

# Masteroppgave

## i psykisk helsearbeid

### Mai 2020

Hvordan kan møter med pasienter med samtidige rus- og psykiske utfordringer påvirke hjelperen?

En kvalitativ undersøkelse av hjelperes opplevelser

Kandidatnavn: Erika Brynlund

Emnekode: MAPSD5900

30 Studiepoeng

**Fakultet for helsevitenskap**

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY  
STORBYUNIVERSITETET

## **Forord**

Jeg har lenge hatt et ønske om å belyse hverdagen til helsepersonell som jobber direkte med mennesker med samtidig rus- og psykiatriske utfordringer. Å sjonglere medikamentell-psykososial- og somatisk oppfølging, atferdskorrigerende, oppmuntring, aktiv lytting, trøst og deltakelse i aktiviteter krever innsats og refleksjon. Hjelperne går daglig inn for å etablere og styrke relasjon, holde seg oppdatert og inngå i konstruktiv tenkning og kollegial rettleiding. Hele tiden med seg selv som viktigste verktøy. Mye av motivasjonen til å skrive denne oppgaven kommer fra min arbeidsplass, fra den sterke opplevelsen av berikelse og belastning jeg har følt på i de årelange møtene med mennesker i krise. Studiens åtte deltakere har ulike titler, utdanninger og arbeidsplasser. Felles er at de jobber direkte med utsatte mennesker med svært sammensatt problematikk og ofte er de pasientens viktigste støttespiller i korte eller lengre perioder. De kan også oppleves og utleves som hovedfiende nummer en. Det har vært en glede og en ære å ha fått muligheten til å undersøke hvordan deltakerne erfarer og påvirkes av sin arbeidssituasjon. Det er min oppfatning at økt kunnskapsvervelse om tema som kan være skambelagt eller tilslørt av en uheldig talekultur er til det beste for pasientene og ansatte og at det er behov for videre undersøkelser.

Tusen takk til alle de åtte deltakerne som med en gang de ble spurt svarte ja til å la seg intervju. Som satt av tid, delte av sin kunnskap, person og erfaring og rørte og imponerte meg. Hver og en har beriket og hevet oppgaven med refleksjon og introspeksjon og har vist en etisk nerve og ydmykhet for pasientene som er til etterlevelse.

Takk til Henriette Fossum, Eli Lejonberg, Franco Trivigno, Irmelin Johansen og Janne Telle for verdifulle tilbakemeldinger og faglig støtte.

Takk til min veileder Aud Misund som så funn i materialet da jeg hadde sett meg blind og takk til Mona Haugerud i administrasjonen til OsloMET for å tilrettelegge studieplanen da noe så gledelig som en lillebror meldte sin ankomst og forklusset studieprogresjonen.

Takk til arbeidsplassen for at jeg har fått mulighet til å ta fri, ta opp tema til diskusjon og gjennomføre intervjuene. Jeg håper å kunne tilføre noe tilbake.

Takk til mine fire barn som har akseptert at de i koronatiden ikke har fått den oppfølging i hjemmeskole og hjemmebarnehage som de kunne ønsket og til Erlend for alt han er.

Erika Brynlund, Oslo, Mai, 2019

## **Sammendrag**

**Hensikten:** Studien har hatt til hensikt å utforske hvordan møter med pasienter med samtidige rus- og psykiske utfordringer oppleves for hjelpere. Kunnskap om erfaringer, belastninger og berikelser vil kunne bidra til å sette fokus på forholdene for hjelperen som igjen vil komme behandlingen og pasienten til gode.

**Teoretisk rammeverk:** Studien er teoretisk forankret i litteratur om konsekvenser av å jobbe med mennesker i krise og deltakernes erfaringer med å bruke seg selv som redskap i behandlingen.

**Metode:** Det er brukt kvalitativt forskningsintervju for å innhente opplysninger fra åtte deltakere. Studien er vitenskapsfilosofisk forankret i en hermeneutisk fenomenologisk tradisjon og intervjumaterialet er analysert ut ifra prinsippene i systematisk tekstkondensering.

**Resultater:** Funnene i denne studien viser at hjelperne berøres av pasientenes historier og erfaringer fra møtene med pasientene. Å få innsikt i overgrep og vold mot barn er beskrevet som særlig vanskelig å bli fortalt, mens erfaring med trusler og vold og selvmord er beskrevet som særlig vanskelig å oppleve. Relasjonsaspektet er fremtredende i møtet med pasienten. Ved å bruke seg selv som redskap må hjelperen etterstrebe å inneha en åpen og empatisk fremtoning, dette fordrer en introspeksjon og analysearbeid som kan virke beskyttende for pasientene og belastende for hjelperen. Hjelperne har ikke noe skarpt skille mellom jobb og privatliv, men samtlige har utarbeidet seg en bevissthet om og teknikker for å beskytte seg mot belastning.

**Konklusjon:** Hovedkonklusjonene i studien er at elementer i behandlingen som kan virke beskyttende for pasienten kan virke belastende for hjelperen. Deltakerne oppga å ha opplevd symptomer på overføring av traume og at å bruke seg selv som verktøy fordrer en selvfordypelse som kan oppleves som slitasje på selvbildet. Møtene med pasientene oppleves meningsfulle og utviklende for deltakerne som beskriver økt ydmykhet, takknemlighet og nysgjerrighet som ervervede berikelser.

**Nøkkelord:** Motoverføring, erfaringer med psykisk syke, berikelser psykiatri.

## **Abstract**

**Purpose:** The study was intended to explore how the aide experiences interactions with patients that suffer from concomitant addiction and psychological challenges. More knowledge of their experiences, stresses and meaningful encounters can contribute to an enhanced focus on the caregivers situation, which in turn will benefit both the treatment and the patient.

**Theoretical framework:** The study is theoretically rooted in the literature on the consequences of working with people in crisis and the experiences of using oneself as a tool for treatment.

**Method:** A hermeneutical phenomenological approach is used, based on qualitative interviews of eight participants. The interviews are analyzed using the principles of systematic text condensation.

**Results:** The findings of this study indicates that the aides are affected by the stories told and by their experiences and interactions with the patients. To be told about of childhood abuse is described as particularly difficult for the aide, as is the exposure to patients` threats and violence. and suicide. The relational aspect is prominent in the treatment. By using oneself as a tool, the aide must strive to maintain an open and empathetic attitude. This requires an introspection that can appear to protect the patients and be burdensome for the aide. The aide have no clear distinction between work and private life, but all of them have developed an awareness of and techniques for protecting themselves against stress.

**Conclusion:** The main conclusions of the study are that elements of the treatment that may be protective of the patient can have a negative impact on the aide. Participants reported having experienced symptoms of trauma transmission and that using oneself as a tool requires a self-immersion that can be experienced as damaging to one`s self-esteem. The interactions with the patients are experienced as meaningful and promoting personal development in the participants who described increased humility, gratitude and curiosity as benefits.

**Key words:** Countertransference, experiences with the mentally ill, enrichments psychiatry.

# INNHOLDSFORTEGNELSE

1 INNLEDNING .....	1
1.1 Beskrivelse og bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2 Hensikt og presentasjon av problemstilling .....	2
1.3 Avklaringer .....	3
1.4 Avgrensning av oppgaven .....	3
1.5 Litteratursøk .....	4
1.6 Oppgavens struktur .....	4
2.0 TEORETISK RAMMEVERK .....	6
2.1 Pasientenes historier .....	6
2.1.1 Relasjonsteori .....	7
2.2 Motoverføring .....	8
2.2.1 Belastningsmodeller .....	9
2.3 Å bruke seg selv som verktøy, slitasje i selvbildet .....	10
2.4 Å være utsatt på jobb, direkte belastning .....	12
2.4.1 Å jobbe med selvmordstruede mennesker .....	12
2.5 Vårt mentale immunforsvar og vern .....	13
2.6 Berikelser og trivselsfaktorer .....	14
2.7 Posttraumatisk- personlig og mellommenneskelig vekst .....	14
3.0 METODE .....	16
3.1 Vitenskapelig forankring .....	16
3.2 Forskerens for forståelse .....	17
3.3 Utvalg og rekruttering .....	18
3.4 Etske overveielser .....	19
3.4.1 Hjelperne .....	20
3.4.2 Pasientene .....	20
3.5 Gjennomføring av kvalitativt intervju .....	21
4.0 ANALYSE .....	24
4.1 Transkripsjon .....	24
4.2 Analyseprosessen .....	24
4.2.1 Første trinn: Danne seg et helhetsinntrykk .....	25
4.2.2 Andre trinn: Identifisere meningsbærende enheter .....	25
4.2.3 Tredje trinn: Abstrahere (oppsummere) innholdet .....	25
4.2.4 Fjerde trinn: Sammenfatte betydningen .....	26
4.3 Illustrasjon av analyse .....	26

4.4 Pålitelighet og gyldighet; reliabilitet og validitet .....	28
4.5 Metodiske refleksjoner på forskningsprosessen og datakvalitet.....	29
5.0 RESULTATER .....	32
5.1 Pasientenes historier .....	32
5.1.1 Utfordring ved å bruke seg selv som verktøy.....	34
5.2 Å være utsatt på jobb .....	35
5.2.1 Jobben påvirker negativt inn i privatlivet.....	36
5.3 Vårt mentale immunforsvar og vern .....	37
5.3.1 Berikelser og fordeler .....	38
6.0 DISKUSJON .....	40
6.1 Pasientenes historier .....	40
6.1.2 Motoverføring og slitasje .....	41
6.2 Å bruke seg selv som verktøy, slitasje i selvbildet.....	43
6.2.1 Å være utsatt på jobb- direkte belastning.....	44
6.3 Vårt mentale immunforsvar og vern .....	46
6.3.1 Berikelser og trivselsfaktorer .....	48
7.0 AVSLUTNING .....	50
8.0 LITTERATURLISTE .....	53
Vedlegg 1 .....	58
Vedlegg 2 .....	60
Vedlegg 3 .....	62

# 1 INNLEDNING

## 1.1 Beskrivelse og bakgrunn for valg av tema

Når redskapet for jobben man utfører er en selv setter dette føringer for innsikt i selvet, utførelsen av arbeidet og ivaretagelsen av seg selv og den andre. I mitt arbeidsfelt møter et team av hjelpere med ulik utdanning og sammensetning pasienter med ulik bakgrunn og hjelpebehov. Gjennomgående fellestrekk for pasientene er at de bærer på historier om utsatthet i barndommen og at et liv i rus har videreført utsattheten de for traumatiske hendelser og opplevelser. Ofte lever pasientene svært marginaliserte liv og har tilleggsutfordringer som sterke psykiske utfordringer, ensomhet, alvorlige sykdommer og somatiske skader. Etter å ha jobbet mange år i feltet ble jeg stadig mer interessert i hvordan møtene med pasienter påvirker behandleren. Da jeg fikk mitt andre barn fikk jeg glimtvis bilder av overgrepshistorier jeg har hørt fra pasientene i situasjoner der babyen fremsto sårbar for meg, som for eksempel når han gråt eller var naken. Kollegaer kunne fortelle om lignende opplevelser og dette studiet muliggjorde utforskning av hvordan hjelperen kan opprettholde og ivareta balansen mellom å vise åpenhet og empati og å bygge en trygg og virksom relasjon, og samtidig ivareta seg selv gjennom gjentatte møter med traumatiserte, marginaliserte og prøvede pasienter.

På forhånd av undersøkelsen hadde jeg en antakelse om at historier om vold og overgrep i barndommen og pasientene det virker umulig å hjelpe ville rangere øverst på listen av hva ansatte anså som tyngst og vanskeligst å jobbe med i lengden. Opplevelser som dette ble tematisert i datainnsamlingen og vektlagt i analysen. Mine tre temaområder i denne oppgaven er ulike modeller for traumeoverføring og belastning hos terapeuten, påvirkning på selvbildet og beskyttelsesstrategier og berikelser i møtet med pasienten. Hjelperollen er satt inn i et relasjonelt perspektiv. Under nevner jeg teori og empiri knyttet til hvert temaområde.

Det foreligger mye kunnskap om og forskning på de ulike modellene for traumeoverføring: Compassion fatigue, sekundærtraumatisering, utbrenthet og vikarierende traumatisering (Maslach, 1986; Figley, 1995; Falkum, 2000; Bang, 2003; Motta 2005) og har fortsatt vært i fokus det siste tiåret (Sabo, 2011; Isdal, 2017). Nerdrum og Østertun Geirdal (2014) har utført undersøkelsen Psychological distress among young Norwegian health professionals. Sabin-Farrell og Turpin (2003) og Elwood og medarbeidere (2011) har skrevet to artikler der de kommer frem til samme konklusjon, resultatene fra ulike studier har sprikende resultater og begrepene er uklare (Isdal, 2017). For å belyse og forklare deltakernes responser på opplevd belastning har jeg valgt ut følgende teori og empiri: McCann og Pearlman (1990) sin

definisjon av vikarierende traumatisering, Figley sin definisjon av omsorgstretthet og Isdal (2017) sin videreutvikling av begge begrepene. Jeg har inkludert Gabbard (2005) og Nilsen (2014) sin definisjon på motoverføring og herunder tatt med Winnicott (1994) sin teori om forekomst av hatfølelser hos terapeuten.

For å beskrive påvirkning på hjelperens selvbilde har jeg gjennomgående valgt å inkludere bidrag som både beskriver belastning og berikelser, herunder Bang (2003), Vråle (2009) og Røkenes og Hansen (2009). Dette for å få et helhetlig perspektiv.

Pearlman og Saakvitne (1995), Saakvitne & Pearlman (1996), Rothschild (2000) og Herman (1992) foreslår måter terapeuten kan gi seg selv støtte og omsorg på. Utgangspunktet er at terapeuten anerkjenner og gyldiggjør egne reaksjoner. Da er det mulig å undersøke dem uten frykt, skam eller skyldfølelse, både alene og sammen med andre. Jeg har valgt en undersøkelse av Frey (2008) til å tematisere arbeidstilfredshet og Tedeschi og Calhorn (2004) sin undersøkelse om postraumatisk vekst til å belyse berikelsene i arbeidet deltakerne i denne undersøkelsen beskriver.

## 1.2 Hensikt og presentasjon av problemstilling

Hensikten med masteroppgaven er å utforske mulige mekanismer av å eksponeres for pasienter som strever med ulike aspekter av livet og ofte er i krisetilstand. Jeg ønsket å belyse om pasientens fortellinger om og utsattheten for vonde opplevelser påvirker hjelperen og om det også finnes andre former for belastning i gjentatte møter med pasienter med rus- og psykiske utfordringer. Jeg hadde også en målsetning om å undersøke hjelperes positive erfaringer med å jobbe med pasienter i en utfordrende situasjon.

Slitasje i møter med utsatte pasienter er et omfattende tema som kan tilnærmes på ulike måter. Hjelperne som er inkludert i denne undersøkelsen møter pasienter innenfor et bredt spekter av fungering og helsetilstand, og flere er ikke i stand til å ta vare på seg selv, har alvorlige sykdommer og en svært utfordret psykisk helse. Jeg har lagt følgende problemstilling til grunn for mitt arbeid: *«Hvordan oppleves møter med pasienter med samtidige rus- og psykiske utfordringer for hjelpere?»*

For å belyse problemstillingen har jeg tatt utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål:

- Hvilke holdninger, tanker og følelser gir hjelperne uttrykk for om opplevd slitasje fra jobb?



- Hvordan innvirker elementer fra jobbsituasjon inn på privatlivet?
- Hvilke forhold opplever hjelpere at kan øke toleransen for andres lidelsestrykk?

### 1.3 Avklaringer

Jeg har valgt å skrive om intervjusituasjonen i fortid, og det som handler om arbeidstedet og intervjupersonene i nåtid. Dette for å belyse at disse menneskene fortsatt jobber, reflekter og føler og som en videreføring av jeg valgte å skrive sitatene i resultatkapittelet i førsteperson for å behold nærhet til materialet. I det følgende vil jeg gjøre rede for relevante begreper som er brukt i arbeidet.

Deltaker: informantene, altså personene som ble intervjuet i denne studien.

Hjelper: I benevnelsen av deltakerne og der yrkesgruppen ikke er spesifisert eksplisitt i teori og empiri har jeg skrevet inn samlebetegnelsen hjelper. Begrepet er positivt ladet og sier noe om hva man gjør, eller intensjoner heller enn hva man er.

Psykisk sykdom: Samlebetegnelsen psykisk sykdom dekker et vidt spekter av tilstander og er et svært omfattende begrep (Hummelvoll, 2012). I denne oppgaven vil psykisk sykdom være pasienter som lider av ulik grad av tilstander som posttraumatisk stresslidelse, suicidalitet, akutt krisetilstand, psykose, angst og depresjon.

Pasient: Gruppen av mennesker deltakerne (med ett unntak) behandler kalles pasienter. Å ha status som pasient utløser rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste i henhold til §2-1a. i Pasient- og brukerrettighetsloven (Lovdata, 2020). I litteraturen implementert i denne oppgaven brukes klient, pasient og bruker, jeg har også her gjennomgående valgt å skrive pasient.

### 1.4 Avgrensning av oppgaven

Det har vært nødvendig å gjøre flere avgrensninger i oppgaven ut ifra temaets mangfold og kompleksitet. Jeg har valgt å ikke skrive om rusaspektet. Deltakerne fortalte om utfordringer med at pasientene er syke, psykotiske og utagerende, jeg fikk ingen fyldige beskrivelser på spørsmålene om pasientens rusnivå eller rusatferd. Det kan se ut som slitasjen for deltakerne ikke fremstår som resultat av å møte rusatferd eller aspekter av avhengighet, men at det er konsekvensene som følger av et liv i aktivt rus som opptar deltakerne. Dette er i grunnen et

spennende funn i seg selv som jeg ikke har hatt plass til å gå inn i, videre har jeg av hensyn til oppgavens størrelse valgt å nevne kort eller utelate følgende som kunne vært relevant: omsorgsteori og nevrobiologisk forståelse av deltakernes responser og forskjeller i svarene når det gjelder kjønn, alder og lederstillinger kontra ikke lederstillinger. Jeg har kort tematisert Habermas sin diskursetikk og knyttet det til hvordan maktbalanse og åpenhet for den andre fremmer nærende kommunikasjon. Dette skulle jeg gjerne ha hatt plass til å utdype ytterligere, samtidig ville det blitt en annen oppgave.

### 1.5 Litteratursøk

Deltakerne i undersøkelsen jobber med samme pasientgruppe, men har ulike titler og utdannelser. Jeg har derfor valgt å søke bredt når det gjelder ulike steder og yrkesgrupper. Det er likhetstrekkene mellom yrkesgrupper som gjennomgående har vært i mitt fokus. Studier som belyser påvirkning på terapeuter, sykepleiere og psykologer er særlig innlemmet i denne undersøkelsen, deltakerne utfører daglig oppgaver som tilhører disse yrkesgruppene og flere har utdanning innenfor sykepleie og psykisk helse. Litteratursøk er gjort i flere omganger, i planleggingsfasen av studien søkte jeg i databasene Oria.met, Psykinfo, Bibsys, Google Scholar, Idunn og Pubmed og brukte søkeordene «secondary traumatisation, sekundærtraumatisering, burned out, utbrenthet, vicarious traumatisation, vikarierende traumatisering, compassion fatigue, omsorgstretthet, kollegastøtte, relasjonsteori, relasjonskompetanse, posttraumatisk vekst, posttraumatic growth og empatisk tilnærming». Alle søkeordene er blitt brukt med «therapist, terapeut, helsepersonell, health personell». Jeg har også gått gjennom referanselistene til artikler og bøker jeg har funnet i litteratursøk. Særlig Berge (2005) og Anstorp, Benum og Jacobsen (2006) sine referanselister var særlig nyttige for meg.

