



**Høgskolen
i Innlandet**

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Masteroppgave

Emosjonelle belastninger blant psykisk helsearbeidere i Kommunehelsetjenesten

Hvilke egenerfaringer har psykisk helsearbeidere med emosjonelle belastninger i arbeidssituasjonen sin i kommunehelsetjenesten, og hvordan håndterer de dem?

Emotional burdens among mental health workers in the Municipal Health Service.
What personal experiences do mental health workers have with emotional burdens in their work situations within the municipal health service, and how do they manage them?

4PM791 Master i psykisk helsearbeid, 2024

Ord: 26897

Tanja-Helén Michelsen Zakariassen

FORORD

I arbeidet med denne masteroppgaven har jeg fått fordype meg i noe jeg er svært opptatt av. Det har vært en eneste berg og dal bane av følelser på godt og vondt, som har fortegnet seg som en lang og krevende prosess, men også meget lærerik.

Jeg vil starte å takke informantene som meldte seg til å delta i prosjektet. De var helt fantastiske, og delte åpent og ærlig om sine egenerfaringer. Det har vært viktig og ærefult å få videreformidlet refleksjonene deres riktig. Uten dere ville ikke denne masteroppgaven sett sitt lys. Jeg hyller alle dere som jobber i psykisk helseteam i kommunehelsetjenesten for den viktige jobben dere gjør hver dag, til tross for dens pris. Den er til tider ganske stor.

En stor takk til min veileder Tore Bonsaksen som har gitt meg gode råd og konstruktive tilbakemeldinger. Mine herlige medstudenter som gjorde den krevende tiden til lykkefølelse rundt leirbålet. Takk for all støtte og diskusjoner underveis. Tusen takk til mine nærmeste venner som alltid har trodd på meg og har drukket kaffe og hørt på mine utfordringer gjennom disse årene.

Til slutt vil jeg takke min kjære mann Morten og min sønn Maximilian som har støttet, oppmuntret og hjulpet meg sporenstreks når jeg har kommet ut for IKT problemer og tanker om at jeg ikke klarer å gjennomføre. De er min klippe og jeg hadde aldri klart å slutføre uten dem. Jeg lover at det skal bli en stund til neste prosjekt!

Oslo, mai, 2024

Tanja-Helén Michelsen Zakariassen

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Psykisk helsearbeidernes arbeidshverdag er preget av møter med mennesker som er i en sårbar posisjon. Psykisk helsearbeiderne er plassert i kjerneområdet av pliktutførelse der de etablerer nære relasjoner til brukere. Dette medfører ofte nærhet til individets smerte og lidelse noe som igjen kan føre til emosjonelle belastninger for psykisk helsearbeideren. Det er lite kunnskap om de emosjonelle sidene ved psykisk helsearbeidernes arbeidshverdag i kommunehelsetjenesten. På tross av de emosjonelle belastningene har psykisk helsearbeiderne sine måter de håndterer belastningene på.

Hensikt/Formål: Med masteroppgaven ønsker jeg å undersøke hvilke egenerfaringer psykisk helsearbeidere har med emosjonelle belastninger i sin arbeidshverdag i kommunehelsetjenesten, og hvordan de håndterer dem. I dette ligger hva som kan være risikofaktorene og hva de gjør i arbeidshverdagen for å håndtere dem.

Metode: Masteroppgaven er en kvalitativ studie med bruk av individuelle semistrukturerte intervjuer. Det ble gjennomført 5 intervjuer av sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid og som jobber som psykisk helsearbeidere i psykisk helseteam i kommunehelsetjenesten. Analysen av dataene ble gjennomført med Malterud sin STK – Systematisk tekstkondensering metode.

Resultater: Det er flere sentrale funn. Den ene er de indirekte emosjonelle belastningene psykisk helsearbeidere kan oppleve i arbeidssituasjonen fra arbeidet med brukere som har komplekse og smertefulle livshistorier. Arbeid i psykososiale kriseteam, spesielt i saker som involverer barn, er identifisert som særlig emosjonelt belastende, noe som understreker behovet for adekvate støttetiltak og strukturelle rammer for å håndtere de sterke følelsesmessige reaksjonene som kan oppstå. Prosessene i kriseteamene, hvor det praktiseres å arbeide i par, oppfattes som støttende og bidrar til å lette den emosjonelle byrden. Studien peker på mangelfulle ressurser og økt arbeidspress som kritiske faktorer som forsterker den emosjonelle belastningen. Disse utfordringene har blitt forverret av samhandlingsreformen, som har overført ansvar til kommunehelsetjenesten uten tilstrekkelige ressurser, og har ført til en ubalanse i systemet. Studien viser at erfaring, robusthet og raushet fremmer trygghet og motstandskraft mot stress og emosjonelle belastninger.

Konklusjon: Studien viser at kommunale psykisk helsearbeidere bærer en tung emosjonell byrde fra å håndtere brukere med komplekse og vanskelige livshistorier, noe som kan føre til omsorgstretthet, utbrenthet og emosjonell distansering. Det er nødvendig med organisatoriske tiltak for å støtte ansattes velvære og yrkesmessig bærekraft for å lette emosjonell belastning hos psykisk helsearbeiderne. Dette inkluderer implementering av regelmessige veiledningsrammer, tilrettelegging for fleksibilitet i arbeidet, og en arbeidskultur som fremmer åpenhet og anerkjenner de ansattes innsats. Det er essensielt å anerkjenne begrensningene i hva helsearbeidere kan oppnå og å etablere klare grenser for å beskytte mot yrkesmessig utbrenthet og emosjonell utmattelse.

Nøkkelbegreper: Emosjonelle belastninger, Psykisk helsearbeider, kommunehelsetjenesten, sekundærtraumatisering, omsorgstretthet, utbrenthet og kvalitativ metode.

ABSTRACT

Background: The daily work of mental health workers is characterized by encounters with individuals who are in a vulnerable position. Mental health workers are situated at the core of duty performance where they establish close relationships with clients. This often entails proximity to the individual's pain and suffering, which in turn can lead to emotional burdens for the mental health worker. There is limited knowledge about the emotional aspects of mental health workers' daily work in the municipal health service. Despite the emotional burdens, mental health workers have their own ways of managing these stresses.

Purpose/Objective: With my master's thesis, I aim to explore the personal experiences of mental health workers with emotional burdens in their daily work within the municipal health service, and how they cope with them. This includes identifying potential risk factors and what they do in their daily work to manage these stresses.

