden over å se at pasienter blir

frisk og kan reise hjem. Det å få være med på å hjelpe, gir mye tilbake formidler deltakerne. De beskriver en personlig utvikling ved å mestre vanskelige situasjoner, bli bevisst på egne grenser og mot til å møte pasientene i et felles samspill. Oppgaven viser at møter mellom mennesker bidrar til styrke og vekst. I et travelt helsevesen kan selve møte blir undervurdert, komme i skyggen av annen behandling som gis. Deltakerne beskriver det spesielle møte som en verdi i seg selv, og at vi utvikler oss i kraft av den andre.

I forskerens egen forforståelse var flere antakelser sammenfallende med denne studiens funn, noe som trolig henger sammen med klinisk erfaring på akuttpsykiatrisk avdeling. Det var allikevel funn som var utenom forskerens forforståelse, dybden i møtene med pasientene er eksempel på dette. Jeg hadde en antakelse om at de ble følelsesmessig påvirket, men ikke i omfanget i styrke som deltakerne beskrev. Et annet funn som kom tydelig frem var samhørigheten til kollegaer, som ble beskrevet som avgjørende for å ha en slik jobb. Jeg hadde også forventet mer beskrivelse av utbrenthet og belastninger fra jobben som gikk utover andre områder i livet. Jeg hadde også forventet erfaringer om uenighet blant miljøpersonell og behandlerne – leger og psykologer. Beskrivelser av hvordan de ble påvirket, var mye knyttet til egenutvikling og vekst. Deltakerne ga ikke uttrykk for at de tok med jobben hjem, men ga samtidig uttrykk for at de tenkte på hendelser i etterkant.

7.1 Styrker og svakheter i studien

Denne studien er en del av et masterprosjekt, med begrensninger for tid og ressursbruk. En studie med mere ressurser kunne innhentet mer kunnskap fra et større utvalg enn 4 deltakere, dette hadde gitt et rikere materiale. Det ville også kunne gitt et mer tverrfaglig bilde dersom flere yrkesgrupper hadde vært deltakere. Studien har undersøkt erfaringer fra helsepersonell som jobber med alvorlig psykisk syke pasienter. Underveis i prosjektet syns jeg at spørsmålene i intervjuguiden har vært for vid, slik at det har blitt litt uklart hva forskeren har undersøkt. Dette syns jeg er en svakhet i oppgaven, da det har mange tema som er belyst, men ikke gått i dybden som var planen i utgangspunktet. På den andre siden har spørsmålene gitt rom for at deltakerne selv bestemmer noe av innholdet. En svakhet ved studie er at samme person utarbeider intervjuguide, gjennomfører intervjuene, transkriberer og tolker. Det stiller store krav til transparens ved å vise hvilken metodikk som er brukt til å analysere funn, noe jeg har prøvd å vise. Siden forskeren også jobber ved akuttpsykiatrisk avdeling, vil egen forforståelse, og åpenhet rundt denne være viktig å belyse. Det er også en svakhet i studien at forskeren er en nybegynner, feil erfarne forskere ville ha unngått å gjort. Å ha en bedre

oversikt over tidligere forskning og gjennomført intervjuene bedre vil jeg nevne. En styrke, slik jeg ser det, er at studien er relevant. Helsepersonell som jobber med sårbare grupper må alltid være i søkelyset for utvikling, da det vil sikre bedre pasientbehandling og ytterligere kunnskap om hva som gir motivasjon og arbeidsglede.