### 1.6 Oppgavens struktur

Etter introduksjonen følger et kapittel om studiens teoretiske referanseramme, hvor det gis en kort redegjørelse for teori og tidligere forskning innen traumeoverføring og belastning hos terapeuten, relasjonsteori og berikelser i mellommenneskelige møter. Deretter beskrives hvordan jeg har gått frem for å finne svar på problemstillingen. Så følger et kapittel hvor funnene i undersøkelsen presenteres og i det påfølgende diskusjonskapittelet vil resultatene

fra studien relateres til den tidligere forskningen og teoriene brukt i teorikapittelet. Det siste kapittelet er avslutningen og inneholder konklusjonene.

## 2.0 TEORETISK RAMMEVERK

Jeg ønsket å skrive om det som påvirker hjelperne i møtet med utsatte mennesker og hadde på forhånd en antakelse om at mye av teorien var knyttet opp mot sekundærtraumatisering og omsorgstretthet. Empiri, teori og egen erfaring støttet denne antakelsen. Oppsummert forskning omhandlende helsepersonell i omsorgsykker viser tydelige tendenser til økt risiko for å utvikle mentale belastningsreaksjoner. Teorier og empiri inkludert i denne oppgaven spenner fra 90 tallet og opp til 2019. Dette for å få et bredt perspektiv og betone lange tidslinjer i forståelsen av fenomenene.

I en undersøkelse om traumeoverføring lanserte Figley (1995) begrepet compassion fatigue og beskrev fenomenet sekundær traumatisering. Bang (2003) har beskrevet hvordan profesjonelle hjelpere i ulike yrker påvirkes av yrket sitt og Isdal (2019) har skrevet om hvordan behandleren påvirkes av pasientenes fortellinger og behandlingssituasjonen og oppsummerer ulike former for slitasje behandleren utsettes for. Berge (2005) har skrevet en oppsummerende artikkel om terapeutens belastninger og hva som forebygger dette. Jeg har gjennomgående vist til Bang (2003), Isdal (2019) og Berge (2005) for å beskrive hjelpernes reaksjoner på pasientenes historier og hvordan de påvirker inn i privatlivet.

I tillegg var min forforståelse at hjelperne hadde fokus på relasjon, å bli en best mulig behandler og å unngå å ta med seg negative komponenter inn i privatlivet. Etter analysen ønsket jeg å inkludere påvirkning på hjelpernes selvbilde i tillegg til å beskrive fenomener som ivaretar hjelperne. Røkenes og Hansen skriver om relasjonsaspektet, hva hjelperen bringer inn og hvordan skape gode møter. Jeg har brukt Habermas (1999) sin diskursetikk til å belyse etiske aspekter i kommunikasjon og Lund i Anstorp, Benum og Jacobsen (2006) til å utdype terapeutens mestring og egenbeskyttelse. Møtene med pasienter genererer også vekst og berikelser hos hjelperen. Fenomenet posttraumatisk vekst er gjennomgående beskrevet av Tedeschi og Calhoun (1995) som i en undersøkelse fant positive personlige endringer som resultat av å ha gått igjennom en personlig krise. Jeg har vist til denne undersøkelsen for å illustrere hvorfor helpere blir i yrket sitt og finner lyspunkt i det som utarter seg som vanskelig.

### 2.1 Pasientenes historier

Å la seg berøre er en forutsetning for all terapeutisk virksomhet og pasientenes lidelser og ensomhet vil aldri slutte å berøre gode terapeuter (Anstorp et al., 2006), det er viktig å

anerkjenne at yrket innebærer risiko. Vonde historier og sterke følelser som gjenfortelles påvirker hjelperen, dette skjer ikke bare i og rett etter situasjonen, men kan innvirke i dagliglivet på sikt. Det hverdagslige og det ekstreme man opplever i jobbsammenheng må skilles fra hverandre for at hjelperen bevisstgjøres hva som har negativ innvirkning. Når hjelperen utsettes for ekstreme hendelser bemerkes og bearbeides det ofte med det samme. Det er ofte det jevne travet med dagligdagse hendelser som ikke umiddelbart virker u håndterbart som har størst påvirkningskraft (Isdal, 2017).

Seksuelle overgrep mot barn er noe av det tyngste og vanskeligste terapeuter hører om i klinisk praksis. Det utløser følelser av smerte, sinne og opprør i terapeuten og kan resultere i tilbaketrekking og unngåelse av tematikken (Tjernsland, 2006). Når hjelperne affekteres av pasientenes historier og utfordrende hendelser på jobben påvirkes ikke bare den umiddelbare arbeidssituasjonen. Bang (2003) skriver at symptomet tilbaketrekking hovedsakelig skjer i privatlivet. Det kan oppstå trang til å unngå sosiale sammenhenger og vanskeliggjøre intimitet med sine nærmeste. I tillegg til å unngå relasjonelle sammenhenger kan det fremkomme behov for å isolere seg fra sine egne følelser (Bang, 2003).

### 2.1.1 Relasjonsteori

Lambert (1992) oppsummerer i en analyse av virksomme faktorer i terapi hvor stor prosentandel ulike faktorer har ansvar for når det gjelder endring. Analysen viste at kvaliteten på den terapeutiske relasjon utgjør 30 % av de endringsskapende faktorene (Lambert, 1992). Relasjon er altså overordnet teknikker og metoden fagpersonen benytter seg av. Opplevelsen av å ha tillit til og respekt for hjelperen er essensiell for en bærende relasjon. Pasientene kan slik fortelle om og forholde seg til det vanskelige og være åpne for innspill og påvirkning fra fagpersonen (Røkenes og Hansen, 2009). Opplevelsen av blant annet likeverdighet, aksept, forståelse og empati leder til tillit og fortrolighet i relasjonen som igjen beskytter mot belastning fra utfordrende livssituasjoner og legger til rette for helende prosesser. Gjennom disse prosessene virker relasjonsarbeid både tilfriskende (Vatne og Hoem, 2008) og forebyggende (Geirdal og Varvin, 2017).

De som strever med alvorlige psykiske lidelser beskrives ofte som svekket i sin evne til å etablere relasjoner (Borg og Topor, 2014). Røkenes og Hansen (2009) bruker begrepet relasjonskompetanse, som handler om å forstå og å samhandle med andre på en adekvat og hensiktsmessig måte (Røkenes og Hansen, 2009). En god relasjon mellom pasient og hjelper

virker beskyttende, bevegende og forebyggende for pasienten. Isdal (2017) tematiserer at nærhet til den som lider kan ha stor betydning for i hvilken grad terapeuten affekteres av andres lidelse. Nærhet er en viktig bestanddel i relasjon og det som oppleves i en relasjon forsterkes (Isdal, 2017). I behandling vil en god relasjon demme opp for at pasienten kan fortelle sine historier, få adekvat behandling og oppleve bedring. Det kan virke som om det som beskytter pasienten kan belaste terapeuten.

## 2.2 Motoverføring

Både den terapeutiske alliansen og overføring er begreper som brukes om aspekter ved relasjon mellom pasient og terapeut. Begrepene vektlegger i hovedvekt prosesser som skjer hos pasienten og har slik tyngden av fokus på denne ene siden av relasjonen. Motoverføring har sin opprinnelse i klassisk psykoanalyse og muliggjør et fokus på terapeutens reaksjoner (Gabbard, 2005) og (Nilsen, 2014). Begrepet kan forklares som situasjoner der pasienten overfører elementer av det som har vært vanskelig over på terapeuten, terapeuten reagerer i sin tur på det som kommuniseres og det iboende i seg selv og utvikler motoverføring (Muran og Barber, 2010) og (Figley, 1995). Motoverføring er en samtidig kilde til verdifull informasjon om pasientens indre liv og dets påvirkning på behandlingen (Gabbard, 2005). Tilsvarende er kjennskap til hva som er ens eget og hva som er den andres er viktig innsikt (Røkenes og Hansen, 2009). Følelser smitter mellom pasienten til hjelperen og det kan være krevende å bygge seg en selvstendig forståelse og å bestrebe seg på å ikke utagere sine umiddelbare emosjonelle atferdstilbøyeligheter (Nilsen, 2014). Winnicott (1994) har skrevet en artikkel med tittelen «Hate in the counter-transference». Han argumenterer for at det er uunngåelig for terapeuten å oppleve sterke følelser i den terapeutiske relasjonen. Terapeuten må gjenkjenne egne emosjoner for å kunne forbedre relasjonen og behandlingen. Videre må terapeuten være forberedt på å kjenne på følelser av hat i terapisisituasjon og tolerere å bli satt i en situasjon der negative følelser kan forekomme. Når følelsen av hat opptrer hos terapeuten må denne omformes til en objektiv følelse for å kunne brukes objektivt (Winnicott, 1994).

Bang (2003) skriver at for å kunne bearbeide og håndtere opplevelser fra samtaler med andre må vi være i kontakt med oss selv. Dersom terapeuten eksponeres for traumemateriale over tid kan dette endre motoverføringsreaksjonene og føre til dårligere innlevelsesevne både i pasienten og oss selv. Ubearbeidede motoverføringsreaksjoner kan på sikt føre til sekundærtraumatisering for terapeuten (Bang, 2003).

### 2.2.1 Belastningsmodeller

Pasientenes følelser og fortalte historier smitter over på hjelperen (Isdal, 2017). I avsnittet under beskriver jeg hvordan belastninger fra denne smitten kan utvikle seg til ulike symptomer på traumebelastning.

Compassion fatigue, oversatt til omsorgstretthet av Berge (2005) ble først omtalt av Figley (1995). Han implementerte traumeperspektiv i forståelsen av hjelpernes reaksjoner på eksponering av fortellinger om det pasientene har vært utsatt for. I en undersøkelse av traumatiserte Vietnamveteraner observerte han at veteranenes pårørende utviklet symptomer på traumereaksjoner. Figley (1995) fant at omsorgstretthet innebærer reaksjonsmønstre og symptomer som er nesten identisk med primær posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og videreutviklet fenomenet til å gjelde forholdet mellom hjelper og pasient (Figley, 1995). Omsorgstretthet er en naturlig konsekvens av å forsøke å hjelpe folk som er traumatisert eller lever liv i smerte og kan gi utslag som at hjelperen mister troen på at hjelpen gir resultater eller er virksom, miste troen på seg selv og sine ferdigheter eller økt grad av irritabilitet. Omsorgstretthet er en tilstand som inkluderer de indirekte belastninger som historier, lidelse og smerte og de direkte belastningene som vold, dødsfall og krenkelser (Isdal, 2017).

McCann and Pearlman (1990) presenterte en konstruktivistisk teori for å forstå terapeutens reaksjon på pasientens traumemateriale som de kalte vikarierende traumatisering. Teorien står i motsetning til tidligere oppfatninger av motoverføring og utbrenthet ved å vektlegge de grunnleggende endringer terapeuten utsettes for i det relasjonelle samspillet med den de skal hjelpe (McCann and Pearlman, 1990). Hjelperne inngår i empatisk samspill med pasientenes opplevde traumemateriale. Denne eksponeringen setter hjelperne i fare for å utvikle endringer i de kognitive skjemaene og utvikle alvorlige forstyrrelser i oppfattelsen av mening, samhold, identitet og syn på verden. Vikarierende traumatisering medfører også endringer i hvordan tolerere følelsestrykk, psykologiske behov, selvfølelse, forventninger og holdninger til seg selv og andre, interpersonlige relasjoner og sensorisk hukommelse (Pearlman & Saakvitne, 1995).

I tillegg til fenomenene beskrevet ovenfor er traumatisering, sekundærtraumatisering, og utbrenthet belastningsmodeller som til sammen utgjør totalsummen av helserisiko hjelperen er utsatt for. Traumatisering beskriver direkte belastninger, som vold og trusler i arbeidet. Sekundærtraumatisering er et symptomorientert begrep som dreier seg om symptomene

hjelperne utvikler etter å mottatt pasientens vonde traumefortellinger. Symptomene inkluderer overveldelse, unngåelse og hyperarousal (Isdal, 2017). Freudenberg lanserte begrepet «burnout» etter å ha observert hvordan hjelperne i gratis helseklinikker i USA gradvis endret fremtoning og sensitivitet til klientene etter erfaring med å ikke kunne hjelpe innenfor de satte rammene. Dette eskalerte blant annet i depersjonalisering og følelse av forakt overfor klientene (Freudenberg, 1974). Depersonalisering innebærer en emosjonell distansering som kan beskrives som en form for empatisvikt (Maslach og Jackson, 1981).

For å inngå i en god relasjon med pasienten bruker hjelperen seg selv som redskap, i neste avsnitt vil jeg presentere undersøkelser og teorier som viser at stadig granskning og tolking av hva man bringer inn i relasjonen kan påvirke hjelperens selvbilde negativt.

### 2.3 Å bruke seg selv som verktøy, slitasje i selvbildet.

For å kunne forholde seg til pasientene på en meningsfull måte må hjelperne ha innsikt i pasientenes livsverden. God kommunikasjon er en forutsetning for å forklare og forstå den andres virkelighet (Lingås, 2008) og fordrer at man opplever seg møtt av den andre. Det er viktig at det fagpersonen formidler av følelser og tanker er ekte og oppriktig og det er da en forutsetning å kjenne seg selv og sitt indre liv. Rogers skriver at en person som er kongruent i sin kommunikasjon har kontakt med seg selv, sitt indre liv, sine følelser og opplevelser. Det er også samsvar mellom den virkelige opplevelsen og selvoppfatningen (Røkenes og Hansen, 2009).

Ronnes (2002) påpeker viktigheten av at hjelperen ivaretar seg selv. En vesentlig del av denne ivaretagelsen er grensesetting. Det er hjelperen selv som må ha innsikt i hvor grensene for ens yteevne går og må selv sette, ivareta og kommunisere ut disse grensene. Å ikke være oppmerksom på eller ikke ivareta disse grensene kan medføre negative konsekvenser som utbrenthet og negativ psykisk helse (Ronnes, 2002). Bang (2003) beskriver det å ha profesjonell distanse som noe etterstrebart i helsesektoren, og at det har oppstått feilaktig oppfattet likhetstrekk mellom det å være profesjonell og det å være kjølig og klinisk i møte med pasienten (Bang, 2003). Røkenes og Hansen (2009) på sin side betoner balansegangen mellom grensesetting og selvavsløring. De legger vekt på at en fagperson kan være ekte, kongruent og personlig uten å være utilbørlig selvavslørende. Selvavgrensning og øvrig grensesetting er en viktig komponent i sosialt arbeid, samtidig skaper det avstand dersom man



oppfattes som tilgjort og uekte. Hjelperen må bestrebe selvrefleksivitet, som vil si å ha et bevisst forhold til prosesser i seg selv (Røkenes og Hansen, 2009).

Habermas' diskursetikk er tuftet på teorien om kommunikativ handling. Diskursetikken handler om makt og etikk og foreskriver prosedyrer og prinsipper for hvordan moralske valg skal utføres og hvordan den moralske argumentasjonen skal foregå (Habermas, 1999). Å skjule eller holde noe utenfor diskursen er skjult maktutøvelse, åpenhet bidrar til å respektere andres evne til å selvstendig danne seg en oppfatning som likeverdig med egen evne (Henriksen og Vetlesen, 2006). Diskursetikken har åpenhet og likeverdighet som ideal for å komme frem til en moralsk løsning, dette kan overføres til behandlingssituasjonen. For å utøve åpenhet må hjelperne være seg bevisst hvem de er i møtet med pasientene og reflektere over det personlige de bringer inn i relasjonen (Lillevik og Øyen, 2014). Terapeuten kan styrke alliansen ved å blant annet opptre faglig dyktig, fleksibel og lite kritisk i tillegg til å kunne regulere negative følelsestrykk og vise sensitivitet for interpersonlige prosesser (Muran og Barber, 2010). Terapeuten utøver sitt virke på bakgrunn av sin praktiske og teoretiske utdanning parallelt med sine medfødte egenskaper og erfaringer fra levd liv (Lillevik og Øyen, 2014). Personer som har et reflektert forhold til seg selv kan opptre mer nyansert og fleksibelt i møte med andre mennesker, men selvrefleksjon har en bakside. Det kan medføre overdreven selvbevissthet og konstant selvkritisk holdning. Dersom hjelperen kontinuerlig evaluerer og vurderer seg selv vil det virke hemmende i samværet med andre. Dermed kommer selvrefleksjon i veien for å være spontan og umiddelbar. Det er en målsetning å være i kontakt med egne opplevelser og samtidig til stede i samhandlingen, dersom man ikke er helt avstengt i forhold til sitt indre liv vil man kunne være nærværende og umiddelbar i møte med andre (Røkenes og Hansen, 2009).

Lund skriver at terapeutens empati er fundamentet for all klinisk virksomhet (Anstorp, 2006, s. 254) og bidrar til økt belastning for terapeuten. Empati er slik en forutsetning for behandling og samtidig potensielt til skade for terapeuten (Anstorp, 2016). Empati er et rikt og utfordrende fenomen som i likhet med pasientene og livet for øvrig ikke lar seg fange eller beskrive entydig (Thoresen, 2013). Rogers beskriver det som en tilstand av sterk følelsemessig nærhet, men også av avstand og avgrensning. Empatisk tilnærming innebærer både innfølelse i den andres livsverden og refleksjon om dette. Vi kan oppleve å bli triste av å lytte medfølende og empatisk til en annens lidelseshistorie, men vår tristhet er ikke identisk med den andres. Dersom man ikke har tilstrekkelig bevissthet om dette vil vi sammenblende

empati med introspeksjon. Vi tror vi har vunnet innsikt i den andre mens vi i virkeligheten har oppnådd innlevelse i oss selv (Røkenes og Hansen, 2009). Denne sammenblandingen kan medføre at hjelperen opplever motoverføring.

#### 2.4 Å være utsatt på jobb, direkte belastning

I tillegg til å høre på pasientenes historier opplever hjelpere å bli utsatt for belastende situasjoner som for eksempel trusler og vold. Kåver og Nilsonne (2009) skriver at de som arbeider med ustabile pasienter må tåle å leve med større frustrasjoner og provokasjoner enn normalt. Det er lov å bli opprørt, og hvis man blir det kan skaden repareres i ettertid. Pasienten erfarer at det er lov å bli opprørt og at slik oppførsel også forekommer i det virkelige liv (Kåver og Nilsonne, 2009). Lillevik og Øyen (2014) utdyper hvordan kontekst er en virksom komponent i handlingsforløpet. I tillegg til pasientens tilstand er også situasjonen kalt de kontekstuelle faktorene avgjørende for forløpet til uttalte trusler eller utført vold (Lillevik og Øien, 2014). Altså er den gitte situasjonen en komponent i handlingsforløpet. Hammerlin og Salvesen (2014) skriver at det er viktig å skille mellom handling og person. Pasienten er alltid mer enn enkeltstående handlinger, samtidig eksisterer den frie vilje og pasientene kan derfor stå ansvarlig for handlingene sine (Hammerlin og Salvesen, 2014).