Method: The master's thesis is a qualitative study using individual semi-structured interviews. Five interviews were conducted with nurses who have specialized in mental health work and who are employed as mental health workers in mental health teams within the municipal health service. The analysis of the data was performed using Malterud's STC – Systematic Text Condensation method.

Results: There are several key findings. One is the indirect emotional burdens that mental health workers can experience in their work situation from working with users who have complex and painful life stories. Work in psychosocial crisis teams, especially in cases involving children, has been identified as particularly emotionally taxing, highlighting the need for adequate support measures and structural frameworks to manage the intense emotional reactions that can arise. The processes in the crisis teams, where working in pairs is practiced, are perceived as supportive and contribute to alleviating the emotional burden. The study points to insufficient resources and increased work pressure as critical factors that intensify the emotional burden. These challenges have been worsened by the Coordination reform, which has shifted responsibility to the municipal health service without adequate resources, leading to an imbalance in the system. The study indicates that experience, resilience, and generosity promote a sense of security and resistance to stress and emotional burdens.

Conclusion: The study reveals that municipal mental health workers carry a heavy emotional burden from dealing with users with complex and challenging life stories, which can lead to compassion fatigue, burnout, and emotional detachment. Organizational measures are essential to support the well-being and professional viability of employees to ease the emotional burden on mental health workers. This includes the implementation of regular supervisory frameworks, accommodation for work flexibility, and a work culture that encourages openness and recognizes the efforts of staff. Recognizing the limits of what health workers can achieve and establishing clear boundaries is crucial to protect against professional burnout and emotional exhaustion.

Key Concepts: Emotional burdens, mental health worker, municipal health service, secondary traumatization, compassion fatigue, burnout, and qualitative method.

INNHOLDSFORTEGNELSE

FORORD	II
SAMMENDRAG	III
ABSTRACT	IV
INNHOLDSFORTEGNELSE.....	IV
1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Hensikten med prosjektet og problemstilling	3
1.3 Sentrale begreper	4
1.3.1 Psykisk helse	4
1.3.2 Psykisk helsearbeid.....	5
1.3.3 Empati.....	5
1.3.4 Emosjonelt arbeid.....	5
1.3.5 Selvivaretakelse	5
2.0 TEORETISK TILNÆRMING.....	7
2.1 Belastningspsykologi	7
2.1.1 Sekundærtraumatisering, compassion fatigue, utbrenthet og vikarierende traumatisering	8
Figur 1. Belastningstrekant.....	10
2.2 Emosjonelt arbeid.....	11
2.2.1 Empati.....	12
2.3 Mestring – Kompetanse, erfaring, tilvenning/habituering.....	12
2.4 Organisatoriske forhold og ansvar	13
2.5 Selvivaretakelse/Ivaretakende funksjoner	13
2.5.1 Ivaretakende ledelse	14
2.5.2 Ivaretakende kollegafellesskap	15
2.5.3 Debrifing og veiledning/kollegaveiledning	16
2.6 Fysiske miljøet på arbeidsplassen	17
3.0 METODE.....	18
3.1 Vitenskapsteoretisk retning	18
3.1.1 Forskningsprosessen - Hermeneutisk tilnærming.	18
3.1.2 Kvalitativ metode.....	19
3.2 Gjennomføring av empirisk forskning	20
3.2.1 Utvalg og rekrutering.....	20
3.2.2 Semistrukturert forskningsintervju	22
3.2.3 Intervjuprosessen	22

3.2.4	Transkribering.....	24
3.3	Analyse	25
3.3.1	Systematisk tekstkondensering.....	25
	Tabell 1. Kodegruppe eksempel	27
3.4	Etiske overveielser.....	28
4.0	RESULTAT.....	30
4.1	Strev med å håndtere jobbens belastninger	30
4.1.1	I empatiens skygge: Å lytte til de vanskelige historiene.....	30
4.1.2	Empatiens vekst gjennom emosjonelle møter i det psykososiale kriseteamet	31
4.1.3	Kroppens fortellinger.....	32
4.1.4	Utfordringer ved å være alene med ansvar	33
4.1.5	Samarbeidsforholdene i systemet, det skaper mye frustrasjon	34
4.1.6	Grensens betydning for personlig bærekraft.	35
4.1.7	Når gode intensjoner møter harde realiteter: Navigering i hjelperens dilemma	35
4.2	Usynlige bånd: Mangelen på støtte og anerkjennelse i det psykososiale arbeidslandskapet	36
4.2.1	Sikkerhetsnett i arbeidslivet: Kollegialstøtte som fundament for profesjonell utvikling.....	36
4.2.2	Barrierer i betong: Når arkitekturen former fellesskapet.	37
4.2.3	Fravær av ledelse – kjempe oppover for å bli hørt	38
4.2.4	Å Slippe tak før helg.....	39
4.3	Strategier for å ivareta seg selv: Veien til balanse i en hektisk hverdag	40
4.3.1	Bevissthet i å hente seg inn i arbeidshverdagen	40
4.3.2	Bevissthet i å hente seg inn på fritiden	42
4.3.3	Vekstens stille kraft: Erfaringens og tålmodighetens transformativ rolle.	42
4.3.4	Arbeidets utholdenhet: Balansen mellom drivkraft og motstand	43
5.0	Diskusjon	45
5.1	Strev med å håndtere jobbens belastninger	45
5.1.1	I empatiens skygge: Å Lytte på de vanskelige historiene	45
5.1.2	Empatiens vekst gjennom emosjonelle møter i det psykososiale teamet.....	47
5.1.3	Kroppens fortellinger.....	48
5.1.4	Utfordringer ved å være alene med ansvar	50
5.1.5	Samarbeidsforholdene i systemet, det skaper mye frustrasjon	51
5.1.6	Grensens betydning for personlig bærekraft	52
5.1.7	Når gode intensjoner møter harde realiteter: Navigering i hjelpers dilemma	53
5.2	Usynlige bånd: Mangelen på støtte og anerkjennelse i det psykososiale landskapet	54
5.2.1	Sikkerhetsnett i arbeidslivet: Kollegialstøtte som fundament for profesjonell utvikling.....	54
5.2.2	Barrierer i betong: Når arkitekturen former fellesskapet.	56