7.2 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Helsepersonell jobber i dag i et helsevesen som stadig er under press ved at oppgavene øker og menneskene forsvinner. Flere oppgaver blir standardisert og teknologien overtar stadig flere oppgaver. Helsevesenet får kritikk fra flere hold, både fra myndighetene om blant annet lav effektivitet, og fra pasienter som opplever arroganse og manglende personlig innlevelse i den syke. De siste årene har det blitt økt fokus på brukermedvirkning som alternativ til tvang, noe som vil være med på å øke kunnskapen i det komplekse område. Det gode håndverket er der medmenneskelighet og vitenskap møtes. Helsepersonells erfaringer i møtet med pasienter, og pasienters subjektive opplevelser er viktige erfaringer. Funnene viser at helsepersonell opplever mange etiske utfordringer i forbindelse med tvang. Det er viktig å sette søkelyset på helsepersonell som jobber i feltet, for å utvikle ny kunnskap til beste for pasienten. Både pasientens og helsepersonellets erfaringer må tre frem for å komme videre i utviklingen av ny kunnskap.

8.0 LITTERATURLISTE

- Andersen, K. (2011). *Skjerming som metode i akuttpsykiatrisk avdeling. En studie av noen sykepleiers erfaringer*. (Masteroppgave, Universitetet i Oslo, Medisinsk fakultet). Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/28212/>
- Arbeidstilsynet (2017). Vold og trusler i forbindelse med arbeidet. Forebygging, håndtering og oppfølging. *Arbeidstilsynet best. Nr. 597*
- Atawneh, F. A., Zahid, M. A., Al-Sahlawi, K. S., Shahid, A. A. & Al-Farrah, M. H. (2003). Violence against nurses in hospitals: prevalence and effects. *British Journal of Nursing*, 12(2), 102-110. doi: 10.12968/bjon.2003.12.2.1104.
- Bachmann, L., Michaelsen, R., Vatne, S. (2019). Professional vulnerability in mental healthcare context: A focus group study of milieu-therapist`experiences. *Nursing Open*, 2019;00:1-12. doi: 10.1002/nop2.292
- Bang, S. (2003). *Rørt, rammet og rystet*. Gyldendal akademiske.
- Bakke, K. A. (2011, 24 oktober). Hver fjerde sykepleier vil slutte. *Dagens medisin*. Hentet fra <http://www.dagensmedisin.no>.
- Berg, J.E.(2008). *Akuttpsykiatri for leger og sykepleiere*. Stavanger: Hertervig Forlag.
- Berge, T. (2005). Sekundær traumatisering, vikarierende traumatisering og omsorgstretthet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 42 nummer 2, 2005, s 125 – 127.
- Berring, L.L., (2009). Sygepljefaglige intervensjoner i opkørte situasjoner. I: Buus, N (red). *PSychiatric Nursing 30 s 499 - 507*
- Binder, P.E. (2008). Det mellommenneskelige møte i psykoterapien. *Tidsskrift for den Norsk psykologforening*, 45(8), 930 – 931.
- Bjørkdahl, A., Palmstierna, T., Hansebo, G., (2010). The bulldozer and the ballet dancer: aspect of nurses caring approaches in acute psychiatric intensive care. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 177 (6), 510 – 8. doi:10.1111/j.1365-2850-2010.01548.x.
- Blegen, N.E. (2015). *Kallet til livets embete. Mødre i helse og lidelse*. Akademisk avhandling. Åbo: Åbo Akademi.
- Bøe, T.D. og Thommassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid – om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christoffersen, S. A. (1999). *Etikk, eksistens og modernitet: Innføring i Løgstrup eksistens og modernitet; Innføring i Løgstrups tenkning*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Dieseth, R. (Red) (2017). *I den beste hensikt. Tvang i psykisk helsevern i skjæringspunktet mellom jus og psykiatri*. Oslo: Michael 14: 20.
- Falkum, E. (2000). Hva er utbrennet? *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 120(10), 1122-

1128.

Figley, C.R. (Ed.). (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner – Routledge.

Forbech Vinje, H. (2007). *Thriving despite adversity: Job engagement and self-care among community nurses*. (PhD), Universitetet i Bergen, Bergen.

Geirdal, A.Ø., & Varvin, S. (2017). *Relasjoner i psykisk helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.

Haugsgjerd, S., (2018) *Å møte psykisk smerte*. Gyldendal forlag.