##### 2.4.1 Å jobbe med selvmordstruede mennesker

Mange behandlere anser det som en betraktelig belastning å jobbe med selvmordstruede pasienter. Resultatene av en undersøkelse av påvirkning på psykologer viser at å jobbe med selvmordsnære mennesker er en belastning som ikke ser ut til å bli mindre med erfaring (Notø, Olsen, Normann og Løberg, 2005). En profesjonell helper har i tillegg til de relasjonelle oppgavene også juridisk ansvar for de som har begått selvmord. Opplevd selvmordsforsøk eller gjennomførte selvmord kan gi helperne reaksjoner som ligner på dem man ser hos pårørende. Dette innebærer reaksjoner som angst, frykt, tristhet og sorg. I tillegg kan følelser av skam, skyld og likegyldighet oppleves og tendenser til å fleipe med situasjonen kan forekomme (Vråle, 2009). I Helsedirektoratets rapport om Forebygging av selvmord i psykisk helsevern fremkommer det at selvmord ikke kan forutses for det enkelte individ. Flere risikofaktorer kan kartlegges i en selvmordsrisikovurdering, men disse gjelder på gruppenivå. Man har funnet typiske kjennetegn ved å kartlegge særtrekk ved et stort antall

selvmord. Over 90 % av dem som tar sitt liv har en psykisk lidelse som gjør dette til den viktigste risikofaktoren (Helsedirektoratet, 2015).

## 2.5 Vårt mentale immunforsvar og vern

Å skape en trygg kultur for meningsutveksling er bærende for prosessen og resultatet. Teori og empiri støtter en antakelse av at kollegastøtte og samtaler med andre beskytter mot belastning. Diskursetikken kan ifølge Henriksen og Vetlesen (2006) være viktig for etikken på arbeidssstedet ved at den viser hvordan vi i praksis kan utøve grunnleggende moralske plikter som rettferdighet, likeverd, ærlighet og solidaritet. Diskursetikken sikrer nærhet og distanse på samme tid. Den skaper felles basis for menneskene som er sammen om et problem samtidig som den fordrer at vi må bøye oss for å få igjennom noe alle kan være med på. Dette målsetter en nærhet til hvordan andre opplever sin situasjon og nok distanse til å få et overblikk over de ulike partenes perspektiv og egen livsverden (Henriksen og Vetlesen, 2006).

Å ivareta hverandre er en viktig del av det å være menneske. Isdal (2017) setter likhetstrekk ved å ivareta hverandre og å ivareta seg selv. Trygghet og støtte fra gode kollegaer er essensielt og arbeidsmiljøet er derfor en viktig faktor i dette. For å kunne ta best mulig vare på hverandre kan for eksempel inngåelse i respektfull kommunikasjon og å vise omsorg for hverandre skape en kultur der kollegaer oppmuntrer og støtter hverandre (Isdal, 2017). Vråle (2009) skriver at kollegial støtte er uunnværlig for ansatte som jobber med selvmordsnære mennesker og at det er umåtelig viktig å få hjelp til å dele, leve ut og bearbeide den umiddelbare smerten (Vråle, 2009). Organisert debriefing på arbeidssstedet er en god måte for hjelperen til å gjennomarbeide sine følelser og tankeprosesser på. Prosessen bidrar til at hjelperen får en kanal til å snakke seg gjennom hendelser som potensielt kan ha negative ettervirkninger. Fortløpende bearbeidelse av episoder og følelser vil ha positiv påvirkning på det langsiktige spenningsnivået og også på den overordnede mentale helsen (Hummelvoll, 2012). Veiledning anses også som viktig for å hindre utbrenthet (Anstorp, 2006) og handler mye om å justere egne reaksjoner, reflektere over hvordan man opptrer og arbeide med hvordan man kan bruke seg selv i møte med pasienten (Vråle, 2009). Egne ressurser og eget sosialt nettverk kan være vel så viktig i prosessen med å hele seg selv (Edvardsson, 2005).

Å omgi seg med humor og å bruke humor som en mestringsstrategi er viktige forebyggingsstrategier. Humor tilsetter en ekstra dimensjon i livene våre (Figley, 1995). Det å

avreagere på vaktrommet er helt sentralt, bisarr humor og tabubelagte utsagn kan være nyttig for hjelperne til å håndtere utfordrende pasienter (Larsen, 2011).

## 2.6 Berikelser og trivselsfaktorer

Lund skriver at den livsvilje og overlevelseskraft som pasienten har kjempet for og klart å holde fast ved har generert en energi som terapeuten kan bygge videre på i terapisisuasjon og som er i begge parters favør (Anstorp et al., 2006). Undersøkelser av terapeuter som jobber med selvmordstruede mennesker viser at dersom de belastende hendelsene bearbeides og mestres adekvat kan psykologene bli bedre rustet til å møte nye, tilsvarende situasjoner. Det å kunne bidra til reduksjon av smerte og å redde liv anses av noen som så givende og positivt utfordrende at de ønsker å jobbe nettopp med denne pasientgruppen (Olsen et al., 2005). Funn fra undersøkelser av ansatte i et frivillig drevet prosjekt der ansatte kan få bistand med personlige eller arbeidsrettede problemer av andre ansatte indikerer at hjelperne som tilbød klinisk oppfølging og krisehjelp på arbeidsplassen var lite utsatt for utbrenthet, moderat utsatt for omsorgstretthet og hadde høy grad av arbeidstilfredshet (Frey, 2008). Isdal (2017) betegner det som et privilegium å få jobbe med mennesker, bety noe for de og oppleve positive endringer (Isdal, 2017).

Stedene hjelperne møter pasientene er vesentlig for hjelpen de formidler. Borg og Topor (2014) beskriver omgivelsene som et instrument i personalets hender. Handlingsrommet hjelperne og pasientene beveger seg i knyttes til det fysiske rommet der dets betydning i første rekke skyldes de gjeldende regler og rutiner. Steder som fremmer et bredt handlingsrom for pasienten og hjelperen gjør det mulig å utspille flere og åpnere roller, dette fremmer pasientens bedringsforløp. Når pasientene og deltakerne får spillerom til å prøve seg på flere roller utløses en erkjennelse av frihet. En pasient kan være psykotisk og ha en type atferd som ikke trenger å følge vedkommende. Slike steder tåler pasientene på sitt dårlige og på sitt gode (Borg og Topor, 2014).

## 2.7 Posttraumatisk- personlig og mellommenneskelig vekst

Posttraumatisk vekst defineres av Tedeschi og Calhorn (2004) som en opplevelse av positiv personlig endring som oppstår som resultat av å ha gått igjennom en personlig krise og omfatter blant annet økt verdsettelse av livet i sin helhet, økt grad av meningsfulle mellommenneskelige relasjoner, økt opplevelse av personlig vekst, endrede prioriteringer og

mer meningsfull tilværelse. De gjennomførte en undersøkelse som viser at optimisme, utadventhet, evne til å åpne seg for andre og å snakke med andre om personlige temaer er egenskaper som kan øke sannsynligheten for vekst etter traume (Tedeschi og Calhorn, 2004). En undersøkelse om posttraumatisk vekst kan være en mulig konsekvens eller konsekvens av gjennomgåtte belastende hendelser hos sosialarbeidere viste at de som rapporterte å oppleve seg verdsatt i sin profesjonelle rolle skåret lavere på utbrenthet og høyere på jobbtilfredshet og positiv vekst (Gibbons, Dempster og Moutray, 2010).

Å kunne hjelpe mennesker med traumeerfaring er meningsfullt og berikende. Det er avgjørende å opprettholde følelsen av mening og håp i arbeidssituasjonen og å holde fokus på det man bidrar og har suksess med. Istedenfor å inngå i selvkritikk og grubling når man er nedstemt eller har feilet er det viktig å beholde positiv tenkning. Å bevare den overordnede humanistiske siden ved arbeidet med mennesker er en bærende faktor i dette (Berge, 2005). Konstruktiv grubling innebærer gjentakende tankerekker om hendelsen eller konsekvensene av den og er en kognitiv bearbeidelsesprosess hvor man forsøker å skape mening i det som har skjedd og samtidig forsøker å redusere emosjonelt stress. Når man opplever en traumatisk hendelse kan de grunnleggende positive antakelsene om verden bli utfordret, grubling er her et symptom som kan være en del av et vekstforløp ved å mestre håndteringen av emosjonelle reaksjoner (Tedeschi og Calhorn, 2004). Grubling kan slik være kilde til belastning i selvbildet, vanskeliggjøre hjelperens mulighet for å være åpen og impulsiv og også del av et mestringsforløp.

## 3.0 METODE

I denne studien ønsker jeg å undersøke om hjelperen påvirkes av møter med pasienter med samtidig rus- og psykiske utfordringer og i så fall hvordan dette kommer til uttrykk. Videre ønsker jeg å undersøke om det påvirker privatlivet deres. Jeg har foretatt åtte semistrukturerte intervjuer med folk som har stilling i Oslo VELetat og har valgt å kalle de for fellesbetegnelsen «hjelpere». Intervjuene er analysert etter tekstkondenseringmodellen til Malterud (2017). Under redegjør jeg for valg av tilnærming og utvalg.

### 3.1 Vitenskapelig forankring

Vitenskapelige studier skiller seg fra fri fantasi eller tilfeldige meninger og fortellinger ved at kunnskapen er innhentet systematisk og i henhold til de krav vår vitenskapelige kultur anerkjenner. En målsetning med anvendelse av kvalitativt forskningsdesign er å få kjennskap til erfaringer og opplevelser forut for vitenskapelige forklaringer (Kvale og Brinkmann, 2009).

Kvalitative metoder dreier seg om å forstå snarere enn å forklare (Malterud, 2017) og på bakgrunn av studiens problemstilling var det naturlig å forankre den i en humanistisk forskningstradisjon og benytte et kvalitativt design. Jeg har valgt en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming og lar hjelpernes subjektive erfaringer og refleksjoner være det bærende i datamaterialet.

Hermeneutikk er læren om fortolkning av tekster. Formålet med hermeneutisk fortolkning er å oppnå gyldig og allmenn forståelse av hva en tekst betyr (Kvale og Brinkmann, 2009) og det er tolkningen av mening i menneskelige uttrykk som er utgangspunktet for denne forståelsen. I tolkning av tekst vektlegges kontekst, selvrefleksjon og forholdet mellom del og helhet, også kalt den hermeneutiske sirkel. Forskeren fortolker ved hjelp av sin forforståelse og møter tematikken og materialet med kunnskap, holdninger, meninger og forventninger. Det er en målsetning å ha en refleksiv tilnærming til sin forforståelse og ikke agere på denne eller la den virke styrende eller overdøve det empiriske materialet. Å vise gjennomsiktighet gjennom materialet er en forutsetning for oppnåelsen av målsetningen (Malterud, 2017).

Fenomenologi omhandler menneskelig erfaring og beskrives som læren om det som viser seg slik de umiddelbart oppfattes av sansene. Det er Edmund Husserl (1859-1938) som anses å være grunnleggeren. Forståelsen av den menneskelige bevissthet og erfaring står sentralt i

fenomenologien. En forutsetning for denne forståelsen er å sette tidligere kunnskap i parentes og å rette oppmerksomhet mot individets livsverden (Malterud, 2017).

Å ha en fenomenologisk tilnærming i et kvalitativt design innebærer å beskrive og å utforske mennesker og deres erfaringer og oppfattelser av fenomener. Et fenomen kan være en handling eller en ytring og for å forstå meningen bak disse må de sees i lys av den konteksten de forekommer innenfor. Inkludering av sammenheng der mening skapes er derfor nødvendig for et pålitelig og gyldig resultat (Johannesen, Tufte, Christoffersen, 2016).

### 3.2 Forskerens forforståelse

Oppgaven ble initiert ut ifra en hypotese jeg hadde om at ansatte påvirkes av gjentakende eksponering for pasientenes historier om barnemishandling, overgrep og vold. Ved å ha jobbet 10 år i feltet har jeg hørt kollegaer fortelle at de opplever at skjebner og hendelser påvirker deres humør eller relasjoner og bringer en sårbarhet inn i privatlivet.

Som forsker ser man fenomenene som studeres i et bestemt faglig perspektiv. I den hermeneutiske forskningstradisjon er meningsfenomener som relasjoner, følelser, handlinger og institusjoner i sentrum. Empirien forekommer ikke ved observasjon alene, men må tolkes i lys av kontekst. Forskeren er en del av den sosiale virkeligheten og ingen nøytral tilskuer (Nyeng, 2012). Forforståelsen er summen av alt vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet. Den påvirker hva som observeres og hvordan disse vektlegges og tolkes. Den kan videre være basert på egne erfaringer og oppfatninger eller på forskningsbasert kunnskap. Forskeren har på bakgrunn av dette på forhånd laget seg oppfatninger om hva det er interessant å undersøke og hva slags resultater som forventes (Johannessen et al., 2010). Jeg har forsøkt å ha en reflektert holdning til egen påvirkning på forskningsmaterialet og å vise lojalitet i gjenfortellingen av deltakernes meningsinnhold. Det var min målsetning å være mest mulig tilstede i intervjuene og å ta inn deltakernes responser for slik å vinne innsikt i deres livsverden. Dette uten å la min forhorisont styre hva jeg trodde kom til å fremheves. Jeg inkluderte bare personer jeg ikke jobber tett med i studien for å ikke risikere at min kjennskap til deltakernes livsverden ville vært fremtredende og dermed at min egen forforståelse ville bli unødvendig styrende. Ved å bruke en semistrukturert intervjuguide hadde jeg på forhånd bestemt meg for hva jeg ønsket å innhente informasjon om. Jeg fikk følgelig ikke vite noe om alt det jeg ikke spurte om. Etter at dataene var samlet inn valgte jeg hvilket materiale som ble inkludert og presentert. Ved å tolke informasjonen ila jeg den mening og mine

forhåndsoppfatninger var sannsynlig styrende for hvilke funn som ble vektlagt. Dette var noe jeg kontinuerlig var bevisst og jeg behandlet dataene så samvittighetsfullt jeg evnet. I tillegg til min tolkning hadde deltakerne selv en oppfatning av virkeligheten som jeg har presentert, slik er mye av informasjonen om den sosiale virkeligheten meningsbærende i seg selv (Johannessen et al., 2010).

Jeg har akademisk og helsefaglig utdanning. Der jeg jobber møter vi mennesker i akutt krise. Pasientene kan være ruspåvirket, alvorlig syke og er ofte ensomme. De ansatte etterstreber å etablere en relasjon, og jobber utifra en hypotese om at det å kunne hjelpe målrettet og riktig fordrer forståelse for den andres behov og ønsker.

Jeg har forsøkt å stille spørsmålene på en åpen og nøytral måte. Flere av spørsmålene deltakerne ble stilt omhandlet deres reaksjoner på pasientenes historier og jeg forsøkte å ikke lede de på noen måte, men spørre etter konkrete eksempler. Temaet «Slitasje i selvbildet» i tabellen i kapittel 5 hadde jeg på forhånd av analysen ikke reflektert over, men ble gjort oppmerksom på av intervjupersonene. Jeg har forsøkt å være meg bevisst min profesjon og mine oppfatninger gjennom hele forskningsprosessen og å ikke la de være styrende og er spent på om jeg klarer å unngå å overføre mitt syn på tematikken til deltakerne og tilsidesette dette under analysen. Jeg ser i ettertid at for eksempel å ha med ordet belastning i overskriften jeg opererte med da intervjuene ble gjennomført kunne være ledende. Kanskje hadde deltakerne fokusert mer på positive aspekter dersom jeg hadde valgt en mer nøytral tittel.

### 3.3 Utvalg og rekruttering

Kvalitative undersøkelser har som målsetning å erverve mest mulig informasjon og å få fylldige (tykke) beskrivelser av fenomener. Videre har rekruttering av intervjupersoner en klar hensikt, som i metodelitteraturen kalles strategisk utvelgelse av intervjupersoner. Utvelgelsen av deltakere skjer ikke på grunnlag av representativitet, men av hensiktsmessighet. For å få samlet inn nødvendig data finner forskeren sin målgruppe for deretter å velge ut personer derfra som kan delta i undersøkelsen (Johannessen et al., 2010).

I forbindelse med utvalg og rekruttering til studien ble det foretatt et strategisk utvalg. Målgruppen var ansatte som jobbet i direkte pasientkontakt med pasienter med rusavhengighet og psykiske utfordringer. Et av forskningsspørsmålene er om ansatte påvirkes over tid. Det var derfor ønskelig for meg å intervju deltakere som hadde jobbet mer enn seks



år med gruppen pasienter. Utvalget består av åtte deltakere hvorav fire kvinner og fire menn. Rekrutteringen ble gjort i min egen organisasjon. Jeg forhørte meg med kollegaer og ledere innad i organisasjonen om hvem som kunne passe utifra kriterier som blant annet fartstid, åpenhet og god evne til refleksjon og kommunikasjon. Ut i fra dette fikk jeg forslag til fire deltakere, selv hadde jeg også sett meg ut fire deltakere. Samtlige av deltakerne var på forhånd kjent for meg og kjente til meg. De er samarbeidspartnere med ansvar for pasientene tilhørende etaten jeg jobber i og kollegaer fra andre grener i organisasjonen. De er mellom 35-70 år, samtlige har helsefaglig eller akademisk utdanning og ulike former for videreutdannelse. Jeg har enten samarbeidet med deltakerne om felles pasienter eller samarbeidet med de på fagmøter eller i faggrupper. Der er min oppfatning at deltakerne på forhånd av undersøkelsen utmerket seg som reflekterte og kunnskapsrike. De har også på forhånd gitt uttrykk for å ha en åpenhet omkring seg selv i arbeidet med pasientene og i samarbeid med kollegaer. Det var i forkant av rekrutteringen planlagt å ha med seks informanter, men endte opp med åtte navn på listen. Slik jeg vurderte det ville alle kunne gi viktige bidrag til oppgaven og jeg bestemte meg for å spørre alle om deltakelse. Av de åtte spurte svarte samtlige ja. Alle ble informert skriftlig og muntlig om at de når som helst kunne trekke seg og sitt bidrag. Samtlige godkjente bruk av lydopptaker og gjennomførte intervjuene. Alle ble informert muntlig og skriftlig om at de når som helst kunne avbryte eller trekke sitt bidrag.

### 3.4 Ethiske overveielser

I denne studien blir ansatte som jobber med pasienter med utfordringer med rus og psykisk helse i tillegg til somatiske utfordringer direkte berørt. De intervjues om tema nært tilknyttet pasientene sine og fortellinger og episoder omhandlende disse inkluderes i oppgaven. Forskningsetiske retningslinjer presiserer at forsker har et særlig ansvar for sårbare og utsatte grupper i befolkningen. Ansatte i helsevesenet har ikke samme krav på beskyttelse som pasienter når de inkluderes i forskningsstudier, jmf Helsinkideklarasjonen. Det er da nødvendig at forskeren utviser etisk skjønn (Malterud, 2017).