5.2.3 Fravær av ledelse – kjempe oppover for å bli hørt	57
5.2.4 Slippe tak før helg	58
5.3 Strategier for å ivareta seg selv: Veien til balanse i en hektisk hverdag	58
5.3.1 Bevissthet i å hente seg inn i arbeidshverdagen	58
5.3.2 Bevissthet i å hente seg inn på fritiden	60
5.3.3 Vekstens stille kraft: Erfaringens og tålmodighetens transformativ rolle.....	61
5.3.4 Arbeidets utholdenhet: Balansen mellom drivkraft og motstand.	62
5.4 Diskusjon av metoden	63
5.5 Forskerrolle og refleksivitet.....	66
6.0 Konklusjon	68
Referanseliste	70
Vedlegg	74
Vedlegg 1: NSD sin vurdering	75
Vedlegg 2: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt og Samtykkeerklæring	77
Vedlegg 3: Intervjuguide	81

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

«Siden vi er mennesker, er vi i fare for å bli preget, endret og i ytterste forstand syke av arbeidet vårt. Vi jobber i risikoyrker!» (Isdal, 2017, s. 59).

Å engasjere seg i andres liv og bidra til deres velvære representerer en av de mest berikende aspektene ved å arbeide innen hjelpeyrkene. Helsepersonell utøver omsorg overfor klienter eller brukere som ofte er i en sårbar posisjon. Innen psykisk helsearbeid er profesjonelle utøvere plassert i kjerneområdet av pliktutførelse, hvor interaksjon og nær samhandling med mennesker er sentralt, og hvor man involveres dyptgående i andre individers livssituasjoner.

Arbeid innen psykisk helsefeltet er assosiert med en rekke risikofaktorer, grunnet hjelpeyrkenes iboende natur hvor profesjonelle etablerer nære relasjoner til brukere, klienter eller pasienter. Dette medfører ofte en nærhet til individets smerte og lidelse, noe som kan være emosjonelt belastende (Haavik & Toven, 2020, s. 25). Ytterligere faktorer som kan forsterke belastningen for helsepersonell inkluderer stort ansvar, omfattende arbeidsoppgaver, begrenset tid, mangel på støtte fra arbeidsmiljøet inkludert ledelse og kollegaer, samt eksponering for vold og trusler. Dessuten kan utfordringer i privatlivet bidra til økt stressnivå (Haavik & Toven, 2020, s. 25).

I henhold til Arbeidsmiljølovens § 1-1 er formålet å etablere et arbeidsmiljø som fremmer helse og gir beskyttelse mot potensielle fysiske og psykiske skadevirkninger (Haavik & Toven, 2020, s.14). Hvis arbeidsplassen er kjennetegnet ved dårlig organisering, øker risikoen signifikant for at både den enkelte arbeidstaker og dens kolleger kan utvikle omsorgstretthet i varierende grad (Haavik & Toven, 2020, s.14). Å engasjere seg i menneskelig lidelse, hvor en anvender seg selv som instrument i hjelpearbeidet, kan medføre visse kostnader. Det er essensielt å håndtere disse på en profesjonell måte for å ivareta både brukerens og hjelperens velvære (Haavik & Toven, 2020, s.14). Faglitteraturen indikerer at helsepersonell, i sitt ønske om å utøve en god jobb i interaksjon med pasienter, kan risikere å inngå i en negativ syklus hvor de blir ute av stand til å restituere seg etter arbeidsrelaterte påkjenninger (Haavik & Toven, 2020, s. 51).

I løpet av de siste tiårene har forskning og faglitteratur i økende grad rettet fokus mot sårbarheten som helsepersonell kan oppleve i sitt yrke. Figley (1995) var en pioner i å identifisere og konseptualisere fenomenet sekundær traumatisk stress (STS), og introduserte begrepet sekundær traumatisk stresslidelse (STSD) i terapeutiske miljøer på 1990-tallet. Figley (1995) observerte at pårørende og kollegaer til hans klienter manifesterte symptomer som lignet de som ble opplevd av personer med posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Imidlertid var den distinkte forskjellen at STSD-

symptomene oppsto som følge av indirekte eksponering for traumer gjennom klientens erfaringer, i motsetning til direkte personlig opplevelse som er tilfellet med PTSD (Figley, 1995, s. 8; Bride, 2007, s. 64). Manifestasjonene av sekundær traumatisk stress kan inkludere en rekke symptomer som påtrengende minnebilder, gjentakende mareritt, økt irritabilitet, søvnforstyrrelser og redusert konsentrasjonsevne (Berge, 2005, s. 127).

Psykisk helsepersonell konfronteres med både direkte og indirekte fysiske og psykiske belastninger i sin yrkesutøvelse. Den kontinuerlige involveringen i og eksponeringen for traumatiske hendelser øker risikoen betydelig for at disse yrkesutøverne kan utvikle sekundærtraumatisering og omsorgstretthet som en følge av deres arbeid (Gratland & Nergård, 2017, s. 3). Ved å stadig møte mennesker som har det vondt, kan helsearbeidere selv bli påvirket negativt. Dette kalles sekundærtraumatisering, og det skjer når de mange vanskelige historiene de hører over tid endrer deres måte å tenke og føle på (Haavik & Toven, 2020, s. 48). Dette gjelder spesielt for helsepersonell som arbeider i nært samspill med pasienter, kan langvarig engasjement i brukernes smertefulle og traumatiske erfaringer, samt i tilfeller hvor det er en oppfatning av manglende bedringspotensial hos brukeren, medføre en forhøyet risiko for utvikling av psykiske lidelser blant helsearbeiderne selv (Haavik & Toven, 2020, s. 55).

I kjølvannet av samhandlingsreformen, som trådte i kraft den 1. januar 2012, har kommunehelsetjenesten fått økt ansvar for å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle innbyggere. Reformen, som er dokumentert i Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009), har gitt kommunene en mulighet til å investere i og utvikle et helsevern med fokus på forebygging av psykiske lidelser. Hensikten er å redusere behovet for sykehusinnleggelse og dermed spare kostnader. Som en konsekvens av samhandlingsreformen ble det overført økt ansvar til kommunene, dette medførte eskalering av arbeidsbyrden på kommunene. Resultatet av dette er en nedskalering av spesialisthelsetjenesten, med en reduksjon i antall tilgjengelige sengeplasser og en nedgang i kapasiteten ved Distriktpsykiatriske sentre (DPS). Pasienter blir nå i større grad utskrevet for behandling på primærhelsetjenestenivået, som er førstelinjen i helsevesenet (Huglen, 2012, s. 7). Til tross for den økte arbeidsbyrden som følge av samhandlingsreformen, har det ikke vært en korresponderende økning i antall faste stillinger innen kommunehelsetjenesten grunnet økonomiske begrensninger. I stedet har eksisterende stillinger blitt reorganisert og personell har blitt redistribuert til alternative teamkonstellasjoner, slik som FACT (Flexible Assertive Community Team) og FOT (Fleksibelt oppfølgingsteam). Disse teamene legger til rette for en poliklinisk og ambulant oppfølgingsmodell, hvor psykisk helsearbeidere i kommunene påtar seg en utvidet rolle i behandlingen av pasienter.