Hatling, T. (2013). Bruke av tvang i psykisk helsetjenester. I Norvoll, R. (red). *Samfunn og Psykisk helse. Samfunnsvitenskaplig Perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Heaslip, V., & Board, M. (2012). Does nurses' vulnerability affect their ability to care? *British journal of Nursing*, 21 (15), 912-916). <https://doi.org/10.1111/inm.12230>.

Hem, M. H. (2008). *Mature Care. An Empirical study of interaction between psychotic patients and psychiatric nurses*. PhD dissertation. University of Oslo. Oslo: Faculty of Medicine. Section for Health Sciences. Institute of Nursing and Health Sciences.

Hem, M.H., Heggen, K., Ruyter. (2008). Creating Trust in an Acute Psychiatric Ward. *Nursing Ethics*, 15 (6), 777- 788.

Holm, U. (2005). *Empati: Å forstå menneskers følelser*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt –ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie*. (7 utg.) Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Hummelvoll, J.K & Severinsson, E. (2001). Coping with everyday reality: Mental health professionals reflections on the care provided in an acute psychiatric ward. *International Journal of Mental Health Nursing*. 10 (3) 156 – 166. doi: 10.1046/j.1440-0979-2001.00206.x.

Husum, T. (2011). *Staff attitudes and use of coercion in acute psychiatric wards in Norway* (Dissertation). Faculty of medicine, University of Oslo.

Husum, T., Hem, M.H og Pedersen R. (2017). *En studie av synet på etiske utfordringer relatert til arbeidet med bruk av tvang hos ansatte i psykisk helsetjenester*. Hentet fra: <https://www.idunn.no/info/vitenskaplig-publikasjon>).

Høie, B. (2019) Sykehustale. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2019/id2625399/>.

Ilnér, S.O. (2012) *Akuttpsykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

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

Iversen, K.I. (2008). *Coercion in the delivery of mental health services in Norway*

(Dissertation). Institute of Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Tromsø.

Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Abstrakt Forlag AS.

Kaiser, M., (2000). *Hva er viteskap*. Oslo: Universitetsforlaget.

Karlson, B., & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid. Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Knutzen, M. (2013). *Tvangsmidler i psykiatriske akuttavdelinger. Hvordan brukes de og hva kjennetegner pasientene?* Doktorgrad. Det medisinske fakultetet. Universitetet i Oslo.

Kristoffersen, M., (2013). *Strekke seg mot tinder, stå i kneiker: Om å fortsette i sykepleien. En studie av livsforståelsens betydning for sykepleieres utøvelse av sykepleie*. Doktorgradsavhandling. Stavanger: Universitet i Stavanger, 2013.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervjuet* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Kåver, A. & Grøhn, H. (2012). *Allianse: den terapeutiske relasjonen i KAT*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Lillevik, O.G., & Øien, L. (2014). *Miljøterapeutisk arbeid med vold og aggresjon*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Løgstrup, K. E (1991). *Den etiske fordring*. København: Gyldendal

Malt, U.F., Retterstøl, N., og Dahl, A.A. (2003). *Lærebok i psykiatri* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2001). *Øye og kallet*. Bergen. Fagbokforlaget.

Martinsen, K. (2012). *Omsorg, sykepleie og medisin*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Nerdrum, P. (2007). *Empatiske utfordringer i terapaut – pasient – relasjonen*. I: E. Hem, P. Vaglum, L. Fyrlund, og P. Nerdrum (red.), *Pasienten og sykdommen*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Norvoll, R. (2008). *Det lukkede rom. Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter*. Avhandling for dr. polit.graden. Oslo: Universitetet i Oslo. Oslo: Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi.