Studien er meldt til og godkjent av personvernombudet for forskning, NSD – Norsk senter for forskningsdata. Studien ble meldt tidlig i prosessen og før intervjuene startet. Meldeskjemaets nummer er: 247099.

Funnene i datamaterialet er anonymisert og presentert på en måte som sikrer intervjupersonen, pasienter og kollegaer som deltakerne forteller om sin anonymitet. Intervjunotater og lydopptak ble merket med tall og oppbevart i låst skap. Det ble ikke koblet eller lagret personopplysninger.

#### 3.4.1 Hjelperne

Malterud (20017) skriver om fire former for risiko eller belastning deltakerne kan oppleve i kvalitative studier: Psykisk uro, misbruk av dataene, fordreining og gjenkjenning. For at deltakerne ikke skal kunne gjenkjennes har jeg valgt å ikke nevne deres tittel eller eksplisitte utdanning men kalle de for hjelpere eller ansatte i tillegg til deltakere og intervjupersoner. Spørsmålene er forsøkt utformet slik at de ikke skulle virke invaderende, men samtidig sikre at deltakerne svarte ærlig og personlig. Ved å tematisere utfordringer eller avdekke sårheter kunne deltakerne måtte gjenhente episoder det har vært adaptivt å ikke tenke på. Jeg hadde på forhånd ikke utredet for om de for eksempel var i en sårbar situasjon som kunne medføre at etterarbeidet ved å snakke om utfordrende temaer kunne bli tungt og krevende. Studien kunne også bidra til å fremme et for stort fokus på det som er vondt og vanskelig. Jeg har likevel valgt å gå videre med undersøkelsen. Isdal (2017) skriver at fokus på ansattes helse og velbefinnende er nyttig. Å tematisere belastning vil etter min oppfatning kunne bidra til nysgjerrighet om økt kunnskapsnivå om måter å beskytte seg og kollegaer på og en debatt på arbeidstedet om hva som kan tåles. Deltakerne deltok i veiledning og oppga å ha et nært forhold til kollegaer, dette var kjent for meg før intervjusituasjonen startet. Slik tenkte jeg at de ville bli ivaretatt av andre dersom intervjuene satt i gang tøffe tankeprosesser eller dersom de opplevde psykisk uro. De tre andre formene for risiko er vurdert i avsnitt 4.

Kvale og Brinkmann (2009) skriver at det kan oppleves som en berikelse å være med i et forskningsprosjekt, deltakeren opplever en genuin interesse for sine erfaringer og tanker og får muligheten til å snakke fritt under kontrollerte rammer. Jeg har tro på å tørre stille disse spørsmålene. Å gjøre hverandre bevisst er å gjøre hverandre gode, og å kommunisere det ut kan bevisstgjøre andre hjelpere til å ivareta egen psykisk helse.

#### 3.4.2 Pasientene

Deltakerne intervjues om en sårbar og marginalisert gruppe. For å anonymisere pasientene som hjelperne forteller om har jeg valgt å utelukke eventuelle diagnoser, sykdomsbilde og

kjennetegn. Det er essensielt å spørre seg om det vil bli vanskelig for pasientene å lese denne oppgaven dersom funn tilsier at det kan være belastende å hjelpe de? Svaret på dette er mest sannsynlig ja. Deltakernes illustrasjoner og fortellinger handler om pasienter som lever et til tider annerledes, ensomt og svært utfordrende liv. Det er legitimt å spørre seg om min innfallsvinkel til oppgaven vil kunne kjennes som en belastning for pasienter i en allerede utsatt situasjon. Vil de fortsette å fortelle sine historier dersom de leser at det på den ene siden er nyttig for relasjon og innsikt, men på den andre siden kan virke belastende for hjelperen? Vil pasienter velge å sensurere sine uttrykk og på den måten ikke motta hjelpen de trenger? Relasjonen (Lambert 1992) og at det hjelperen formidler av følelser og tanker er ekte og oppriktig (relasjonskompetanse) er essensielt for pasientenes endringspotensiale. Det er en forutsetning at hjelperen kjenner seg selv og sitt indre liv for å kunne hjelpe (Røkenes og Hansen, 2009). Jeg valgte å skrive denne oppgaven fordi jeg tror at å innhente kunnskap om hva som fungerer og hva som kan eller bør endres vil kunne gagne pasientene. Å styrke relasjonskompetansen vil komme begge parter til gode (Røkenes og Hansen, 2009).

### 3.5 Gjennomføring av kvalitativt intervju

Trening og erfaring med å utføre intervjuer er ifølge Kvale og Brinkmann (2009) en forutsetning for god kvalitativ forskning. Jeg hadde utformet en semistrukturert intervjuguide som inneholdt tema jeg ønsket å belyse, samtidig som spørsmålene var mest mulig åpne for at deltakerne skulle kunne reflektere og bringe inn nytt materiale. Jeg gjennomførte pilotintervju enkeltvis på to av mine kollegaer før jeg startet prosessen med utvelgelse av intervjupersoner. Det var på forhånd kommunisert at jeg ønsket tilbakemelding på spørsmålene, om de var klare og om noen virket støtende eller ugreie å svare på. Jeg spurte også om jeg hadde noen ubevisste uvaner. Jeg ble gjort oppmerksom på at jeg hadde en trang til å bekrefte intervjupersonen, dette ville virke ledende og uprofesjonelt og jeg trente på å fremstå mest mulig nøytral. Jeg oppdaget også at det ofte kunne være litt vanskelig å få intervjupersonene til å gi fyldige beskrivelser. Jeg øvde meg derfor på å si: Fortell mer om det, kan du gi eksempler, heller enn å gå til neste spørsmål. Etter pilotintervjuene ble intervjumalen justert. Jeg inkluderte hjelpespørsmål under hovedspørsmålet for å få en mest mulig utfyllende beskrivelse i de spørsmålene der jeg ønsket å få eksempler og refleksjoner. Jeg oppdaget også at jeg la for stor vekt på inntrykkene fra fortellingene hjelperne har hørt og inkluderte flere spørsmål om inntrykk fra episoder hjelperne har opplevd.

I mitt kliniske virke gjennomføres pasientsamtaler på daglig basis, enten de oppstår spontant eller ut ifra en avtale. Samtaleferdighetene mine har på denne måten blitt utviklet over tid og jeg hadde tiltro til at jeg ville kunne ivareta informantene og stille spørsmålene på en mest mulig åpen og nøytral måte. Å kultivere disse samtaleferdighetene var tidvis utfordrende, i denne rammen var det jeg som hadde initiert samtalen og jeg som ønsket svar på område av interesse. Jeg hadde et latent ønske om at deltakerne skulle få noe meningsfullt ut av deltakelsen. Etter pilotintervjuene forsøkte jeg å vifte disse tankene bort og å fokusere på å være mest mulig tilstede i deltakerens kommuniserte livsverden.

Intervjuene foregikk i deltakernes arbeidstid og var på forhånd godkjent av eventuelle ledere på stedet. Tre av intervjuene ble gjennomført på mitt arbeidssted og resten på arbeidstedet til den enkelte. Intervjuene ble gjennomført individuelt og ansikt til ansikt. Jeg hadde forberedt meg på at noen av spørsmålene kunne oppfattes ubehagelige og hadde på forhånd bestemt meg for å være årvåken på dette og gå videre til neste spørsmål hvis jeg merket meg reaksjoner. Slik jeg ser det viste ingen av deltakerne tegn til ubehag og alle intervjuene hadde en lett tone. I ett av intervjuene ble jeg rørt, fikk tårer i øynene og kremtet. En slik reaksjon hos intervjueren kan påvirke materialet videre. Det var tilløp til latter og humor i alle intervjuene som jeg vurderer å være en fin avveksling på ømfintlig tema og også et tegn på en avslappet stemning. Spørsmålene er forsøkt stilt på en slik måte at svarene blir mest mulig spesifikke, for å avdekke holdning og hendelser og ikke som en dagligdags samtale. Syv av intervjupersonene var svært kommunikative og fortalte, forklarte og assosierte, mens en svarte mer konkret på spørsmålene. Alle intervjupersonene reflekterte over spørsmålene og alle brakte noe nytt og verdifullt inn i materialet.

Jeg avsluttet intervjuene med å spørre om det var noe mer de ønsket å si noe om eller om de synes noe hadde kommet ut skjevt og noen valgte å utdype tema i intervjuet.

Intervjuene foregikk på forskjellige steder i regi av Oslo Veletat. Ved ett tilfelle gikk jeg og intervjupersonen forbi noen pasienter som kjenner meg godt og sa noe komisk upassende om kroppen min, dette reflekteres i begynnelsen av intervjuet og kan tydelig høres på lydopptaket ved at vi fniser og bruker litt tid på å komme i gang. I ett annet intervju kom en av mine pasienter løpende inn i rommet, kraftig ruspåvirket av sentralstimulerende midler. Han veivet med armene og var tydelig aggregert. Pasienten kastet papirer på bordet og i fanget mitt. Situasjonen ble løst raskt og det er min oppfatning at hendelsen ikke affekterte den videre intervjusituasjonen.

I ett intervju bjeffer en hund som sto rett utenfor vinduet gjennom første halvdel av intervjuet. Ved tre av intervjuene ringer telefonene sporadisk gjennom hele intervjuet. Samtlige intervjupersoner arbeider med akutte hendelser og holder roen når hektiske elementer oppstår, det er derfor mitt inntrykk at slike uromomenter ikke hadde stor innvirkning på gjennomføringen hverken for deltakerne eller meg selv.

Deltakerne i denne undersøkelsen er forelagt resultat- og diskusjonskapittelet og blitt bedt om å informere ønskede endringer dersom de kjenner seg igjen på en uønsket måte, om pasienter har blitt beskrevet på en måte som er ikke gjenkjennbar for de selv eller andre eller opplever at de selv eller pasientene som de har beskrevet er blitt fremstilt på en uriktig eller ikke representativ måte. Ingen av deltakerne har hatt innvendinger.

## 4.0 ANALYSE

### 4.1 Transkripsjon

Ut ifra problemstillingen samler forskeren inn de data som er mest relevante og pålitelige for forskningen. All data må dokumenteres og lydopptak skrives ut som tekst. Denne prosessen kalles transkribering (Johannessen et al, 2010), man omformer muntlig kommunikasjon til en skriftlig tekst (Kvale og Brinkmann, 2009). Oversettelsesleddet der data bearbeides fra tale til tekst vil inneholde unøyaktigheter, dette fordi tolkningen alltid har et subjektivt preg. Ulike former for filtrering vil medføre at mening går tapt eller forvrenges (Malterud, 2017).

Jeg transkriberte lydopptakene selv etter hvert av intervjuene og forsøkte å notere ned den nonverbale kommunikasjonen jeg husket. Jeg skrev også ned der det forekom latter, sukking, kremting, lange pauser, stamming og betoning av enkelte ord i den transkriberte teksten. Jeg hørte på intervjuene gjentatte ganger og ble grundig kjent med materialet. Underveis dukket det opp nyanser og informasjon jeg ikke husket fra den opprinnelige intervjusituasjonen. Jeg transkriberte ordrett, lydopptaksmaterialet var i underkant av fem timer og genererte ca 65 sider med tekst. Det lengste intervjuet varte i overkant av en time og det korteste i 25 minutter. Resten av intervjuene varte i mellom 35-45 minutter.

### 4.2 Analyseprosessen

Kvale og Brinkmann (2009) skriver at det ikke finnes fasitsvar for hvordan analyseprosessen skal praktiseres eller gjennomføres, men at det er en forutsetning at dataene systematisk filtreres og reduseres. Jeg valgte å bruke Malterud (2017) sin modell for systematisk tekstkondensering. Formålet med denne analysen er å bygge bro mellom rådata og resultater ved at materialet organiseres, fortolkes og sammenfattes. Analysen søker å utvinne kunnskap om deltakernes egne erfaringer og livsverden innenfor område av interesse. Analysemetoden har en fenomenologisk forankring, er inspirert av Giorgi og beskriver fire trinn:

Trinn 1: Danne seg et helhetsuttrykk

Trinn 2: Identifisere meningsbærende enheter

Trinn 3: Abstrahere innholdet

Trinn 4: Sammenfatte betydningen

(Malterud, 2017).

#### 4.2.1 Første trinn: Danne seg et helhetsinntrykk

Intervjuene leses så nøytralt som mulig, men også grundig nok til å få et overblikk over materialets helhet. Det er en målsetning å være seg sin forforståelse og sin teoretiske referanseramme bevisst og å sette disse til side. Etter å ha lest teksten kan forskeren spørre seg om det er noen foreløpige temaer som utmerker seg og samtidig kontinuerlig forsøke å unngå å se sammenhenger, systematisere eller ta stilling til innholdet (Malterud, 2017).

Etter å ha transkribert intervjuene hadde jeg en formening om at deltakerne hadde svart strengt på spørsmålene mine og at jeg ikke hadde noen funn. Jeg trøstet meg med at ingen funn også er funn, selv om det kan være vanskelig å motivere seg for å skrive ut oppgaven. Etter å ha lest gjennom intervjuene samlet med målsetning om å legge forventninger og kunnskap til side stilte saken seg annerledes. Jeg oppdaget tema på bakgrunn av konkrete svar på spørsmålene som for eksempel: pasientenes historier og overgang mellom jobb og hjemmesituasjon. I tillegg trådde nye og uventede temaer opp som: motoverføring og pasienten utfordrer selvbildet. Deltakerne gav også gjennomgående tykke beskrivelser og det videre arbeidet med analysen fremsto spennende.

#### 4.2.2 Andre trinn: Identifisere meningsbærende enheter

I andre trinn av analysen blir materialet sortert etter hva som vurderes å være relevant og irrelevant tekst for temaene som fremtrer i materialet og for studien for øvrig. Med hensikt i å kartlegge meningsbærende enheter og tekstdeler blir den transkriberte teksten lest gjentatte ganger og data som belyser problemstillingen velges ut (Malterud, 2017). I dette trinnet leste jeg linje for linje med fargeblyanter i hånden for å kartlegge meningsbærende enheter og tekstdeler som ville passe med problemstillingen. Jeg laget fargekoder i flere omganger og startet så om igjen med tallkoder. Ved å klassifisere materialet med tall fikk jeg den oversikten jeg ønsket. Flere av meningsenhetene hadde innhold som passet inn i flere av tallene, dette løste jeg ved å gi de et nytt tall.

#### 4.2.3 Tredje trinn: Abstrahere (oppsummere) innholdet

I analysens tredje trinn sorteres de meningsbærende enhetene ved å lage subgrupper til temaene. Når subgruppene lages, tolkes teksten ut ifra et faglig perspektiv. Her skal forskeren

benytte seg av tilegnet kunnskap og erfaring. Det er altså forskerens faglige utgangspunkt som er styrende for subgruppene som velges (Malterud, 2017).

Etter å ha laget subgrupper til de meningsbærende enhetene skal innholdet kondenseres. Det vil si at essensen skal trekkes ut. Å lage kunstige sitater er hjelpemiddelet for dette. Resultatet er utsagn som ikke nødvendigvis er hentet ordrett fra deltakerne, men som oppsummerer innholdet fra de meningsbærende elementene fra subgruppen. Deretter lages det «gullsitater», 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: Sammenfatte betydningen

I fjerde og siste trinn av analysen foretas en rekontekstualisering. Funnene sammenfattes i form av gjenfortellinger som kan legge grunnlag for nye beskrivelser eller begreper som formuleres slik at en utenforstående kan lese sammenhengen. Det er viktig å være lojal mot deltakernes oppfatninger og formidle sammenfatningen på en måte som gir leseren innsikt og tillit og som deltakeren kan stå inne for (Malterud, 2017).

I dette trinnet ble funnene skrevet ut. Jeg satt modellen til side og valgte å fortsette å benytte aktiv jeg-form og ikke tredje person slik det anbefales i analysemetoden. Dette for å beholde nærhet til materialet og presisere at det er informantene som formidler dette. Funnene ble validert ved å systematisk lete etter selvmotsigelser i materialet og å se etter data som var motstridende med problemstilling eller konklusjon (Malterud, 2017). Jeg justerte kodegruppene og gav de nye overskrifter. Jeg valgte vekk subgrupper som ikke fremsto relevante for problemstillingen.

#### 4.3 Illustrasjon av analyse

Under har jeg illustrert analysearbeidet ved å lage en tabell der jeg har skrevet in de fire trinnene i systematisk tekstkondensering ut ifra et utsnitt av materialet mitt.

Tekstutsnitt:

*Grov vold er vanskelig, når folk er blitt utsatt for veldig, veldig grov vold, når de fortsatt også til en viss grad også lever under fare. Det er veldig vanskelig å høre om. Grov*



*mishandling i oppveksten, em, selv om de nå er 40 år så er det forferdelig å høre på. Hva de har opplevd i oppveksten sin. Ting som har skjedd de i aktivt misbruk gjør veldig veldig vondt å høre på. Jeg har lært meg hva jeg må gjøre når, og det tror jeg jeg klarer bra på en måte, for å komme hjem til barna mine og på en måte, ja altså, jeg må klare det skifte mellom å ha sittet og hørt på beskrivelser av veldig grov vold, dramatiske hendelser de har opplevd i livet sitt, så skal jeg lede et foreldremøte og da må jeg (ler) også høre på, da er det også viktig for de foreldrene som er misfornøyde med at ungene ikke har kommet på det laget de vil at de skal komme på i fotballen. Da kan ikke jeg på en måte bare jaja, men barnet ditt har det ganske greit. Jeg må klare det skiftet, rusle meg noen runder og bare lufte det litt i parken. Jeg tror generelt så har det påvirket meg veldig. Jeg føler meg litt sånn heldig, fordi jeg får møte ikke sant, jeg får jo, folk kommer hit og snakker om veldig veldig personlige ting, snakker om ting de strever med, snakker om ting de har opplevd, snakker også om mye spennende ting de har opplevd, og jeg tror sånn det har påvirket meg privat så tror jeg det liksom bare har gjort meg veldig ydmyk også for mennesker da, ja, hva mennesker er, hva mennesker er kapable til å reise seg fra. Jeg er veldig glad i folk da, også tror jeg at jeg har blitt enda mer glad i folk av å ha denne jobben her, ja, at jeg har blitt enda mer nysgjerrig på hvem er du og og kanskje har enda mer respekt for alt som ikke synes på utsiden. Eh, som finnes på innsiden, av hva folk, eh, har opplevd og strever med og eh ja bærer på da, man skubber nå på den trillebåra si alle sammen og noen skubber på, nå blir det veldig billedlig her, men noen har rett og slett opplevd utrolig mye.*

Trinn 1: Materialet leses grundig for å få et helhetlig overblikk. Lesingen utføres så nøytralt som mulig og man forsøker å legge forforståelsen til side.