Pasienter med langvarige psykiske lidelser som tidligere var langtidsinnlagt i institusjon, bor nå hjemme i egen bolig med oppfølging fra helsepersonell i kommunen (Ringen et al., 2019 s. 6). Brukergruppen består også i stor grad av individer som er flyktninger i eksil, hovedsakelig fra nasjoner preget av krigstilstander. Disse personene har vært utsatt for betydelige traumer relatert til væpnet konflikt, forfølgelse og ulike former for menneskerettighetsbrudd (Varvin, 2017, s. 94).

I kjølvannet av terrorangrepene den 22. juli 2011 ble det tydeliggjort et omfattende behov for psykososiale kriseteam i samtlige kommuner, et ansvarsområde hvor også psykisk helsepersonell er involvert. Som følge av dette vil psykisk helsearbeidere i kommunal sektor med stor sannsynlighet komme i kontakt med individer som har opplevd traumatiske hendelser, inkludert vold, terror, tortur og overgrep. Disse fagpersonene står overfor oppgaven med å overvåke og yte langvarig oppfølging av klienter, ofte parallelt med deres regulære arbeidsoppgaver. Psykisk helsearbeidernes oppgaver på kommunalt nivå er mangfoldig og består av mye alenejobbing sammen med klienten og arbeidsbelastningen kan derfor bli stor (Huglen, 2012 s. 7).

Statistiske data indikerer at helsepersonell som en yrkesgruppe har en 38 prosent høyere forekomst av sykefravær sammenlignet med andre yrkesgrupper (Haavik & Toven, 2020, s. 59). Den nye Sintef rapporten om «Emosjonelle krav og belastninger i yrker som jobber for og med mennesker» viser til Aronsson et al. der det er høy korrelasjon mellom høye emosjonelle krav og høyt sykefravær hos helsepersonell (Buvik et al. 2023, s. 21). Isdal (2017, s.140) hevder at disse tallene lett kan knyttes til det å jobbe med andres menneskers lidelser. Det er derfor av vesentlig betydning at helsepersonell besitter kunnskap om og bevissthet rundt egne sårbarheter og styrker, ettersom de anvender seg selv som et instrument i sitt profesjonelle virke (Bang, sitert i Isdal, 2017, s. 76).

Motivert av en personlig interesse, samt egne observasjoner og refleksjoner som psykisk helsearbeider, hvor jeg har vært vitne til at flere kolleger har blitt syke og tatt ut i langtidssykefravær som følge av langvarig eksponering for psykiske og emosjonelle belastninger i yrkesutøvelsen, er det et ønske om å rette fokus mot de belastende aspektene ved arbeidshverdagen for psykisk helsearbeidere i kommunal sektor. Det er en intensjon om å utforske og identifisere faktorer som bidrar til psykisk uhelse, lidelse og sykdom blant disse yrkesutøverne.

1.2 Hensikten med prosjektet og problemstilling

Formålet med denne masteroppgaven er å kaste lys over og utvide forståelsen av de personlige erfaringene psykisk helsearbeidere har med emosjonelle belastninger i deres profesjonelle

hverdag, deres påvirkning av disse belastningene, samt strategier for forebygging og håndtering. Studien tar i bruk en kvalitativ metodisk tilnærming for å få innsikt i psykisk helsearbeideres opplevelser og erfaringer på dette feltet. Det er gjennomført fem intervjuer med psykisk helsearbeidere ansatt i forskjellige bydeler i Oslo kommunes helsetjeneste, valgt på grunn av deres direkte arbeid med brukere i psykiske helseteam.

Arbeidsrelaterte belastninger er et kritisk tema som krever oppmerksomhet, spesielt siden det eksisterer begrenset forskning på dette området innenfor kommunehelsetjenesten. Det finnes studier relatert til arbeidsbelastninger blant saksbehandlere i NAV, barnevernstjenesten, BUP og spesialisthelsetjenesten. Kunnskapen om de langvarige konsekvensene av å arbeide med psykisk syke og håndtere belastende samtaler over tid er omfattende, og det er derfor av betydning å undersøke hvordan bydelene adresserer disse utfordringene og hvilke tiltak psykisk helsearbeidere selv tar for å ivareta egen helse. Videre er det relevant å betrakte dette i lys av samhandlingsreformen, som har som mål at pasienter raskt skal returnere til hjemmet og motta oppfølging fra kommunehelsetjenesten.

Problemstillingen som reises er: *Hvilke egenerfaringer har psykisk helsearbeidere med emosjonelle belastninger i arbeidssituasjonen sin i kommunehelsetjenesten, og hvordan håndterer de dem.*

Videre er det framstilt tre empiriske forskningsspørsmål som skal bidra med å besvare oppgavens problemstilling:

1. Hva er det psykisk helsearbeiderne opplever som belastende i arbeidshverdagen?
2. Hvilke ressurser har arbeidsplassen for å tilrettelegge for psykisk helsearbeidere?
3. Hva skal til for å forebygge og håndtere belastningene?

1.3 Sentrale begreper

Det vil her gjøres en presentasjon av ulike valg av begreper som har betydning for den som leser oppgaven.

1.3.1 Psykisk helse

WHO (World Health Organization) definerer psykisk helse som:

«en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stress-situasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet.» (Myklestad et al., 2008, s. 9)

Psykisk helse er sentralt i denne oppgaven, som fokuserer på psykisk helsearbeideres egen mentale velvære og de potensielle effektene deres arbeid og interaksjoner med individer som lider av

psykiske lidelser eller har gjennomgått traumatiske erfaringer, kan ha. Psykisk helsearbeidernes subjektive erfaringer med å arbeide med brukernes psykiske helse kan ha varierende innvirkning på deres egen psykiske helse, enten det er av positiv eller negativ karakter. Informantene i studien var utelukkende psykisk helsearbeidere, og studiens mål var å utforske deres personlige erfaringer med å arbeide med brukere som har psykiske lidelser eller har opplevd traumer.