Norvoll, R., Hatling, T., Hem, K.H. (2008). *Det er nå det begynner! Hovedrapport fra prosjektet. "Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus"*(BAT). SINTEF Rapport A8450. Oslo: SINTEF Helse

- Norvoll, R. og Husum, T. L. (2011). Som natt og dag? *Om forskjeller i forståelse mellom misfornøyde brukere og ansatte om bruk av tvang*. AFI – notat 2011:9. Oslo: AFI.
- Nortvedt, P. & Grimen, H. (2009). *Sensibilitet og refleksjon*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Nyeng, F. (1999). *Etiske teorier – en systematisk fremstilling av syv etiske teoriretninger*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Ogden, J. (2012). *Health psychology. A textbook* (5. ed.) London: Sage Publications.
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse* (2 utg.). Oslo. Cammelen damm akademiske.
- Oppjordsmoen, S., Vaglum, P., og Thoresen Bloch, G. (2008). *Oss I mellom. Om relasjonenes betydning for mental helse*. (2.utg.). Stavanger: Hertevig akademiske.
- Pedersen, R., Nortvedt, P., (2017) *Etikk I psykiske helsetjenester*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pettersen, T., Hem, M.H. (2011). Mature care and reciprocity: Two cases from acute Psychiatry. *Nursin Etics*, 18(2), 217-231. <https://doi.org/10.1177/0969733010392301>
- Råbu, M., & McLeod, J. (2016). Wisdom in professional knowledge: Why it can be valuable to listen to the voices of senior psychotherapists. *Psycotherapi Research*, 1 – 17.
- Sabo, B. (2011). Reflecting on the concept of compassion fatigue. *Online J Issues Nurs*, 16(1), 1. doi: 10.3912/OJIN.Vol16No01Man0
- Seierstad, A. (2018). *De eskalering i akuttpsykiatrisk avdeling*. (Masteroppgave, Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag). Hentet fra <https://oda.hioa.no/en/item/asset/dspace:26108/Seierstad.pdf>
- Sjetne, I.S. (2001). Hverdagsbeskrivelser fra norske sykehus. Resultater etter en landsomfattende undersøkelse blant sykepleiere i 2009. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2011.
- Svalund, J. (2009). Vold og trusler om vold i offentlig sektor. (Fafø-rapport 2009:30). Oslo.
- Thorvarsdottir, V. (2015). Ansattes subjektive opplevelse av å bli krenket på arbeidsplassen. (Masteroppgave, Universitet i Oslo, Psykologisk institutt) <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/44749/masteroppgave-vera-thorvarsdottir.pdf?sequence=1>
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne: relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vatne, S., Fagermoen, M.S. (2007), To correct and to acknowledge: two simultaneous and conflicting perspectives of limit – setting in mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental health Nursing*, 14, 41-48.
- Ward, L., & Gwinner, K. (2015). Have you got what it takes? Nursing in a Psychiatric Intensive Care Unit. *The journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 10(2),

1001-116. <https://doi.org/10.1108/JMHTEP-08-2014-0021>.

Vedlegg 1

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 611488 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 29.11.2018.

Behandlingen kan starte.

MELD ENDRINGER Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.5.2019.

TAUSHETSPLIKT Vi legger til grunn at intervjuene gjennomføres på en måte som er i overensstemmelse med informantenes taushetsplikt. Vi anbefaler at informantene i forkant av intervjuene minnes om sin taushetsplikt samt oppfordres til å omtale pasienter på en måte som ikke gjør dem identifiserbare.

LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye,

uforenlige formål

- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD 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). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lasse Raa Tlf. personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 2

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Hvordan påvirkes miljøpersonalet av å jobbe med alvorlig psykisk syke i en psykiatrisk avdeling.”

Bakgrunn og formål

Formålet med studien er å finne ut mer om hvilke opplevelser som gjør mest inntrykk, og faktorer som påvirker personalet i sitt daglige virke ved en psykiatrisk avdeling. Det er mange ulike hensyn miljøpersonalet må forholde seg til i sin arbeidshverdag, det er de som står tettest på pasientene, og som bruker seg selv som virkemiddel for å behandle pasienter. Personalet er den viktigste innsatsfaktor i sykehus når det gjelder kliniske resultater og pasientsikkerhet. Ved å undersøke hva som er viktige faktorer i arbeidssituasjonen, vil denne kunnskapen kunne brukes til å tilrettelegge for å ivareta personalet på en bedre måte, og dermed også øke pasientsikkerheten.