Observasjoner og det som utmerker seg:

Grov vold og mishandling i oppvekst er vanskelig å høre om. Skiftet mellom jobb og hjem krever innsats. Føler seg heldig som får høre folks fortellinger. Blitt påvirket som person, blitt mer ydmyk, nysgjerrig og glad i folk. Respekt for det folk bærer på i det skjulte.

Mulige temaer fra utdraget:

- Pasientene utsettes for vold
- Utfordringer med pasientenes fortellinger

- Skiftet mellom jobb og hjemmesituasjon krever teknikker
- Pasientenes historier beriker
- Jobben former menneskesynet

Trinn 2: Meningsbærende enheter identifiseres og deler som belyser problemstillingen velges ut og sorteres under tema. I tekstutsnittet i trinn 1 har jeg valgt ut og framhevet meningsbærende enheter i kursiv. I min gjennomgang sorterte jeg ved hjelp av tall.

Trinn 3:

Her sorteres de meningsbærende enhetene ved å lage subgrupper til temaene og teksten tolkes ut ifra et faglig perspektiv. Innholdet kondenseres og det lages subgrupper. Deretter lages gullsiter for å fange essensen fra innholdet.

Eksempel på tema kunne vært: Pasientenes historier

Med subgrupper: De utfordrende historiene, de berikende historiene.

Gullsitat for subgruppen De berikende historiene kunne vært: «Jeg er heldig som får høre pasientenes historier. Jeg har hørt hva folk har reist seg fra og hva de bærer på. Det har gjort meg enda mer ydmyk, nysgjerrig på og glad i folk».

Trinn 4: Funnene sammenfattes som gjenfortellinger laget med temaer og subgrupper. Dette kan legge grunnlag for nye beskrivelser eller begreper som formuleres slik at en utenforstående kan lese sammenhengen. Trinn 4 gjennomføres i neste kapittel.

#### 4.4 Pålitelighet og gyldighet; reliabilitet og validitet

Validitet og reliabilitet kan ikke brukes helt på samme måte i kvalitativ som i kvantitativ forskning. Reliabilitet handler om målsikkerhet, dersom en kvantitativ studie har god reliabilitet vil det samme resultatet produseres ved hver måling. I kvalitative studier vil en ikke kunne oppnå to identiske målinger fordi møter mellom mennesker ikke kan repeteres på en slik måte. Kvalitative studier vurderes derfor ut ifra datainnsamlingens konsistens og

troverdighet. Pålitelighet, eller reliabilitet handler altså om hvor godt metoden klarer å undersøke det man har til hensikt å undersøke (Kvale & Brinkmann, 2009).

Gyldighet, eller validitet er et mål på hvor bevisst forskeren har vært sin egen forforståelse. I kvalitativ forskning bruker forsker forskeren seg selv som instrument og må ha et bevisst forhold til egen påvirkning av materialet (Kvale & Brinkmann, 2009).

Det kvalitative forskningsmaterialet er klart verdiladet og kontekstavhengig. Ingen andre har samme erfaringsbakgrunn som forskeren og det vil være vanskelig å kopiere en annens forskning (Johannessen et al., 2010). Forskeren må reflektere over sin egen påvirkning av materialet for å ikke produsere ensidige eller vridde tolkninger og må også etterstrebe refleksiv objektivitet; en bevisstgjørelse av bidrag til kunnskapsproduksjonen. I hermeneutisk forskning står forskerens forhorisont sentralt og slutninger treffes med utgangspunkt i fordommene. Det er essensielt å bevisstgjøre seg og vise gjennomsiktighet i prosessen (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg har forsøkt å forholde meg til min forhorisont på en refleksiv måte og holde på åpenheten og nysgjerrigheten til fenomenene. Det er allikevel sannsynlig at jeg har blinde flekker som påvirket hvilke spor jeg valgte å følge (Malterud, 2017). Jeg har hatt fokus på å være det Johannessen et al. (2010) beskriver som en utvelgende aktør. For å forsøke å etablere metaposisjoner og sikre gjennomsiktighet har jeg hele veien vist mitt materiale til min veileder og også fått innspill fra to utenforstående.

#### 4.5 Metodiske refleksjoner på forskningsprosessen og datakvalitet.

Er det som måles i undersøkelsen det som i utgangspunktet skulle måles? Dette betegnes som begrepsvaliditet. Validitet i kvalitative undersøkelser handler om «*i hvilken grad forskerens fremgangsmåter og funn på en riktig måte reflekterer formålet med studien og reflekterer virkeligheten*» (Johannessen et al, 2010, s 230). Validiteten, eller troverdigheten kan styrkes ved å la deltakerne lese og bekrefte resultatene eller ved å la andre kompetente personer analysere datamaterialet for å se om de kommer fram til samme fortolkning (Johannessen et al, 2010). I denne studien er veileder i flere omganger forelagt transkripsjon av intervjuene og temaene. Det har vært en målsetning at forskningsprosessen skulle foregå så gjennomsiktig som mulig og deltakerne er som tildligere nevnt også forelagt materialet.

Mitt siktemål har vært å oppnå dybdekunnskap om et avgrenset område, forstå hvilken meningen erfaringer og hendelser har for deltakerne og se om det er mulig å utarbeide

hypoetiser eller generalisere erfaringene til bruk for andre. Kvalitative undersøkelser egner seg godt til å samle inn data på tema som tidligere er lite belyst og valget av kvalitativ semistrukturert intervju passet med den type data jeg var ute etter.

I analysen av dataene er det viktig å være seg sin forhorisont og egen påvirkning på hvordan datamaterialet tolkes bevisst. Sammenheng mellom datamaterialet og funnene tyder på godt utført valideringsarbeid (Malterud, 2017). Mitt intervjumateriale viser at jeg fanget opp nyanser og temaer jeg anså som viktige for deltakeren og undersøkelsen. Jeg fulgte opp utsagn, stilte utfyllende spørsmål og ba om eksempler. Intervjumaterialet viser at deltakerne snakket fritt, reflekterte og brakte nye ideer, sammenhenger og vendinger inn i materialet.

Representativitet har ikke like stor betydning for kvalitative- som for kvantitative forskningsdesign. Det er ønskelig at informantene skal belyse de forskningsspørsmålene som foreligger. Jeg vil argumentere for at deltakerne i denne i undersøkelsen er representative i den forstand at det er lagt vekt på kjønnsbalanse, alderssammenstening, erfaring og pasientgruppe. De er ikke tilfeldig sammensatt, men valgt ut utifra mitt kjennskap i tillegg til å konferere med utenforstående som hadde nok avstand til å være objektiv. Deltakerne ble videre valgt ut ifra kriterier som at de har vist seg å være reflekterende, virker interessert i sine arbeidsoppgaver og er kommunikative. Dette må sies å være fortrinn som måles subjektivt. Materialet kan være preget av at utvalgs-kriteriene utpekte intervjupersoner med helt spesielle personlighetstrekk som igjen har formet resultatene i materialet. I så fall vil funnene i oppgaven kunne overføres på folk som innehar disse trekkene og andre vil i mindre grad kjenne seg igjen.

I seks av intervjuene var jeg tydelig gravid. Det kan tenkes at å eksponeres for graviditet i intervjusammenheng kan påvirke svarene om personlige opplevelser, sårbarhet og utfordringer. Etter gjennomlesning av intervjuene med fokus på dette har jeg ikke funnet belegg for at de to første intervjuene (eller pilotintervjuene) skiller seg fra de resterende.

Å intervju åtte deltakere i et begrenset materiale er i overkant med henhold til transkripsjon og analysearbeidet. Samtidig bidro det til et rikt, spennende og variert materiale. I retrospeksjon ser jeg det som en uforbeholden fordel å ha mange deltakere i prosjektet, hvert enkelt intervju ga essensiell informasjon og berikende historier og illustrasjoner.

Et kritikkpunkt er kjennskapet til samtlige av informantene før undersøkelsen startet. Det var min vurdering at vi ikke kjente hverandre godt nok til at det ville være styrende eller

hemmende for informasjonsflyt. I intervjusituasjonen kjente jeg flere ganger på ubehag ved å spørre om personlige spørsmål og indre motstand mot å be om illustrasjoner eller flere eksempler. Jeg opplevde dette som forbigående og ikke styrende for min rolle, men i ettertid ser jeg at det kan diskuteres om deltakernes kjennskap til meg og mine holdninger som fagperson kan ha påvirket deltakernes responser. Det kan være at oppgavens validitet ville blitt styrket dersom jeg fikk en trent ukjent tredjeperson til å gjennomføre intervjuene. På den annen side ville mye non-verbal kommunikasjon gått tapt og det ville vært svært vanskelig om ikke umulig å kommunisere til en tredjepersonen hva jeg trodde kunne bli essensielt eller ønsket å spørre deltakerne om å fordype. Forespørslene om at informantene skulle utdype eksemplene og fortelle om episoder bidrar til å sikre materialets troverdighet. I ettertid tenker jeg at det ble gjort gode avveininger underveis om hvor mye jeg spurte om vanskelige følelser og forhold. Intervjuene skulle ikke ha preg av terapi, men av spørsmål stilt med respekt og varsomhet. Intervjuene kunne vært gjennomført i en annen del av landet hvor jeg ikke kjente folk like godt. Ut ifra min forståelse er intervjumaterialet positivt påvirket av det gjensidige kjennskapet. Engelstad, Grennes, Kalleberg og Malnes (1998) skriver at lokal kjennskap kan være en fordel. Når man på forhånd er kjent i et felt, kan man lettere forstå språket og de lokale kodene. Man har også innebygd kjennskap til kontekst og forhistorie. Videre kan forskningseffekten på deltakerne reduseres på grunn av kjennskapet til forskeren. Kjennskap til området som studeres kan beskytte mot at deltakerne setter opp fasade eller lyver og også forhindre forskeren fra å begå tabber og faktiske feil (Engelstad mfl. 1998).

Som beskrevet tidligere hadde oppgaven en annen tittel da deltakerne ble intervjuet. At tittelen inneholdt ordet belastning kan ha virket ledende allerede før første spørsmål ble stilt. Dette kan ha påvirket de til å legge større vekt på belastninger i yrkesrollen. Paradoksalt merket jeg meg at samtlige av deltakerne ved flere anledninger under intervjuet fortalte om oppsider ved pasientkontakt i spørsmål om noe utfordrende. Det kan tenkes at dette var en motreaksjon til fokus på negativ belastning, eller en naturlig tilbøyelighet til å ikke ville mentalt være i det utfordrende, men skynde seg til å tenke på det positive.

## 5.0 RESULTATER

I analysen kom det frem tre tema som utmerket seg som særlig interessante. Deltakerne fortalte fyldig og utdypende om disse temaene og illustrerte med eksempler. Disse fikk en subgruppe hver, presentert i tabellen nedenfor.

<b>Tema</b>	<b>Subgrupper</b>
<b>Pasientenes historier</b>	<b>-Motoverføring og slitasje</b>
<b>Utfordringer ved å bruke seg selv som verktøy, slitasje i selvbildet</b>	<b>-Å være utsatt på jobb</b>
<b>Vårt mentale immunforsvar og vern</b>	<b>-Berikelser og trivselsfaktorer</b>

Intervjupersonene fortalte at de opplever slitasje i jobben, denne deles inn i to kategorier: slitasje fra pasientenes historier og belastning fra hendelser (å være utsatt på jobb). I det siste temaet utforskes hvilke elementer som virker beskyttende og ivaretakende mot slitasje. Det er lagt inn gullsitater i tillegg til en beskrivelse av funnene, der det er lagt inn sitater fra enkeltpersoner vil dette komme tydelig frem i teksten.

### 5.1 Pasientenes historier

*«Gjennom karrieren har jeg trivdes med å legge til rette for de nære samtalene og har hatt det privilegiet det er å ha tid til å sette meg ned og høre på pasientenes fortellinger. Denne måten å jobbe på har vært nyttig og spennende, men samtidig har historiene om vanskelige oppvekster og et utsatt liv affektet meg. Jeg har gjennom mange år snakket jevnlig med pasientene om alt mulig knyttet til livssituasjon deres. Dette innebærer praktiske ting, det som foregår i miljøet og det som er vanskelig. Pasientene er ofte er oppgitt over livssituasjonen og trenger å tømme seg litt, få bekreftelse og bli sett, noen er i en psykose og trenger at noen tåler de».*

Mange av pasientene til intervjupersonene kommer fra tunge bakgrunner og har opplevd grov vold, overgrep og har lidelser og plager som er alvorlige. Intervjupersonene fortalte at de bærer disse historiene med seg, om enn i ulik grad. Flere fortalte at det er veldig vanskelig å

høre om misbruk av barn. En deltaker beskrev det slik «Jeg kjenner at pedofili gjør meg rasende. Selv om de nå er førti år er det forferdelig å høre på disse historiene. Da barnet mitt var fem år påvirket dette meg svært negativt. Jeg var så redd, det var helt grusomt. Det ble enda verre da jeg fikk mitt andre barn for da hadde jeg to barn jeg skulle passe på. Kombinasjonen av grusomme historier på jobben og mediadekning av pedofili var terror i livet mitt. Jeg måtte jobbe, men ville bare være hjemme for å beskytte barna».

Deltakerne gav uttrykk for at de fleste de jobber med er traumatiserte og at historiene deres kan være ladede. Videre gav tre deltakere uttrykk for at behandlere utvikler tykkere hud, men at visse historier sitter i og berører. En av intervjupersonene illustrerte dette med en hendelse. «En gang kjørte jeg bil med en pasient som fortalte om de mest ekstreme overgrep og en fullstendig traumatisert barndom. Pasienten fortalte det med helt flat stemme og virket fullstendig uengasjert, helt uten affekt. Det var noe med den monotone stemmen og den manglende mimikken samtidig som pasienten fortalte om de frykteligste ting som skjedde da hen var et lite barn som satt meg helt ut. Pasienten fortalte det litt sånn lettsindig og lo litt og da ble det til at jeg ble taus og lo med. Det var en ekstrem diskrepans i forholdet mellom form og innhold og min egen reaksjon til dette som satt meg ut lenge».

Alle deltakerne fortalte at pasientenes historier påvirker de, de fortalte også at historiene kan brukes til å manipulere og bevege hjelperen. Fem av intervjupersonene fortalte at pasienter ofte tester veldig ut og prøver å sjokkere, «Tåler du å høre det her liksom?» De beskriver det som at historiene får et karikert uttrykk og at det blir lettere å ikke la de slippe inn på seg. Lidelseshistoriene kan ha preg av å ha blitt fortalt gjentatte ganger. Det beskrives som en del av utfordringen, hjelperen føler seg lurt og står i fare for å bli avstumpet. «Noen gjentar elendighetshistorier til de kjennes sanne selv om det er ikke alltid er fortellerens historie i utgangspunktet eller den er kraftig overdrevet». Det gikk så langt at en av intervjupersonene beskrev at hen sto i fare for å forakte folk: «Jeg var så lei av å høre de samme historiene om alt som var forferdelig vondt i verden. All skyld ble tillagt noe utenfor de selv, jeg opplevde denne eksternaliseringen som veldig belastende. Plutselig fikk jeg nok. Jeg tenkte at dette orker jeg ikke mer, jeg må finne noe annet å gjøre. Da bare sa jeg opp, uten å ha noe annet å gå til. Det var summen av at jeg var lei av å høre på all elendighet».

Deltakerne oppga viktigheten av relasjonen mellom pasient og behandler. For å vekke tillit og trygghet er et av de viktigste redskapene å vise hvem man er og hva man står for. I subgruppen under beskrives deltakernes utfordringer ved å bruke seg selv som verktøy, som slitasje i selvbildet og motoverføringer.

#### 5.1.1 Utfordring ved å bruke seg selv som verktøy

**Slitasje i selvbildet:** *«Når man bruker seg selv som verktøy så må man være villig til å gå i seg selv og til en viss grad grave. Dette er en potensiell kilde til slitasje. Vi peker ofte på dialogen mellom ansatte og pasientene, men den nitidige granskningen av oss selv i møtet med ulike aspekter av pasientens liv og person, det tror jeg er en type slitasje som ofte drukner i massen av alt det akutte kaoset som foregår rundt oss. Kanskje er det ikke de ekstreme hendelsene eller avveiningene som sliter oss ut, men det jevne travet som foregår i analysearbeidet av egen kommunikasjon med pasientene. Og dette må man orke, hvis ikke er man lite nyttig som samtalepartner».*

Deltakerne delte seg i refleksjonene rundt hvor deres sårbarhet kom til uttrykk. Samtlige fortalte at de har metoder for å beskytte seg og teknikker for å kunne håndtere lidelsestrykk på en profesjonell måte. En av deltakerne reflekterte rundt at sårbarheten ofte ikke kommer i møte med de tunge historiene direkte, men at det gjør noe med hvordan man oppfatter seg selv og egen mulighet til å hjelpe. *«Slitasjen for min del ligger ikke nødvendigvis i det som presenteres, det å møte byråkratiske hinder på veien gir meg en følelse av å være utilstrekkelig som hjelper. Jeg tror alltid man bærer på noe personlig i sin rolle som hjelper, som det ikke finnes noen hulle å legge på. Det er en type livserfaring du må ha med deg i kofferten på godt og vondt»*

**Motoverføring:** Halvparten av deltakerne oppga å ha vært redd som følge av trusler og vold. *«Trusler og trusselbilder har rammet meg hardt. Det var vanskelig å komme hjem. De som fremsetter trusler har mye angst og frykt. Det de truer med er på en måte noe de er livredd for selv og har greid å plante i meg. Jeg vet at det ikke er rasjonelt men de greide å plante en frykt i meg. Jeg har sett meg over skulderen og vært redd for å være hjemme alene. Jeg har vært redd om nettene og redd for å være den første på jobb. Vi jobber med folk som sliter psykisk og har forskjellige former for personlighetsforstyrrelser, vi kan ikke forvente*



*normalatferd og må håndtere lidelsestrykk, da opplever vi også motoverføringer og er avhengig av gode kollegaer som sier ifra».*

To av intervjupersonene fortalte om hvordan pasientenes følelsestrykk og anklager styrte deres oppfatning av seg selv som person og som hjelper. Dette ble illustrert med historier om en pasient som over en periode høytlytt fortalte om behandlerens utilstrekkelighet til alle som var til stede på arbeidsplassen. Dette resulterte i at deltakerne gruete seg til jobb og oppfattet seg selv som inkompetent. Andre fortalte at kroppen går i beredskap og at de passer på humoren når de ser pasienter som har fortalt om grusomme opplevelser.