1.3.2 Psykisk helsearbeid

Psykisk helsearbeid er et samlebegrep for den faglige og praktiske innsatsen i møtet med mennesker med psykiske lidelser og innebærer et mangfold som foregår på mange arenaer. Psykisk helsearbeid omfatter alle mulige arbeidsformer og hjelpetiltak som kan bidra til å bedre menneskers psykiske helse. Tidsskriftet for psykisk helsearbeid definerer psykisk helsearbeid som:

«et flervitenskapelig og tverrfaglig utdannings-, forsknings- og arbeidsfelt, og omfatter alle deler av tjenestene. Psykisk helsearbeid fokuserer på å fremme og bedre menneskers psykiske helse samt å påpeke og søke å endre forhold i samfunnet som skaper psykisk uhelse og bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøting. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer samt skape inkluderende lokalmiljø». (Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2008, s. 102).

1.3.3 Empati

Hvordan en tar til seg andres smerte og lidelse – medfølelse, eller evnen til å sette seg inn i andres følelsesliv (Isdal, 2017, s. 99 og s. 144). Empati inneholder en intellektuell og emosjonell komponent og en evne til å skille mellom egne og andres følelser (Isdal, 2017, s. 144).

1.3.4 Emosjonelt arbeid

Begrepet omhandler ansattes nødvendighet av å vise og regulere følelser i arbeidet for å møte jobbens krav, som kan variere fra å vise positivitet (levere service med et smil) til å være nøytral (håndheve regler) eller uttrykke misnøye (korrigere atferd) (Buvik et al., 2023, s. 6). Ifølge Hochschild påvirkes våre faktiske og uttrykte følelser av sosiale regler som dikterer passende følelser i ulike kontekster, og vi lærer å tilpasse våre følelsesuttrykk til yrkesrollen og organisasjonens forventninger (Buvik et al., 2023, s. 6).

1.3.5 Selvivaretakelse

Selvivaretakelse – Self-Care – ta vare på deg selv, ofte omtalt som egenomsorg, er praksisen med bevisst å utføre aktiviteter for å ta vare på sin egen fysiske, mentale og emosjonelle helse. Det innebærer å anerkjenne egne behov og ta skritt for å møte dem, noe som kan bidra til å opprettholde

en sunn balanse i livet. Selvivaretakelse er essensielt for å forhindre utbrenthet og stresslidelser, spesielt i omsorgsykker. Dette krever relevant kunnskap og ferdigheter (Isdal, 2017, s. 238-239).

2.0 TEORETISK TILNÆRMING

Dette kapittelet presenterer de teoretiske tilnærmingene og rammeverkene som studien støtter seg på, inkludert forskning og litteratur som belyser forskningsspørsmålet. Studiens teoretiske fundament omfatter teorier om traumer, stresspsykologi, utbrenthet, omsorgstretthet, sekundærtraumatisering og selvivaretagelse.

2.1 Belastningspsykologi

For å kunne forstå hvordan belastninger kan påvirke helsepersonell i arbeidet er det ifølge Isdal (2017, s. 71) tre forhold som er avgjørende; *alvorlighet, frekvens og «safe place»*.

Alvorlighet, er hvor dramatisk eller overveldende belastningen du blir utsatt for, da noen er verre enn andre. Som psykisk helsearbeider og deltaker i de psykososiale kriseteamet i kommunen vil en kunne møte vanskelig og alvorlige saker som innbefatter død, tortur, voldtekt og omsorgssvikt. Hvis sakene omhandler barn hevder flere (Isdal, 2017, s. 72; Berge, 2005, s. 126; Figley, 1995, s. 16) at det er alvorligere og mer overveldende for hjelper enn hvis det omhandler en voksen. Berge, (2005, s. 125) hevder at terapeuter som har mange traumatiserte pasienter, da særlig voldtektsofre kan rapportere om traumerelaterte plager på grunn av belastninger knyttet til traumeterapier. Forskning viser også at hvis en klient tar livet sitt kan det fremkalle i den psykiatriske sykepleieren en rekke av emosjonelle følelser som stress, sinne (Valente), skyldfølelse (Midence et al.), panikk, tristhet, sorg (Bohan & Doyle), selv tvil, grubling (Morrissey et al.; Robertson et al.) og symptomer på PTSD (Taakahashi et al, (Morrissey et al. 2021, 805). Videre fant de at det var lite oppfølging, anerkjennelse og følsomhet til ansattes emosjonelle smerte etter at en klient hadde tatt livet sitt (Morrissey et al. 2021, s. 811)

Frekvens, er det andre forholdet og omhandler mengde og tid. Hvor mange klienter har du i løpet av dagen og uken og hvor ofte opplever du belastningen, som kan være i form av møter, negative opplevelser og samtaler. Isdal (2017, s. 73) argumenterer for at det er uforsvarlig å ha mer enn fem klienter daglig, og påpeker at krav til høye aktivitetstall kan kompromittere den ansattes helse, og deretter påvirke kvaliteten på hjelpen som tilbys klientene.

Safe place (et trygt sted), er det tredje forholdet som blir beskrevet som viktig i arbeidshverdagen (Isdal, 2017 s. 73). Psykisk helsearbeidere utfører stort sett sitt arbeid individuelt med brukerne, enten det er i brukerens hjem eller i samtalerom.

Isdal (2017, s. 77) påpeker at ensomt arbeid kan øke helserisikoen, og understreker betydningen av trygghet og støtte fra kollegaer, ledelse, debriefing og regelmessig veiledning for å bygge

motstandskraft mot jobberelaterte belastninger. Han fremhever også at en følelse av kontroll over eget arbeid bidrar til å styrke hjelperes motstandsdyktighet (Isdal, 2017 s. 77).