Prosjektet er en mastergradstudie i Psykisk Helsearbeid ved storbyuniversitetet OsloMet.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltagere til undersøkelsen bes om å stille til et intervju av ca en times varighet. Intervjuet gjennomføres på et egnet rom ved ditt arbeidssted, eller et annet steder dersom det er ønskelig. Intervjuet vil ta utgangspunkt i hvordan du opplever at du påvirkes av ulike sider av arbeidet ditt ved psykiatrisk avdeling. Intervjuet vil bli tatt opp med en elektronisk lydopptaker. Det vil ikke bli innhentet andre opplysninger om deg enn de du selv velger å fortelle om under intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Kun u.t og min veileder ved OsloMet, Aud Misund, vil ha tilgang til lydfilene. Lydfilene vil bli oppbevart i et låst skap som kun u.t har tilgang til og transkripsjonen vil gjøres på en egnet datamaskin ved OsloMet som ikke er tilkoblet internett. Det vil ikke foreligge en navneliste som vil gjøre filene identifiserbare utenom innholdet på selve lydfilen.

Intervjuene vil gjennom transkripsjon og analysefasen bli anonymisert, og eventuelle sitater fra intervjuene vil bli omskrevet, slik at det ikke skal være mulig å gjenkjenne deltakerne i masteroppgaven. Dersom det er ønskelig kan du lese oppgaven før den blir levert.

Prosjektet skal etter planen avsluttes mai 2019. Lydopptak vil da bli slettet. Transkripsjonene vil bli oppbevart til etter sensur av oppgaven og vil deretter bli slettet.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- Innsyn i hvilke personopplysninger som er registret om deg
- Få rettet personopplysninger om deg
- Få slettet personopplysninger om deg
- Få utlevert en kopi av personopplysninger (dataportabilitet)

- Sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hva gir oss rett å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med prosjektansvarlig Trude Røsæg, mail trude.roseg@gmail.com, kan også kontaktes på telefon 976 14 472 Du kan også kontakte veileder Aud Misund, mail audmis@oslomet.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3

Intervjuguide

Kan du fortelle litt om din egen bakgrunn?

- Utdanning
- Yrkeserfaring
- Kan du fortelle litt om hva som fikk deg til å jobbe i akuttpsykiatrien

Hvordan opplever du å jobbe i akuttpsykiatrien/alvorlig psykisk syke?

- Hva er bra?
Eksempel på en situasjon som kan illustrere det du opplever som bra?
- Hva er utfordrende?
Eksempel på en situasjon som kan illustrere det du opplever som utfordrende?
- Kan du fortelle om en hendelse som har gjort inntrykk på deg?
 - Hva var det i denne hendelsen som gjorde mest inntrykk på deg?
 - Hvordan påvirket denne hendelsen deg der og da og etterpå?
 - Hvilke følelser vekket denne hendelsen i deg?
 - Hvilke refleksjoner har du gjort deg etter denne hendelsen?
 - Hva bidro til at denne hendelsen fant sted og hvordan kunne den eventuelt vært unngått?

Har du erfart flere hendelser som har gjort inntrykk på deg og påvirket deg i ettertid?

Hvordan syns du forholdene er tilrettelagt for pasientbehandling?

- De fysiske rammene?
- Hva betyr arbeidsmiljøet?
- Opplever du at du er trygg på jobb?
Hva bidrar til at du opplever trygghet på jobben?

Tror du at du har blitt påvirket/endret av å jobbe i akuttpsykiatrien/ psykisk alvorlig syke?

- Hvordan?
- Har noen av dine nærmeste sagt noe om det?

Tror du at du kommer til å fortsette å jobbe med dette/alvorlig syke?

- Hvorfor/hvorfor ikke?

Tenker du at det er noe jeg burde ha spurt deg om/noe du ønsker å si før vi avslutter intervjuet?