## 5.2 Å være utsatt på jobb

*«Jeg har opplevd å bli skreket til, skjelt ut og truet på jobb. Det har vært episoder der kroppen min har gått i fysisk beredskap og det har ristet i bena og pulsen har steget. Jeg har opplevd å være engstelig for at det skulle skje meg selv, andre pasienter eller kollegaene mine noe. Noen dødsfall og sykdomsforløp bærer jeg med meg. Jeg må sette meg ned hjemme og sortere ut for å få det på rett plass. Når pasientene blir alvorlig syke og utsatte som for eksempel ved psykoser affekterer dette meg, jeg lurere på om jeg kunne gjort noe annerledes».*

En deltaker illustrerte dette med to lignende historier om to pasienter som hadde slitt psykisk og hadde en langvarig periode der de var dårlig og flere ganger ba om hjelp. *«Vi fanget ikke opp alvorret i situasjonen og fulgte bare delvis opp. Pasientene tok livet sitt og jeg tenker mye på om det var noe vi kunne ha sett eller burde gjort annerledes. Dette sitter i kroppen min enda».*

Tre av deltakerne har blitt utsatt for vold. Samlet har de blitt utsatt for slag i brystet, vann kastet i ansiktet og slag i ansiktet så huden sprakk. To har vært i en episode der en kollega ble slått og ble utsatt for blodsøl fra en HIV-smittet pasient. En deltaker har interagerert og forsøkt å stoppe en pasient som selvskadet seg så blodet rant. Flere har gjentatte ganger gått i mellom pasienter som utagerer på hverandre. To av informantene har vært utsatt for det som kan kategoriseres som alvorlige trusler. Disse ble oppmerksomme på at det var utlovet skuddpremie og opplevde å bli oppringt hjemme om natten. En av deltakerne som ble truet beskrev det slik: *«Jeg visste at truslene ikke nødvendigvis var reelle, men det var en mulighet for at de kunne være det og det gjorde meg redd for livet».*

Deltakerne fortalte at hendelser fra jobben påvirket stemningsleiet. Sykdom, smitte og dødsfall ble gjennomgående nevnt som aspekter fra jobb de tok med seg hjem. To av

deltakerne fortalte om sterk frustrasjon knyttet til opplevelsen av å ikke kunne hjelpe, enten ved at det lå innenfor mandat, men utenfor deres evne til å bistå, eller at samfunnets eksklusjonskriterier sto i veien for å kunne tilby adekvat hjelp. En deltaker fortalte om et besøk hjemme hos en ny pasient. Deltakeren visste hvem pasienten var fra før og at vedkommende var smittet med HIV. Så viste det seg at pasienten var smittet med en underliggende sykdom som kunne ha blitt kurert dersom den ble oppdaget tidligere. Pasienten ble hasteinnlagt på sykehus, men døde kort tid etter. *«Jeg synes dette var så fælt. Pasienten hadde hatt HIV i tjue-tretti år, også dør hen av en annen sykdom som vi kunne ha kurert. Det var så meningsløst. Det er nok sikkert også på grunn av den triste ensomme tilværelsen, helt alene i den innrøykte leiligheten der pasienten hadde sittet for seg selv i mange år. Det har jeg tenkt mye på. Det gjorde meg trist og nedstemt»*

Fire av deltakerne sa de var redde for smitte fra pasientene. En beskrev en hendelse slik: *«Jeg var hjemme hos en pasient og hjalp til med å rydde i en overfylt leilighet. Etterpå viste det seg at leiligheten var infisert med veggedyr. I mange måneder etter dette var jeg veldig redd for å ha tatt med meg veggedyr hjem til leiligheten min. Hver gang jeg klødde et sted ble jeg hysterisk og jeg gikk rundt og så krypdyr over alt»*. Tre andre deltakere opplevde frykt for å smittes med infisert blod. *«En gang ble jeg spyttet blod på. Det var en pasient som hadde truet meg veldig i forkant som spyttet. Pasienten var smittet med HIV. Da måtte jeg og flere andre kollegaer som var i situasjonen ta HIV tester. En gang sølte en pasient med HIV blod ned i den eneste oppvaskkummen vi hadde til rådighet. Jeg ble veldig uvel og redd for smitte. Jeg hadde ansvaret for at både kollegaer og andre pasienter ikke skulle smittes»*.

Deltakerne beskrev den største utfordringen ved å jobbe med mennesker i krise som når skillet mellom jobb og øvrig liv viskes ut og påvirker negativt i hverdagen eller i perioder.

#### 5.2.1 Jobben påvirker negativt inn i privatlivet

*«Det skjer ofte at jeg tar med meg ting hjem og at jeg grubler på hendelser fra jobben. Samtidig prøver jeg å være bevisst hvordan jobben påvirker meg og bruker mange teknikker for å bearbeide inntrykkene. En deltaker beskrev det slik: Det er en voldsom overgang. Når mine barn klager på gulosten kan ikke jeg brøle at de skulle bare visst hva andre barn har måtte stå i, og å høre på andre foreldres i sammenligning trivielle bekymringer for sine barns*

*idrettsprestasjon kan absolutt være komplisert. For å klare det skillet må jeg noen ganger rusle meg en tur i parken. Jeg trenger ofte tid til å samle meg og hente meg inn».*

Alle deltakerne beskrev at overgangen kan kjennes voldsom og at de tar med seg elementer fra jobben hjem etter arbeidstid. Flere fortalte at det som skjer på jobb affekterer forholdet til partnere og venner. *«Jeg kan være veldig sliten etter jobb. Der snakker jeg mye og mange har opplevd vonde ting. Jeg har opplevd å bli distraheret av inntrykk fra jobben og har perioder der jeg ikke klarer å være tilgjengelig for samboeren eller venner. Jeg går og grunner på ting og har helt klart fått en lavere toleranse for omgivelsene, det er vanskelig å være lydhør og løse deres konflikter og floker. Jeg har en nok-grense for hva jeg klarer å ta inn. Det går jo ikke å sette den grensen på jobben. Jeg kan ikke si at jeg ikke har dagen så dette må du vente med eller ta med noen andre. Der må jeg være tilgjengelig og setter heller strenge grenser i privatlivet».*

Flesteparten av deltakerne fortalte at de forsøker å unngå pasientene på fritiden. To av deltakerne har hatt hyggelige tilfeldige treff med pasientene. En deltaker opplevde å få jobben tett på i en ferie. *«En sommer møtte jeg en pårørende som tilfeldigvis leide båt rett ved der jeg var med familien min. Jeg hadde vært i langvarig konflikt med et familiemedlem av vedkommende. Plutselig var mitt sommerparadis endret av konfrontasjoner med pårørende som krevde at jeg skulle redegjøre for behandlingen og avgjørelsene mine. Jeg måtte virkelig besinne meg og det affekterte resten av min ferie».*

Flere av deltakerne har drømt om jobben. To av intervjupersonene fortalte at de ofte stressdrømmer om pasientene der de mister kontrollen over en situasjon tilknyttet jobb. *«Det utarter seg som en lang serie med stressende hendelser og jeg forsøker vinne tilbake kontrollen, rekke noe eller fikse ting jeg ikke får til. I drømmen vil pasienten meg nesten aldri vondt. Sist jeg hadde det vanskelig privat så drømte jeg at det kom så mange nye pasienter til arbeidsstedet at det var en egen rulletrapp opp pasientinngangen. Det tok aldri slutt, de kom og kom, og vi var bare to ansatte på jobb som skulle håndtere denne mengden med mennesker som kom inn».*

### 5.3 Vårt mentale immunforsvar og vern

*«Å ha gode kollegaer vi er trygge på, som har aksept for hverandre og er bevisst på å snakke sammen på en konstruktiv måte virker beskyttende når personalet er i utsatte situasjoner. På*

*hjemmebane har jeg ting jeg interesserer meg for og som opptar meg, jeg må noen ganger ta meg en runde i parken for å klarne hodet, men jeg klarer det skillet- for pasientenes smerte er ikke min smerte. Når jeg kommer hjem og kastes inn i familielivet føler jeg meg heldig som har et rikt liv og en jobb der jeg blir enda mer nysgjerrig på og glad i folk».*

Ut ifra deltakernes respons har de ikke nødvendigvis noe lufttett skille mellom tiden man er på jobb og tiden man er hjemme, ingen av intervjupersonene hadde som mål å ha et skarpt skille, de har utviklet strategier for hvordan håndtere overgang og hva som er adaptivt når tankepresset melder seg. I dette subtemaet presenteres elementer som virker beskyttende for hjelperne.

Med unntak av en deltaker har alle tilbud om og benytter seg av jevnlig veiledning. Samtlige oppgir å ha et godt forhold til sine kollegaer og at det er en kultur for kollegastøtte og åpenhet. Veiledningen beskrives som et trygt rom for å snakke om pasienter, behandlingsopplegget, situasjoner som har oppstått og egen prestasjon og underprestasjon. Deltakerne forteller at de er aktive i å oppsøke samtalepartnere og at det er viktig for deres velvære å snakke om vanskelige situasjoner som har oppstått. De har et bevisst forhold til å ikke holde inne med det som oppleves vanskelig og å kommunisere dette hurtig for mest mulig effektiv bearbeidelse. Deltakerne forteller videre at det er mye humor på deres arbeidsted. *«Det er stadig latter og avvæpnende fjas. Vi ler av våre egne feil, og setter en kultur der vi ikke tar oss selv høytidelig. Humor øker også toleransen for andres lidelsestrykk»*

Deltakerne hadde også til felles at de raskt gikk over fra å snakke om utfordringer med jobben til å snakke om positive aspekter. Jobben blir med hjem og påvirker livet også i positiv retning

### 5.3.1 Berikelser og fordeler

*«Når pasienter viser at de har tillitt til meg føles det som en ære. Pasienter som er hyggelige og viser at de setter pris på meg og at jeg prøver veier opp for mye. Jeg har opplevd å være til bruk og nytte for de menneskene jeg har hatt med å gjøre og tenker ofte på fine hendelser fra jobben. Fra folk som har klart seg, som klarer å bo og ikke ruse seg. Noen har skaffet seg hund som de er veldig glad i og som de ivaretar på en god måte. Folk er blitt nyttige for nettverket sitt og noen kontakter meg fortsatt, det synes jeg er veldig fint».*

Alle informantene uttrykket på forskjellige måter at de føler seg heldig som kan jobbe med mennesker. De trives med å høre historiene deres, særlig fortellinger om hva pasientene har opplevd og gjort. *«Historiene blir et positivt tillegg for du får lære et menneske å kjenne, ikke bare en trist historie om tapt barndom og utsatthet, men også om deres suksesshistorier. Som visuelle diplomer på veggen»*. En av deltakerne fortalte om en hyggelig overraskelse da en svært sliten pasient fortalte at hen hadde deltatt i et vintermesterskap i sin ungdom, og at dette åpnet for spennende samtaler utenom den vanskelige situasjonen pasienten var i på det tidspunktet.

*«Historiene har påvirket meg som person, det har gjort meg veldig ydmyk for hva mennesker er og hva vi kan klare å reise oss fra. Jeg har alltid vært nysgjerrig på og glad i folk og det har forsterket seg i denne jobben. Jeg har fått enorm respekt for alt som ikke synes på utsiden. Vi går alle og skubber på trillebåra vår og noen har fått veldig mye. Jeg er blitt mindre dømmende og vil i hvert fall ikke være moralsk»*. Samtlige av deltakerne uttrykket forskjellige former for hvordan elementer fra jobben beriket livet deres og eller påvirket de positivt som person. Gjennomgående fortalte de om gleden ved å bli kjent med folk og å avdekke positive elementer i historien som berikende. Fire av deltakerne trakk fram at å opprette en relasjon preget av tillitt er gjensidig berikende. Samtlige nevnte at pasienter som gir positiv tilbakemelding og viser at de setter pris på innsatsen er en av jobbens virkelige gleder.

## 6.0 DISKUSJON

«*There is a cost to caring*» (Figley, 1995, s. 1).

### 6.1 Pasientenes historier

Deltakerne fortalte at de har trivdes med å ha tid og mulighet til å legge til rette for de tette og nære samtalene på jevnlig basis. De har ofte utviklet relasjoner til pasientene gjennom flere år og snakker om alt fra helse, praktiske utfordringer, vonde opplevelser og oppvekst og sosiale utfordringer. Samtalene har også en annen funksjon ved at pasientene får utløp for frustrasjon og blir bekreftet og sett. Deltakerne fortalte at de samtaler om alt som opptar pasienten, dette innebærer medisinske, somatiske, relasjonelle og praktiske spørsmål og noen er også i en psykose og vil snakke om naboen som spionerer på dem. Det er en form for nærhet som er tillitsbasert og fordrer at hjelperen viser seg verdig denne tilliten.

Å høre pasientene fortelle om vonde hendelser fra livet oppleves som krevende for deltakerne, og særlig grov eller pågående vold og traumer fra barndommen ble beskrevet som utfordrende og vondt å høre på. Tjersland (2006) omtaler seksuelle overgrep mot barn som noe av det tyngste og vanskeligste terapeuter hører om i klinisk praksis. Han skriver at det utløser følelser av smerte, sinne og opprør i terapeuten og resulterer i at terapeuten kan trekke seg tilbake og unngå tematikken (Tjersland, 2006). En deltaker fortalte om en biltur med en pasient som fortalte om en barndom med ekstreme overgrep med monoton stemme og helt uten affekt. Deltakeren opplevde å bli satt ut i lang tid etterpå og fortalte at det var diskrepansen i innhold og uttrykk som gjorde det vanskelig å reagere på en egnet måte. Det er slik jeg ser det tre komponenter her som var potensielt utfordrende for deltakeren. Å høre om en svært tragisk og traumatisk barndom, vanskeligheter med å tolke kommunikasjonen og følelsen av å ikke ha respondert adekvat og da heller ikke fått bistått eller hjulpet pasienten med fremleggingen eller følelsene disse historiene frembragte. Røkenes og Hansen (2009) beskriver begrepet relasjonskompetanse som å samhandle med og å forstå pasienten på en adekvat og hensiktsmessig måte. Ettersom forståelse og aksept fra hjelperen leder til tillit og fortrolighet hos pasienten (Vatne og Hoem, 2008), bør fokus være på det som skjer i fellesskap. Hjelperen må bevisstgjøre seg sin rolle og hva som bringes inn relasjonen (Røkenes og Hansen, 2009). Relasjonen er essensiell for behandling og endringsarbeid (Lambert, 1992) og kan i seg selv virke både tilfriskende og forebyggende (Geirdal og Varvind, 2017). Å bygge tillitt og aksept vil naturligvis oppta hjelperen og kreve mye

tankevirksomhet, å føle at man feiler i relasjonsarbeidet vil etter mitt skjønn bidra til at hjelperen fokuserer på egne evner og egen innsats. Dette innebærer en granskning av seg selv som beskrives i avsnittet under.

#### 6.1.2 Motoverføring og slitasje

Motoverføring kan forklares som situasjoner der pasienten overfører elementer av det som har vært vanskelig over på terapeuten, terapeuten reagerer i sin tur på det som kommuniseres og det iboende i seg selv og utvikler motoverføring (Muran og Barber, 2010) og (Figley, 1995).

To av deltakerne fortalte at pasientenes følelsestrykk og anklager styrer deres oppfatning av seg selv som person og som hjelper. En pasient snakket nedlatende om og til en deltaker over lengre tid og fortalte høyløst at vedkommende var inkompetent og utilstrekkelig som hjelper og person til medpasienter og andre ansatte. Deltakeren fortalte at dette affekterte selvbildet negativt og illustrerte det med at det kjentes som at noen trykker på akilleshælen og pirker i det såre i selvbildet. Dette vekket tanker om å ikke prestere på jobben og ikke være dyktig nok. Deltakeren fikk også kroppslige reaksjoner ved å høre stemmen til og ved synet av denne pasienten.

En deltaker fortalte at de gjentatte og ekstreme pedofilihistoriene som ble fortalt på jobben samtidig med at historier om barn som ble utsatt for grove overgrep florerte i media medførte overveldende frykt, sinne og et ønske om å slutte i jobben for å beskytte barna sine. Historien har klare elementer av motoverføring. Det er ikke uvanlig at pasientenes redsel og sinne overføres til terapeuten og dersom motoverføring vedvarer over tid og ikke bearbeides kan det utvikles til traumesymptomer (Bang, 2003). Deltakeren beskrev eksponeringen av historier om pedofili og barnemishandling som terror i livet sitt under småbarnstiden og at dette vedvarte over flere år. Det kan virke som om deltakeren opplevde elementer av det McCann og Pearlman (1990) kaller vikarierende traumatisering. De beskrev begrepet som at hjelperen inngår i empatisk samspill med pasientenes traumemateriale og kan ut ifra dette utvikle endringer i sine kognitive skjema og videre utvikle endringer eller forstyrrelser i oppfattelsen av synet på verden (Pearlman og Saakvitne, 1995). Terapeutens skjema for trygghet blir berørt og medfører endringer som for eksempel økt utrygghet for egne barn (Anstorp, 2006). De fleste foreldre sender antakelig barna sine i barnehagen med forventning om at de skal bli ivaretatt. Deltakeren beskriver en altopplukende frykt for at det skal hende sine barn noe i barnehagen. Det kan her virke som om eksponeringen av traumematerialet til pasientene

resulterte i endringer i deltakerens kognitive skjema for oppfatninger av barnehager som noe utrygt og ikke ivaretagende. Isdal (2017) skriver at han har personlig erfaring med sinne, tanker om vold og drap og en voldsom frykt for at det skulle skje barna hans noe (Isdal, 2017). Deltakeren fortalte nesten ordrett det samme, om et overveldende sinne i tillegg til en altomfattende frykt og videre om tanker om å ta livet av personer som misbruker barn.

Alle deltakerne oppga at pasientenes historier påvirker de. Fem fortalte at pasientene også kan forsøke å sjokkere med sine historier, fire fortalte at de har opplevd å bli løyet for og forsøkt manipulert eller lurt. En av deltakerne beskrev det som en gjennomgående trøtthet av å høre pasientene formidle negativitet og av at all skyld ble tillagt noe utenfor de selv, som resulterte i fare for å forakte folk. Deltakeren valgte å plutselig slutte i jobben uten å ha et nytt arbeidsforhold å gå til. Freudenberg observerte hvordan hjelpere endret fremtoning og sensitivitet ved over tid å jobbe med klienter med sammensatte og svært utfordrende problemer. Hjelperne følte seg tappet for krefter og opplevde økende avstand til klientene som eskalerte i blant annet irritasjon og en følelse av forakt for pasientene. Freudenberg kalte dette fenomenet for utbrenthet (Freudenberg, 1974). Winnicott (1994) har skrevet at det er uunngåelig for terapeuten å oppleve sterke og overveldende følelser i den terapeutiske relasjonen, at terapeuten må forberede seg på å kjenne negative emosjoner og da til og med kjenne på hat (Winnicott, 1994). Noen opplever å skamme seg over symptomene man opplever som igjen kan føre til en forverring av symptombildet (Figley, 1995). I de tilfeller deltakerne erfarer å bli løyet for, lurt eller manipulert kan negative reaksjoner eller følelser forsøke å ta plass i relasjonen og vise seg som emosjonell utmattelse, depersonalisering eller opplevelse av redusert ytelse (Maslach og Jackson, 1981). Samtidig kan man trene seg på å akseptere sinne ved å observere det. De som arbeider med utfordrende pasienter må tåle å leve med større frustrasjoner og provokasjoner enn normalt. Man må tillate seg å bli opprørt, og dersom man blir det kan skaden repareres i ettertid. Dermed viser man pasienten at det er lov å bli opprørt og at slik oppførsel også forekommer i det virkelige liv (Kåver og Nilsonne, 2009).