Det er to andre forhold Isdal (2017, s. 74) hevder har betydning for hvordan hjelpere håndterer belastede hendelser i arbeidslivet - personlig historie og livssituasjon. Kjente fagpersoner som Figley; Pearlman og Saakvitne; Bang; Rothschild; Florio; Mathieu, i Isdal, (2017, s. 74) hevder at terapeuter som har personlige erfaringer som sine pasienter, er spesielt utsatt for utbrenthet og sekundærtraumatisering. De tenker at de blir retraumatisert og at gamle sår åpnes og gir en sårbarhet for negativ påvirkning, men Berge (2005, s. 126) viser til studier som ikke fant utvikling av sekundære traumesymptomer. Hjelperens egenerfaring kan også være en stor ressurs for å forstå klienten sine, men at de bør være klar over at det kan være en forhøyet egen helserisiko og derav må ta ekstra godt vare på seg selv (Isdal 2017, s. 74). Privatlivets utfordringer kan også øke sårbarheten for belastninger i arbeidssituasjonen (Isdal 2017, s. 75).

2.1.1 Sekundærtraumatisering, compassion fatigue, utbrenthet og vikarierende traumatisering

Isdal (2017, s. 109) beskriver traumatisering og posttraumatisk stresslidelse (PTSD) som tilstander knyttet til overveldende og skremmende hendelser som har potensial til å forandre eller forringe våre fundamentale oppfatninger av verden. Videre fremhever Berge (2005, s. 125) at traumatiske opplevelser kan utfordre troen på at verden er god, at livet er meningsfullt, og at man selv har verdi. Isdal (2017, s. 109) noterer at PTSD-begrepet oppstod for å beskrive de vedvarende psykiske og fysiske reaksjonene vietnamveteraner hadde på traumer. Babette Rothschild (2023, s. 3) bemerker at terapeuter lenge har kjent på de negative effektene av å jobbe med traumatiserte, men det er først nylig at det profesjonelle samfunnet har begynt å takle dette systematisk.

Charles R. Figley var pioner som på 1990-tallet først introduserte begrepet om sekundær traumatisk stresslidelse (STSD); «the natural consequent behaviours and emotions resulting from knowing about traumatic event experienced by significant other – the stress from helping or wanting to help a traumatized or suffering person» (Figley, 1995, s. 7; Isdal, 2017, s. 117).

Isdal (2017) definerer sekundærtraumatisering som symptomer som hjelpere utvikler gjennom indirekte eksponering for traumatiserte klienters fortellinger om vold, misbruk og andre alvorlige hendelser. Disse symptomene akkumuleres over tid som et resultat av at hjelperen blir utsatt for de tunge og belastende fortellingene i takt med antallet klienter man engasjerer seg med (Isdal, 2017, s. 116). Isdal (2017, s. 146) fremhever at hjelpere kan utvikle sekundærtraumatiske belastninger, manifestert som overveldelse, unnvikelse og forhøyet psykofysiologisk beredskap,

selv uten direkte eksponering for de traumatiske hendelsene. Berge, (2005, s. 125), beskriver symptomer som akutte stressreaksjoner, påtrengende og ubehagelige tanker, søvnvansker, mareritt og mentale bilder.

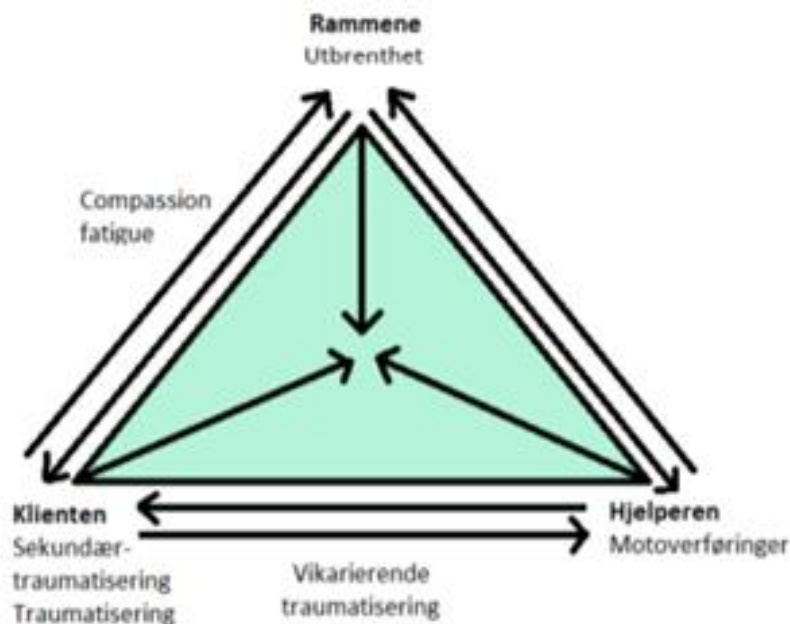
Motoverføring handler om hjelperens personlige reaksjoner og erfaringer som påvirker samhandlingen med en lidende person (Isdal, 2017, s. 146). Det handler om klientens historie treffer noe i hjelperens eget liv eller oppvekst eller som Rotschild (2023, s. 17) definerer det som; «the term countertransference will refer to the practitioners reactions to the client that has roots in the past». Å håndtere sterke motoverføringsreaksjoner fra interaksjoner med traumatiserte kan lede til sekundærtraumatisering hos hjelperen, noe som kan svekke selvkontakten og endre motoverføringsdynamikken, samt redusere evnen til empati (Gratland & Nergård, 2017, s. 5). Motoverføring anses som et nyttig verktøy som gir innsikt i terapien og representerer hjelperens naturlige respons på smerte og lidelse (Isdal, 2017, s. 126).

Omsorgstretthet, også kjent som compassion fatigue (Berge, 2005, s.125), karakteriserer den akkumulerte belastningen og slitasjen som hjelperer opplever, kommer av å stadig involvere seg i andres smerte og lidelse gjennom deres historier. Dette fenomenet utvikler seg gradvis over tid som et resultat av gjentatte eksponeringer for klienters lidelser. Figley (1995, s. 1) skriver i sin bok om compassion fatigue; «There is a cost of caring, professionals who listen to clients' stories of fear, pain and suffering may feel similar fear, pain and suffering because they care». Isdal (2017, s. 146) ser på omsorgstretthet som en kombinasjon av sekundærtraumatisering og utbrenthet, og fokuserer på klientens innvirkning på hjelperen innenfor arbeidets rammer. Figley (1995, s. 1) påpeker at de som er mest empatiske også er mest utsatt for å utvikle omsorgstretthet. Isdal (2017, s. 131) forklarer prosessen hvordan hjelperens engasjement og medfølelse sakte slites ned, noe som resulterer i tretthet og utmattelse fra å bistå andre. Ifølge Kyer, som Isdal (2017, s. 132-133) siterer, inkluderer symptomer på omsorgstretthet i arbeidslivet blant annet dårlig arbeidsmoral, unnvikelse av oppgaver, demotivasjon, apati, irritabilitet, tap av interesse for fritidsaktiviteter, tvil om arbeidets effektivitet, arbeidskonflikter, høyt fravær, vedvarende tretthet, sosial tilbaketrekning og svekket selvfølelse. Omsorgstretthet er også smittsomt og kan prege arbeidsmiljøet (Isdal, 2017, s. 132). Marsman et al., avdekket at nyutdannede psykiatriske sykepleiere opplever høyere nivåer av omsorgstretthet. Studien peker på at tiltak som spesialisert opplæring, effektiv ledelse, en støttende organisasjonskultur, veiledning i klinisk praksis og personlige strategier for selvomsorg kan bidra til å minske denne risikoen (Buvik et al., 2023 s.23).