Deltakerens fortelling om at det å stå i fare for å forakte folk og en trøtthet for pasientenes eksternalisering medførte en plutselig oppsigelse. Historien passer inn med teoriene om å stå i fare for utbrenthet. Deltakeren løste opp i disse negative emosjonene ved å jobbe med noe annet i de perioder disse symptomene gjorde seg gjeldene. Det er til ettertanke om ivaretagelse på arbeidsplassen eller bevissthet om disse tema kunne forhindre oppsigelsen.



## 6.2 Å bruke seg selv som verktøy, slitasje i selvbildet.

For å komme i posisjon til å hjelpe, endre og støtte må pasienten ha grunnleggende tro på positive egenskaper hos hjelperen (Røkenes og Hansen, 2009). Deltakerne beskriver at de må være villig til å lete i seg selv, jeg tolker dette som at de må være bevisst hvem de er, hva av sin person de velger å synliggjøre og hva de bringer inn i møtet med den andre. Røkenes og Hansen (2009) skriver at i samhandling mellom mennesker som er preget av akutte problemstillinger og kaos kan etterarbeidet bestå i å snakke om de fysiske hendelsene og avveiningene. Da kan det mentale analysearbeidet av hva en selv brakte inn og bidro med i kommunikasjonen være en type slitasje som drukner i mengden av det andre mer konkrete og akutte. Her oppstår en kilde til slitasje i selvbildet. Avveiningen mellom å sette grenser for hva man bringer inn i relasjonen og å fremstå åpen og empatisk kan kreve mye tankearbeid. Siden selvrefleksjon er en vesentlig del av relasjonskompetansen, kan det medføre en konstant selvbevissthet, grubling og selvkritisk holdning (Røkenes og Hansen, 2009). En av deltakerne utdypet tema og beskrev sårbarheten som noe som ikke kommer i møtet med de tunge historiene direkte, men med følelsen av å være utilstrekkelig som hjelper. Når en selv er verktøyet som brukes til å opprette og vedlikeholde relasjonen må hjelperen ivareta seg selv og sin selvfølelse. Belastninger fra jobben kan utløse tanker om at en er mindre verdt og mangler faglig kompetanse (Bang, 2003). Hjelperen må sette grenser for ens yteevne (Rønnes, 2002) og for grad av selvavsløring. En fagperson kan være ekte, kongruent og personlig uten å være utilbørlig privat (Røkenes og Hansen, 2009). Bang (2003) skriver at det å ha profesjonell distanse er etterstrebart i helsesektoren, men at dette ikke innebærer å være kjølig eller klinisk i møtet med pasienten. Tvert i mot er en empatisk tilnærming og åpenhet betydningsfulle komponenter for å utvikle en god relasjon (Røkenes og Hansen, 2009).

Mange behandlere opplever det som en betraktelig belastning å jobbe med selvmordstruede pasienter (Olsen et.al, 2005). En deltaker fortalte om to enkeltstående tilfeller der pasienter tok selvmord i behandlingen. Pasientene hadde flere ganger bedt om hjelp fra ansatte og ble betegnet som «dårlige» over lang tid. Deltakeren fortalte at hendelsene sitter i kroppen enda og tankevirksomheten dreier seg om at alvoret i situasjonene ikke var blitt oppfattet eller fulgt opp på adekvat måte. Vråle (2009) skriver at selvmord kan tolkes som alvorlig kritikk av omgivelsenes omsorg og måte være på og kan forstås i lys av menneskets forhold til andre og på kvaliteten i sosiale relasjoner. Å oppleve at pasienten tar selvmord kan utløse reaksjoner hos hjelperen som ligner på dem man ser hos pårørende. Følelser av skam og skyld kan også

oppleves. I tillegg til det relasjonelle ansvar har den profesjonelle hjelper også et juridisk ansvar for de som begår selvmord (Vråle, 2009). Ansatte hadde i begge tilfellene vurdert pasienten i forkant av selvmordet og hadde også administrert medikament som kunne brukes som komponent i selvmordshandlingen. Dobbeltheten ved å ha et juridisk og relasjonelt ansvar kan være ekstra tyngende. Selvmord er avsluttende på alle måter, relasjonen kan ikke bygges opp og valg som er tatt kan ikke endres. I Helsedirektoratets rapport om forebygging av selvmord i psykisk helsevern fremkommer det at selvmord ikke kan forutses for det enkelte individ (Helsedirektoratet, 2015). Det kan i dette eksempelet virke som deltakeren fortsatt inngår i en tilstand av grubling og selvransakelse om at selvmordene kunne vært unngått dersom de hadde vurdert riktig eller vært mer oppmerksom.

#### 6.2.1 Å være utsatt på jobb- direkte belastning.

Flere av deltakerne har drømt om jobben og to fortalte at drømmene utarter seg som stressdrømmer der de mister kontrollen på en situasjon tilknyttet jobb. En deltaker drømte at det kom så mange nye pasienter til arbeidstedet at det var egen rulletrapp opp pasientinngangen mens bare deltakeren og en kollega var på jobb. Jeg tolker dette som at jobben sniker seg inn i drømmene og viser tegn på at disse drømmeeierne var stresset eller overveldet. Deltakerne fortalte at hendelser på jobben utløste reaksjoner som stress og redsel. Jeg har i dette avsnittet valgt å samle frykt for smitte av sykdom, veggedyr, trusler og vold. Pasientenes selvmord kunne hatt en naturlig plass i dette avsnittet, jeg har valgt å skrive det inn i punkt 2.2 på bakgrunn av deltakerens fortelling om hvordan det affekterte selvbildet.

Alle deltakerne fortalte at de tar med seg elementer fra jobben hjem og grubler på hendelser som har skjedd. Alvorlig sykdom og dødsfall berører deltakerne og de opplevde sterk frustrasjon i tilfeller de ikke fikk til å hjelpe adekvat. En deltaker beskrev en episode der en pasient døde av en sykdom som kunne vært behandlet dersom pasienten hadde mottatt hjelp på et tidligere stadium. Pasienten var ensom, syk og satt alene i en innrøkt leilighet.

Deltakeren tenkte mye på denne skjebnen og ble trist og nedstemt. Flere fortalte at det som skjer på jobb påvirker den sosiale hjemmesituasjonen og at de opplever å bli distraheret av inntrykkene på jobben. En beskrev det som at siden man må være tilgjengelig for pasientene settes grensene på hjemmebane og i sitt sosiale nettverk. Ingen fortalte at slitasje fra jobben hadde medført brudd eller vansker i relasjoner utover det jeg vil betegne som vanlige

gnisninger: Å være sammen i taushet, ikke alltid orke å nøste i venners floker og å føle på en trang til å fortelle egne barn hva andre har stått i når det klages på gulosten.

Deltakerne fortalte at de har blitt skreket til og utskjelt og at de har opplevd harehjerte, risting i bena og at de har gruet seg til å gå på jobb. Fire av deltakerne er redde for smitte av sykdom eller veggedyr fra pasientene og fortalte at frykten hadde sittet i de i månedsvis etter enkelthendelser. Tre hadde stått i en situasjon der de ble utsatt for HIV-infisert blod og husker dette som svært ubehagelig. Flere av deltakerne fortalte at de hadde blitt utsatt for det jeg vil betegne som grov vold og trusler. Tre av tilfellene eskalerte i voldsepisoder med slag og to medførte skade og blodsøl. Truslene omfattet oppringning om natten og skuddpremie. De som opplevde å bli truet over flere måneder utviklet sterk frykt for at pasientene skulle gjøre alvor av truslene. Gabbard skriver at motoverføring er en kilde til verdifull informasjon om pasientens indre liv og dets påvirkning på behandlingen (Gabbard, 2005). En av deltakerne som opplevde grove trusler fortalte at pasientene som truet var sterkt preget av frykt og at denne frykten smittet. Deltakeren fortalte videre om opplevd motoverføring av pasientens redsel og at dette var tema for veiledning og annen kommunikasjon med kollegaer og andre. Til tross for denne bevisstheten ble ifølge deltakeren frykten «plantet» inn i deltakeren som opplevde å være redd for at pasientene skulle gjøre alvor av konkrete trusler, redd for å være hjemme alene og redd for at familien skulle rammes. Antakelig besto ikke frykten bare av motoverføringsreaksjoner, men også av en adekvat vurdering av at truslene kunne være reelle.

Lillevik (2009) skriver at det er viktig at den profesjonelle er nysgjerrig og bevisst på seg selv og hva man bringer inn i møtet med den andre, også når man er utsatt for trusler eller vold og at samspillet affekterer pasientens opplevelse av integritet og avmakt (Lillevik, 2009). Det nitidige analysearbeidet av hva hjelperne bringer inn i relasjonen oppleves som slitasje i selvbildet (Beskrevet i punkt 2.2) og utsatthet for vold og trusler er også en arena der hjelperen må tolke egen rolle og eget bidrag inn i situasjonen. Under har jeg nevnt tre komponenter som bidrar til å løfte blikket vekk fra seg selv og over på andre elementer i situasjonen: Skille mellom handling og person, å ansvarliggjøre utøveren og de kontekstuelle faktorene.

Hammerlin og Salvesen (2014) skriver at det er viktig å skille mellom handling og person. Pasienten er alltid mer enn enkeltstående handlinger, samtidig eksisterer den frie vilje og pasientene kan derfor stå ansvarlig for handlingene sine (Hammerlin og Salvesen, 2014). Dersom deltakerne i sitt virke for øvrig er vant til å tolke pasientene og å se de som

sammensatte individer med sine ulike bakgrunner, situasjoner og psykiske og fysiske utfordringer kan de finne årsaker utenfor pasientenes person som årsak til volden. Dette samtidig som utøveren ansvarliggjøres slik at hjelperens rolle ikke overdrives. I tillegg til pasientens tilstand er også situasjonen- kalt de kontekstuelle faktorene avgjørende for forløpet til uttalte trusler eller utført vold (Lillevik og Øien, 2014). Altså er den gitte situasjonen også en komponent i handlingsforløpet. Det kan virke som om deltakerne bearbeidet hendelsene og at det for seks av deltakerne ikke hadde særlig konsekvenser for livet utenfor arbeidstedet. Deltakerne beskrev en redsel som jeg vil betegne som alvorlig, men det virker ikke som om denne hadde langsiktige konsekvenser utover redselen i seg selv. Flere av deltakerne fortalte om følt redsel, men ikke at dette endret atferden deres, de gikk på jobb og beveget seg rundt som før hendelsene. Kan det være slik at det ved å abstrahere det personlige fra pasientene og seg selv i vold- og trusselsituasjoner blir enklere å gå videre?

### 6.3 Vårt mentale immunforsvar og vern.

Figley (1995) redegjør grundig for teknikker terapeuten kan bruke for å forberede seg til, delta i og etterarbeide behandlingssituasjonen (Figley, 1995). Jeg vil presentere og utdype de teknikker som sammenfaller med det deltakerne fortalte de gjorde for å riste av seg elementer fra jobben, være til stede for sitt sosiale nettverk og for å ivareta seg selv.

Deltakerne fortalte at trygghet, aksept og konstruktiv kommunikasjon virker beskyttende i og etter utfordrende eller utsatte situasjoner. De fortalte ikke om noe lufttett skille mellom arbeidstid og privatliv og ingen hadde målsetning om et slikt skille. Samtlige hadde utviklet egne strategier for hvordan håndtere overgang og hva som er adaptivt når tankepresset melder seg. Deltakerne nevnte interesser, familie, venner, idrett, ta del i barnas aktiviteter og å rusle seg en tur for å legge bort jobbtanker. En deltaker har laget et skille der jobben ristes av på kollektivtrafikken på vei hjem. Dette sammenfaller med litteraturen på området. Å være sammen med andre virker opprettende og beskyttende mot omsorgstretthet. Fokus ledes utover individet og til personens sosiale nettverk (Figley, 1995).

Selvbevissthet betegner en ikke dømmende og medfølende holdning til seg selv. Å forstå egen modenhet og nåværende livsomstendigheter gir muligheter for å akseptere seg selv (Figley, 1995) og anerkjenne og gyldiggjøre egne reaksjoner. Det muliggjør å undersøke disse reaksjonene uten frykt, skam eller skyldfølelse, både alene og sammen med andre.

Pasientenes problemer kan være overveldende. Da kan anerkjennelse av egne følelser av

hjelpeløshet virke frigjørende ved å gjøre terapeuten i stand til å være oppmerksomt tilstedeværende i øyeblikket (Pearlman og Saakvitne, 1995). Deltakerne synes det er særlig vanskelig å høre om grov vold og overgrep mot barn. Man bør erkjenne reaksjonene på dette og kan formidle til pasienten at det er vondt å måtte være et hjelpeløst vitne til overgrep og smerte (Bang, 2003).

Samtlige av deltakerne fortalte at de trivdes med jobben og pasientene og at nærhet til pasientene er et overordnet mål og ønske. To av deltakerne beskrev hyggelige plutselige møter med pasientene utenfor arbeidsplassen. En av deltakerne har telefonkontakt med tidligere pasienter og beskrev at dette medfører stor glede. Møtene som ble beskrevet var korte og pasientene hadde gitt uttrykk for takknemmelighet eller unnskyldt seg for tidligere uakseptabel oppførsel. Telefonkontakten er etter avtale med personer som befinner seg på et godt sted i livet. Det er min oppfatning at dette er vanlig hyggelig sosial kontakt som beriker livet og ikke utfordrer grensen mellom arbeid og privat.

Fire av deltakerne fortalte at de på generell basis unngikk pasienter og steder der det er stor sjanse for å møtes. Det er mitt syn at dette inngår i strategier for å verne seg og for å beholde de deler av seg selv som ikke omfatter jobben. Deltakeren som ble konfrontert på familiens feriested av en pasient sin pårørende opplevde å måtte kjempe for å beholde besinnelsen. Deltakeren hadde stått i konflikt med pårørendes familiemedlem i et halvt års tid og det hadde krevd mye tankevirksomhet. Til tross for opplevd motstand valgte deltakeren å løse situasjonen ved å svare på spørsmålene. Den pårørende lovet å holde seg unna resten av ferien og deltakeren gikk omveier for å slippe flere møter. Det ser ut til å være sunt å skille mellom familieferier og konflikter fra jobben. Å verne seg fra en slik type sammenblanding er et eksempel på å beskytte seg og at å mobilisere sterke negative emosjoner er en naturlig respons på det som kan utarte seg som en trussel mot skillet mellom jobb og familieliv.

Lund skriver at å kunne snakke åpent om egne reaksjoner og følelser i veiledning og med kollegaer er essensielt for å mestre arbeidet med traumatiserte pasienter på en god måte. En slik åpenhet er en forutsetning for å trives og fortsette i jobben (Anstorp, 2006). Deltakerne fortalte at de aktivt oppsøker samtalepartnere og at de snakker om vanskelige situasjoner, særlig rett i etterkant av hendelsen, men også gjentatte ganger etter dette dersom behov. Alle deltakerne har tilbud om veiledning. Deltakerne som benytter seg av tilbudet forteller at de er fornøyd med tilbudet og at det er nyttig for bearbeidelse og gjennomtenkning. Veiledning anses også som viktig for å hindre utbrenthet (Anstorp, 2006).

Deltakerne fortalte at det er mye humor på deres arbeidsted og at dette både setter en kultur for uhøytidelighet og øker toleransen for andres lidelsestrykk. Å delta i morsomheter og å bruke humor som en mestringsstrategi er viktige forebyggingsstrategier. Humor tilsetter en ekstra dimensjon i livene våre (Figley, 1995). Det å avreagere på vaktrommet er helt sentralt, og ikke sjelden kan både bisarr humor og tabubelagte utsagn hjelpe personalet til å håndtere utfordrende pasienter (Larsen, 2011).

### 6.3.1 Berikelser og trivselsfaktorer

Deltakerne delte en tilbøyelighet til å vende samtalen inn på positive aspekter ved jobben eller ved pasientene. Jobben blir med de hjem og påvirker også i positiv retning.

Av trivselsfaktorer fortalte deltakerne at de trives med pasientene, kollegaer og det å ha tid til å bli kjent med pasientene. De fortalte også at de trives med oppgavene og arbeidsstedet. Borg og Topor (2014) skriver at rammene og stedene hjelperne møter pasientene er vesentlig for hjelpen de formidler og at handlingsrommet hjelperne og pasientene beveger seg i knyttes til det fysiske rommet. Pasientene og deltakerne får spillerom til å prøve seg på flere roller, dette utløser en frihet som påvirker trivselen positivt (Borg og Topor, 2014).

En deltaker sa det eksplisitt og flere var inne på tematikken om at å være nær andre som er så utfordret og har hatt så mye vansker i livet gjør at man setter mer pris på det man har og at man føler seg heldig som har et rikt liv. Tedeschi og Calhorn (2004) definerer posttraumatisk vekst som personlig positiv endring av å ha gått gjennom noe veldig vanskelig. Dette omfatter økt verdsettelse av livet i sin helhet og mer meningsfull tilværelse (Tedeschi og Calhorn, 2004). Noen av deltakerne har som beskrevet i punktene ovenfor vært igjennom store vansker, samtlige av deltakerne fortalte at de snakket med kollegaer og andre om det som er utfordrende. Å inneha evnen til å åpne seg for andre og å snakke med andre om personlige temaer og egenskaper øker sannsynligheten for vekst etter å ha gjennomgått noe traumatisk (Tedeschi og Calhorn, 2004).

Isdal (2017) betegner det som et privilegium å få jobbe med mennesker, bety noe for de og oppleve positive endringer (Isdal, 2017). En av deltakerne utdypet at «*pasientenes smerte er ikke min smerte*» og at denne tanken beskytter mot overføring av det vonde. En annen deltaker sa at å bli omsluttet av familien etter endt arbeidsdag gav en følelse av ydmykhet og

takknemlighet for det man har, og fremhevet å ha blitt enda mer nysgjerrig på og glad i folk etter å ha fått innblikk i hva andre sliter med.

## 7.0 AVSLUTNING

Hensikten med undersøkelsen var å utvikle mer kunnskap om hjelpernes erfaringer, refleksjoner og følelser i møte med pasienter med sammensatte utfordringer, med påfølgende problemstilling: «*Hvordan påvirkes hjelperen av møter med pasienter med samtidig rus- og psykiske utfordringer?*» Og forskningsspørsmål:

- Hvilke holdninger, tanker og følelser gir hjelperne uttrykk for om opplevd slitasje fra jobb?
- Hvordan innvirker elementer fra jobbsituasjon inn på privatlivet?
- Hvilke forhold opplever hjelperne at kan øke toleransen for andres lidelsestrykk?

Deltakerne berøres av pasientenes historier. Samtalene med pasientene oppgis som den største kilden til berikelse både i jobbsammenheng og hvordan deltakerne påvirkes som person. Samtidig oppgir deltakerne at det er vanskelig å høre pasientenes vanskelige historier. Ingen av deltakerne oppga å begrense pasientens historier for sin egen del og samtlige fortalte at de må tåle å høre disse historiene selv om deltakerne berøres i den grad at historiene også påvirker inn i privatlivet. Historiene om barns utsatthet for vold og overgrep beskrives som særlig vanskelig å bli fortalt. Deltakerne har beskrevet symptomer på traumeoverføring ut ifra å høre pasientene beskrive overgrep og vold i barndommen. For noen av deltakerne har påvirkningen eskalert til symptomer på motoverføring, utbrenthet og vikarierende traumatisering.

Deltakerne satt den opplevde slitasjen i en relasjonell sammenheng. Elementer i behandlingen som kan virke beskyttende for pasienten kan virke belastende for hjelperen. Det relasjonelle aspektet av behandlingen er virksomt for pasienten og kan være en kilde til slitasje i selvbildet hos hjelperen. Ved å bruke seg selv som verktøy til å opprette og ivareta relasjon har hjelperen et personlig ansvar for å bevisstgjøre seg hva man bringer inn. Den nitidige selvgranskningen og introspeksjonen som deltakerne inngår i beskrives som grobunn for slitasje i selvbildet. Diskursetikken fordrer en åpenhet i dialogen som forhindrer skjult maktutøvelse og manipulasjon. Å ha en åpenhet omkring seg selv som hjelper og en empatisk tilnærming er etterstrebart og beror på at hjelperen er oppmerksom på egen påvirkning og at sterke emosjoner som for eksempel hat kan fremtre.

Deltakerne berøres i tillegg av fysiske hendelser som rammer de, herunder utsatthet for smitte av alvorlig sykdom, skadedyr, vold og trusler. Der noen fortalte om motoverføring av utøverens redsel, opplevde andre en dyptfølt frykt for at utøveren skulle gjøre alvor av



truslene og skade de selv eller familien. Flere opplevde situasjoner som hadde utløst fryktreaksjoner som skjelving i kroppen, bankende hjerte og hadde i månedsvis vært redd for å være alene eller at noen gjemte seg utenfor huset. Deltakerne som opplevde å bli utsatt for negative kommentarer og negativt press fra samme pasient over tid gruet seg for å gå på jobb og opplevde at jobbsituasjonen opptok tankevirksomhet og adferdsmønster hjemme. En av deltakerne beskrev dette som at pasienten trykket på hjelperens akilleshæl.

Deltakerne fortalte at de ikke har skarpt skille mellom jobb- og hjemmesituasjon og at de heller ikke har dette som målsetning. De er bevisst på hvordan jobben berører de og hva det gjør med de i rollen som partner, forelder og venn, og hvordan elementer fra jobb kan endre selvbildet negativt. For å tåle å høre de vonde fortellingene og motarbeide slitasje bevisstgjør deltakerne seg hvordan de lever sitt liv utenfor jobben. For å beskytte seg dyrker de interesser, holder seg aktive og setter grenser for hva slags og mengden av sosial aktivitet de inngår i i privatlivet. Familielivet oppgis å være kilde til beskyttelse fra og kilde til utsatthet for slitasje. Deltakerne fortalte at de etter jobb kastes inn i familielivet som opptar deres mentale kapasitet og i seg selv virker berikende. Familielivet ble i tillegg beskrevet som den delen av livet utenfor jobb som motoverføring og frykt har satt seg. Med bakgrunn i pasientenes fortellinger om overgrep og voldsutsatthet i barndommen har deltakerne opplevd sterk frykt for at det skulle skje barna deres noe. De har også blitt truet av pasienter og fryktet for at det skal skje de selv eller familien noe.

Jobben blir med deltagerne hjem og påvirker også i positiv retning. De fortalte at trygghet, aksept og konstruktiv kommunikasjon virker beskyttende i og etter utfordrende eller utsatte situasjoner. Deltakerne beskriver at å være nær andre som er så utfordret og har hatt så mye vansker i livet gjør at man setter mer pris på det man har og føler seg heldig som har et rikt liv. Dette ligner på beskrivelsen av posttraumatisk vekst, å vokse på å ha gjennomgått vansker. Deltakerne setter grenser i sitt sosiale liv, samtidig som alle oppgir å ha et. Å inngå i det som interesserer en og å være sammen med andre virker opprettende og beskyttende. Samtlige av deltakerne fortalte at kjennskap til andres situasjon har bidratt til en ydmykhet og takknemlighet for det man har, og fremhevet å ha blitt enda mer nysgjerrig på og glad i folk etter å ha fått innblikk i hva andre sliter med.

I analysedelen av undersøkelsen erfarte jeg at spørsmålene i intervjuguiden har forsøkt å dekke flere store tema slik at det har vært vanskelig å velge ut hva som skulle være gjenstand for fordypning. Samtidig har det vært et privilegium å intervjuer deltakere som gav

reflekterende og omfattende respons på intervju spørsmålene. Slik jeg ser det inneholder denne studien interessante funn og vinklinger som å knytte erfaringer og slitasje fra møtet med pasienter til motoverføring og utfordring med selvopplevelsen. Undersøkelsen inneholder spennende og reflekterte illustrasjoner på slitasje, utsatthet og berikelser fra å jobbe med mennesker i en utsatt livssituasjon. Intensjonen bak studien er at den innehar overføringsverdi slik at folk som jobber med mennesker med tilsvarende utfordringer vil kunne kjenne seg igjen og relatere seg til funnene. Det ligger også et sterkt ønske om at hjelpere vil kunne oppnå innsikt og kunnskap ut ifra dette materialet og at noe i oppgaven gjennom egenutvikling kan komme de selv, arbeidsplassen og ikke minst pasientene til gode. Å produsere kunnskap om hjelperes erfaringer står for meg som relevant og nyttig. Det er viktig å utvikle kunnskap om hjelperne som jobber med sårbare grupper der bedring og kvalitet på behandlingen kan være vanskelig å måle. De subjektive erfaringer og opplevelser er nyttige virkemidler for utviklingen av ny kunnskap som kommer både hjelperne og pasientene til gode.

## 8.0 LITTERATURLISTE

Anstorp, T., Benum, K. & Jakobsen M. (2012). *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforlaget.

Bang, S. & Nilsen, L. (2003). *Rørt, rammet og rystet: faglig vekst gjennom veiledning*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Berge, T. (2005). Sekundær traumatisering, vikarierende traumatisering og omsorgstretthet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 42 (2). 125–7.

[http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=288683&a=3](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=288683&a=3) (nedlastet 10.02.2020).

Borg, M. & Topor, A. (2014). *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser* (3.utg.). Oslo: Kommuneforlaget.

Edvardsson, B. (2009). *Är samtal med professionella hjälpare efter traumatiska händelser till hjälp eller stjälp?* Örebro universitet: Akademin för juridik, psykologi och socialt arbete.

Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: coping with secondary stress disorder in those who treat the traumatized*. Psychosocial stress series no. 23. New York: Brunner/Mazel.

Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues* 30 (1). 159- 65.

<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>.

Gabbard, G.O. (2005). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. (4. utg). Washington: American Psychiatric Publishing.

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

Gibbons, C., Dempster, M. & Moutray, M. (2010). Stress, coping and satisfaction in nursing students. *JAN. Leading Global Nursing Research*. 67 (3). 621- 623.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05495.x>

Habermas, J., oversatt av Smith, J-A & Smith J-H. (1999). *Kommunikasjon, moral og rett*. Oslo: Tano Aschehoug.

Hammerlin, Y. & Leer-Salvesen, P. (2014). *Voldens ansikter. En Dialog om ondskap, ansvar og håp*. Oslo: Cappelen Damm.

Helsedirektoratet. (2015, 1. juli). Forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selv-mord-i-psykisk-helsevern>.

Henriksen, J-O. & Vetlesen, A. J. (2006). *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

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

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

Jacobson, J. M. (2006). Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Burnout: Reactions Among Employee Assistance Professionals. Providing Workplace Crisis Intervention and Disaster Management Services. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 21 (3-4). 133-152. [https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J490v21n03\\_08](https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J490v21n03_08).

Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4.utg.). Oslo: Abstrakt Forlag AS.

Engelstad, F., Kalleberg, R., Grennes, C.E. & Malnes, R. (1998). *Samfunn og vitenskap*. Ad Notam Gyldendal.

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

Kåver, A. & Nilsonne, Å. (2009). *Dialektisk atferdsterapi ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. I: Norcross, J. C. & Goldfried, M. R. (Red.). *Handbook of psychotherapy integration*. 94–129. New York: Oxford University Press.

Larsen, K. (2011). «Bare gå og heng deg, din jævla dritt!!». Motoverføring og suicidalitet. *Psykoterapi og suicidalitet*, 16 (1). 18–24. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.2070>.

- Lillevik, O. G. (2009). Tiltak mot trusler og vold. *Sykepleien*, 97 (9). 62–64. [10.4220/sykepleiens.2009.0047](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2009.0047).
- Lillevik, O. G. & Øien, L. (2014). *Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lingås, L.G. (2008). *Etikk og verdivalg i helse- og sosialfag*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lovdata. (2020, 1. mars). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_1#%C2%A71-3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_1#%C2%A71-3)
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2 (2). 99 – 113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>.
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131–149. <https://doi.org/10.1007/BF00975140>.
- Muran, J. C., Barber, J. (Red.). (2010). *The therapeutic alliance: an evidence-based guide to practice*. New York: Guilford Press.
- Nilsen, J-V. (2014). Hvorfor kjenner jeg på disse følelsene og hva skal jeg gjøre med dem? Om motoverføringsbegrepet – betraktninger rundt ulike forståelser og anvendelser. *Mellanrummet: tidsskrift om barn- og ungdomspsykoterapi*. Stockholm: Mellanrummets Vänforening. <https://www.mellanrummet.net/nr30-2014/artikelhvorforkjennerjegpadisse.pdf>.
- Nortvedt, P. & Grimen, H. (2009). *Sensibilitet og refleksjon*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Notø, T., Olsen, R., Normann, K. & Løberg, T. (2005). Psykologers reaksjoner på arbeid med selvmordsnære pasienter: En undersøkelse av et utvalg psykologer i Hordaland. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 42 (6). 491-496. (Lastet ned 3.04.2020). <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2005/06/psykologers-reaksjoner-pa-arbeid-med-selvordsnaere-pasienter-en-undersokelse-av-et-utvalg-psykologer-i-hordaland>

- Nyeng, F. (2012). Nøkkelbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Pearlman, L. A. & Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(6), 558–565. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.26.6.558>
- Pearlman, L. A. & Saakvitne, K. W. (1995). Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorder. I: Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: coping with secondary stress disorder in those who treat the traumatized*. Psychosocial stress series no. 23. New York: Brunner/Mazel.
- Ronnes, A. & Matthiesen, S B. (Red.). (2002). *Utbrent: krevende jobber - gode liv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røkenes, O.H. & Hansen, P-H. (2009). *Bære eller bryte, kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Saakvitne, K. W. & Pearlman, L.A. (1996). *Transforming the Pain: A Workbook on Vicarious Traumatization*. New York: Norton Professional Books.
- Svalund, J. (2009). Vold og trusler om vold i offentlig sektor. (Fafu-rapport 2009:30). Oslo.
- Winnicott D. W. (1994). Hate in the counter-transference. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 3(4), 348–356. (Lastet ned 12.03.2020).
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis, Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tjersland, O. A. (2006). Seksuelle overgrep mot barn: Opprørende, krevende, viktig og meningsfullt arbeid for terapeuter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 43 (10). 1010-1. (<https://psykologtidsskriftet.no/redaksjonelt/2006/10/seksuelle-overgrep-mot-barn-opprørende-krevende-viktig-og-meningsfullt-arbeid>).
- Thoresen, L. (2013). Essay: Empati- ulike forståelser. *Sykepleien Forskning* 8 (4). 362-367. 10.4220/sykepleienf.2013.0167 (lastet ned 04.02.2020).

Vatne, S. & Hoem, E. (2008). Acknowledging communication: a milieu-therapeutic approach in mental health care. *Journal of Advanced Nursing*, 61(6), 690–698.

Winnicott D. W. (1994). Hate in the counter-transference. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 3(4), 348–356.

## Vedlegg 1

### **Intervjuguide**

#### Bakgrunnsinformasjon

1. Kan du kort presentere deg? (Utdanning, Stilling, Arbeidssted).
2. Kan du kort beskrive arbeidsoppgavene dine?
3. Er du primærkontakt eller har spesielt ansvar for oppfølging av enkelte pasienter?  
(Hvor lenge har du jobbet direkte med pasienter, tidligere arbeidsforhold, studier)
4. Hvilke arbeidsoppgaver liker du best? Eksempler?
5. Vil du si du trives i jobben din? (Når, hvilken sammenheng?)
6. Syns du det er lagt til rette for at du får gjort en god jobb? (Eksempler)
7. Hvordan trives du med kollegaene dine?
8. Deltar du i veiledning? Er du fornøyd med tilbudet?
9. Snakker kollegaene sammen etter endt arbeidsdag?

#### Påvirkning og affekt

10. Kan du fortelle om du har opplevd noe i jobbsammenheng som har påvirket deg inn i privatlivet?  
(når, hvilken periode av livet, pasient sitt rusnivå eller psykisk trykk)
11. Kan du si noe om hvordan dette har affektert deg?
12. Hvorfor tror du denne/disse hendelsene har affektert deg?

#### Påvirkning av fortalte historier

13. Har du samtaler med pasientene?
14. Hvordan foregår en typisk samtale? (Planlagt, en til en, i plenum, ved aktivitet?)
15. Hvem tar initiativ til samtalen?
16. Hva snakkes det typisk om?



17. Hvilken rolle inntar du ofte?

18. Visualiserer du pasientenes historier?

19. Er det noen av pasientenes historier som har påvirket deg. Evt eksempler?

(Når, i hvilken setting, i hvilken periode av livet, rusnivå, trykk/intensitet)

20. Hva tror du er årsaken til at denne/disse historiene påvirket deg?

21. Tror du at pasientene har behov for å snakke med ansatte der du jobber? Snakker de med andre profesjonelle eller personer de har nær?)

22. Hva slags utbytte tror du pasientene har av slike samtaler?

23. Hva er ditt ansvar som ansatt?

24. Hva kan ikke tolereres på arbeidsplassen, hvor går grensen?

25. Er det noe du vil tilføye?

## Vedlegg 2

### **Forespørsel om deltakelse i studien «Belastning og ansatte i MAR og Velferdsetaten med direkte pasientkontakt»**

I forbindelse med mitt Masterstudie i Psykisk helse ved Høgskolen i Oslo og Akershus ønsker jeg å tematisere og undersøke eventuelle yrkesmessig belastninger hos ansatte i MAR og velferdsetaten som gjennom sitt virke har direkte pasientkontakt med mennesker som har levd og fortsatt lever et marginalisert og utfordrende liv og som forteller om og agerer ut ifra dette.

#### **Bakgrunn og hensikt**

Bakgrunn for studien er at jeg gjennom samtaler og veiledning med kollegaer har en oppfatning av at ansatte preges av pasientenes fortalte og gjenfortalte lidelseshistorier. Det er ønskelig for meg å sette fokus på tematikken og rede ut om informantene har tanker om eventuelle strukturelle endringer som kan settes i verk for å minke eventuelle belastninger eller rede ut elementer i arbeidsdagen som virker beskyttende.

#### **Hva innebærer studien?**

Jeg har foretatt litteratursøk for å få en bredere forståelse av historier og hendelsers mulige påvirkninger på ansatte. Ved å intervju ansatte ønsker jeg å få en forståelse for hvordan de oppfatter og resonnerer omkring måten de jobber og eventuelle påvirkninger av dette.

For at intervjupersonene skal ha god kjennskap til og forståelse for feltet, har jeg satt som krav at hen har jobbet i direkte pasientkontakt med personer i mer enn fem år.

Intervjuet vil ta ca tre kvarter og foregå etter individuell avtale.

#### **Frivillig deltakelse**

Intervjupersonene kan trekke seg fra deltakelse når som helst uten å oppgi begrunnelse, deltakelse er frivillig. Dersom det er ønskelig med deltakelse undertegnes vedlagt samtykkeerklæring.

#### **Hva skjer med informasjonen gitt av intervjupersonene?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun undertegnede og veileder som vil ha tilgang til personopplysninger. Datamaterialet oppbevares i en låst safe på HiOA i

anonymisert form. Navnelisten vil oppbevares separat fra det øvrige datamaterialet i låsbart skap på prosjektleders kontor, men vil kunne kobles mot datamaterialet ved hjelp av en referansekode som kun undertegnede har tilgang til. Transkribering av intervjuene vil foregå på spesielle maskiner på HiOA uten nettilgang. Etter at masteroppgaven er godkjent vil lydbåndopptakene og navnelisten bli slettet.

Det vil bli lagt stor vekt på anonymisering av den informasjon som framkommer, slik at deltakerne ikke vil kunne bli gjenkjent i oppgaven. Dersom det er ønskelig kan informantene få lese oppgaven før den blir levert, for å sikre at materialet fra intervjuene er tilstrekkelig anonymisert.

Jeg ønsker å benytte lydopptaker under intervjuet for å sikre nøyaktig gjengivelse. Opptakene vil bli slettet når oppgaven er evaluert.

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

Jeg kan kontaktes på telefon 93447029

Prosjektleder og veileders kontaktinformasjon er: [aud.misund@hioa.no](mailto:aud.misund@hioa.no)

Med vennlig hilsen

Erika Brynlund

.....

**Samtykke til deltakelse i studien «Belastning og ansatte i MAR og Velferdsetaten med direkte pasientkontakt»**

Jeg har mottatt muntlig og skriftlig informasjon om studien

Jeg gir herved informert samtykke om å delta i studien

Jeg er informert om at jeg når som helst kan trekke meg fra studien uten å måtte oppgi noen grunn.

Dato og signatur

## Vedlegg 3

### NSD sin vurdering

Skriv ut

#### **Prosjekttittel**

Belastning og ansatte i Velferdsetaten med direkte pasientkontakt.

#### **Referansenummer**

247099

#### **Registrert**

26.11.2019 av Erika Brynlund - erikabrynlund@gmail.com

#### **Behandlingsansvarlig institusjon**

OsloMet - storbyuniversitetet / Fakultet for helsevitenskap / Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

#### **Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Aud Misund, aud.misund@oslomet.no, tlf: 67236149

#### **Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

#### **Kontaktinformasjon, student**

Erika Brynlund, erika\_tina@hotmail.com, tlf: 93447029

#### **Prosjektperiode**

01.08.2015 - 15.05.2020

#### **Status**

06.05.2020 - Vurdert

### **Vurdering (1)**

#### **06.05.2020 - Vurdert**

Behandlingen av personopplysninger ble opprinnelig meldt inn til NSD 14.05.2017 (NSD sin ref: 54429) og vurdert under personopplysningsloven som var gjeldende på det tidspunktet. 26.11.2019 meldte prosjektleder inn en endring av prosjektet: Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.05.2020. Det er vår vurdering at behandlingen/hele prosjektet vil være i samsvar med den gjeldende personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med

det som er dokumentert i meldeskjemaet 06.05.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan fortsette. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html) Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres. 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. NSD vil understreke at utvalget har taushetsplikt, og ikke kan dele taushetsbelagt informasjon med prosjektet. 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 viderebehandles 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 som er gitt oppfylte lovverket på daværende tidspunkt. Informantene er tidligere blitt informert om forlengelsen av prosjektperioden. 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 om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Kajsa Amundsen Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)