Utbrenthet, som ligner på omsorgstretthet, beskriver en tilstand der man ikke lenger klarer å utføre jobben sin på grunn av langvarig overbelastning. Isdal (2017, s. 147-148) peker på at dette fenomenet fremhever arbeidshverdagens strukturelle begrensninger, som arbeidsmengde, tidspress, svak ledelse, utilstrekkelig støtte, monotont arbeid og andre arbeidsrelaterte utfordringer.

Vikarierende traumatisering, er et begrep som belyser hvordan vi bygger relasjoner til de vi bistår, og hvordan disse båndene kan føre til at vi internaliserer andres smerte (Isdal, 2017, s. 146).

Fenomenene jeg nå har tatt for meg er delvis overlappende, og de kan opptre samtidig og forsterke hverandre (Haavik & Toven, 2020, s. 52). Isdal (2017, s. 148) prøver å skape forståelse gjennom sin modell han kaller «*belastningstrekanten*», hvordan de ulike begrepene overlapper hverandre i forhold til Klienten, Hjelperen og Rammene (se Figur 1).



Figur 1. Belastningstrekant
(Isdal, s. 148)

Isdal (2017, s. 148) illustrerer at helserisikoen i psykisk helsearbeid stammer fra interaksjonen mellom *Rammene*, *Klienten* og *Hjelperen*. Traumatisering og sekundærtraumatisering er knyttet til klientens atferd, mens utbrenthet fokuserer på sykdomsfremkallende arbeidsrammer. Motoverføring fokuserer på hjelperens personlige mestringsstrategier og bakgrunn. Compassion fatigue oppstår i skjæringspunktet mellom klienten og arbeidsrammene, men er nærmere Klienten, mens Vikarierende traumatisering ligger tett opp mot Klienten-Hjelperen-relasjonen (Isdal, 2017, s. 148).

2.2 Emosjonelt arbeid

Å være psykisk helsearbeider i kommunehelsetjenesten er en arbeidsplass med høye emosjonelle utfordringer og krav, der man i arbeidet møter sterke følelsesuttrykk som sinne, sorg og fortvilelse. Psykisk helsearbeidere er hjelpere som bistår psykisk syke mennesker i en sykdomsprosess der hjelpernes medmenneskelighet og empati er viktig for bedringsprosessen til den som skal hjelpes (Haavik & Toven, 2020, s. 11). Det er ansatte i helse- og omsorgs yrker som er mest utsatt for emosjonelle krav, og forskning innen arbeidsmiljø viser til at emosjonelle krav er en stor risiko for helseplager (Haavik & Toven, 2020, s. 34). Flere studier antyder en sammenheng mellom arbeidets emosjonelle belastning og utbrenthet, der høyere emosjonelle krav kan forsterke risikoen for å bli utbrent. Spesifikt påpeker Madsen et al. i Buvik et al, (2023, s. 11) i en omfattende dansk studie med over 1,6 millioner arbeidstakere at ansatte i yrker med høye emosjonelle krav er mer utsatt for depresjon og depressive lidelser. I arbeidet som psykisk helsearbeider kan de emosjonelle kravene føre til at egne følelser blir undertrykket i møte med brukere, noe som kan føre til ubalanse og *emosjonell dissonans* – å måtte uttrykke noe annet utad enn det man opplever inni seg (Haavik & Toven, 2020, s. 34). Som hjelper må følelsesuttrykkene reguleres ut ifra hva som er bra for brukerne. En må endre, tilpasse eller undertrykke følelsene sine i den gitte situasjon noe Hochschild (2003, s. 56-57) beskriver begrepet «*emotion work*», eller emosjonelt arbeid. Kaufmann & Kaufmann, (2015, s. 104) stiller spørsmålet om i hvilken grad det emosjonelle arbeidet i jobbrollen er helseskadelig og har en dårlig innvirkning på holdninger og prestasjoner innen organisasjonsadferd. Videre skriver de at forskningsfunnene viser sammenheng mellom omfanget av emosjonelt arbeid og utbrenthet, særlig ved emosjonell dissonans (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 107). Forskning etablerer ikke en entydig forbindelse mellom emosjonelt arbeid og jobbytelse (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 107). Bang (2003, s. 37) formidler det krever stor nærhet til andre mennesker i rollen som hjelper. Innimellom blir helsepersonell som er tett på mennesker i en sårbar situasjon også til dels nedtrykt av å skulle tåle det de ser og hører.

Isdal (2017, s. 18) påpeker at det å bli påvirket og «absorbere» andre menneskers følelser er en del av vår menneskelighet, både positivt og negativt. I vår kultur betraktes de som ikke lar seg røre, føler med og uttrykker empati overfor andre, som avvikende fra det normale (Isdal 2017, s. 18). Å vise medfølelse og empati er en naturlig del av jobben og kan gjøre helsepersonell sårbare, men det er også grunnleggende for å kunne gi god omsorg (Gratland og Nergård, 2017, s. 4). Elaine Hatfield i Isdal, (2017, s. 160 - 161) lanserte begrepet *emosjonell smitte*, som går ut på at hjelpere kan bli påvirket av andres følelser som formidles gjennom kroppsspråk, ansiktsuttrykk og tonefall. Dette skjer fordi våre speilnevroner fanger opp og etterligner disse følelsesuttrykkene.

2.2.1 Empati

«Those who have enormous capacity for feeling and expressing empathy tend to be more at risk of compassion fatigue» (Figley, 1995, s. 1; Isdal, 2017, s. 144).

Empati og medfølelse for andre er grunnleggende for psykisk helsearbeiderne, for å kunne utføre arbeidet sitt og vise omsorg. Ifølge Isdal (2017, s. 91), er empati en grunnleggende og uerstattelig del av all behandling og endringsprosesser mellom mennesker, og den kan ikke etterlignes, fordi den er rotfestet i ekte følelser.

Empati kan defineres som «evnen til å lytte, til å sette seg inn i en annens situasjon og til å forstå den andres følelser og reaksjoner» (Eide og Eide 1996, s. 22; Isdal, 2017 s. 144). Empatiprosessen begynner når vi oppfatter andres følelser, som så resonnerer med vårt eget følelsesliv. Etter å ha bearbeidet og skilt mellom egne og andres følelser, og reflektert over dem, kan vi uttrykke vår forståelse for den andres følelsesmessige tilstand (Nedrum i Geirdal og Varvin (Red.), 2017, s. 139). Vi oppfatter brukernes fysiske tilstedeværelse og deres følelser, særlig hos de som er i lidelse, Isdal (2017, s. 159) beskriver dette som et «emosjonelt kraftfelt» som kan vekke, forme og muligens transformere oss. Haavik & Toven (2020, s. 28) fremhever at emosjonell smerte kan oppstå ved at vi tar inn andres lidelse gjennom deres historier. Når disse historiene er detaljerte, danner de levende indre bilder som kan bli vedvarende hos oss. Disse historiene vekker empati og kan gi en følelse av avmakt i møte med den andres situasjon. Gjennom innlevelse og empati i samtaler blir vi stedfortredere i møtet med den urett og de krenkelser andre har erfart (Isdal, 2017, s. 29). Som psykisk helsearbeider er det en del av jobbens essens å daglig ta del i andres smerte og vanskelige fortellinger, en belastning som er uunngåelig over uker og år. Yrket forutsetter empati og evnen til å være åpen (Haavik & Toven, 2020, s. 27). Å arbeide med individer som lider påvirker og former oss, til det punkt hvor det også kan påvirke vår egen helse. Dette kan igjen redusere kvaliteten på den hjelpen vi er i stand til å gi (Isdal, 2017, s. 145). Berge (2005, s. 125) og Figley (1995, s. 25) påpeker at empati kan gjøre en sårbar for emosjonell smerte og risikere å lede til sekundærtraumatisering.

2.3 Mestring – Kompetanse, erfaring, tilvenning/habituering

Isdal, (2017, s. 108) hevder at *kompetanse, erfaring og tilvenning/habituering* er faktorer som kan påvirke graden av den emosjonelle og fysiologiske aktiveringen som hjelpere opplever i arbeidet. *Kompetanse* bidrar til trygghet i arbeidet fordi det gjør at en kan tåle mer og reagere mindre. *Erfaring* som arbeidstakeren har bygget opp gjennom arbeidslivet og forskjellige situasjoner, er en kompetanse i seg selv som kan bygges på slik at en forstår fortære hva en kan gjøre noe med.

Forskning viser at en høyere andel eldre arbeidstakere ofte føler at relasjonene de har på jobb er vellykkede og givende, mens opplevelsen av vanskelige og utfordrende arbeidsrelasjoner avtar med alderen (Buvik et al, 2023, s. 80). Isdal (2017, s. 108) påstår at *tilvenning/habituering* gjør at vi reagerer mindre på gjentatte opplevelser, og derfor er nye og uerfarne hjelpere mer utsatt for fysiologisk og emosjonell aktivering, og har høyere risiko for sekundærtraumatisering.

2.4 Organisatoriske forhold og ansvar

Organisatoriske forhold og ansvar tar utgangspunkt i arbeidsgiver og ansvar knyttet til ivaretagelse av psykisk helsearbeidere som jobber i kommunehelsetjenesten. Isdal (2017, s. 35) tar opp spørsmål om hvem som har ansvar for at ansatte i helsesektoren ikke skal bli syke av arbeidet.

Arbeidsmiljøloven §1-1 har som formål å sikre grunnleggende helsefremmende arbeidssituasjon som skal gi trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger, der arbeidsgiver har det største ansvaret for å opprettholde standard i samsvar med loven og utviklingen i samfunnet. Arbeidstaker og kollegaer skal også medvirke til dette. Videre blir det skrevet at arbeidsgiver skal også gjøre ansatte kjent med helsefarer som kan være forbundet med arbeidet og gi nødvendig opplæring (Haavik & Toven, 2021, s. 59).

Det trekkes frem tre nivåer av ansvar:

- 1) Arbeidsgivers ansvar
- 2) Kollegaens ansvar for hverandre
- 3) Arbeidstakers/individets ansvar for seg selv

Isdal, 2017, s. 35 – 36), viser til at arbeidsgiver har det juridiske ansvar når det gjelder arbeids vilkår, men at alle involverte parter har delansvar til å bidra til et godt arbeidsmiljø der ingen blir utsatt for skader, fysisk eller psykisk. Det blir referert til tilstander inne psykiske skadevirkninger som *sekundærtraumatisering, omsorgstretthet og utbrenthet*.

Dersom arbeidsplassen i tillegg preges av dårlig organisering, er risikoen høy for at både du og dine kollegaer kan utvikle omsorgstretthet i større eller mindre grad (Haavik & Toven, 2020, s. 14).

2.5 Selvivaretagelse/Ivaretagende funksjoner

Det finnes flere begreper for en terapeut sitt behov for å beskytte seg selv som; selvhevdelse, selvmedlidenhet, selvmedfølelse, egenomsorg og selvivaretagelse. I dette prosjektet brukes selvivaretagelse og egenomsorg. Isdal (2017, s. 226) skriver: «for at ivaretagelse skal skje, trengs det kunnskap og kompetanse om studentivaretagelse, medarbeiderivaretagelse, hverandre

ivaretagelse og selvivaretagelse». Haavik & Toven (2020, s. 86) påpeker at det i grunnutdanningen for psykisk helsearbeidere ofte er en mangel på opplæring relatert til selvivaretagelse i arbeidslivet. De argumenterer for at denne mangelen kan resultere i at psykisk helsearbeidere finner det utfordrende å etablere grenser og avstå fra å engasjere seg i bestemte arbeidsoppgaver som krever en betydelig innsats, noe som er avgjørende for å opprettholde personlig velvære og profesjonell effektivitet. Haavik & Toven (2020, s. 100) beskriver en situasjon hvor psykisk helsearbeidere kan oppleve en betydelig lav grad av jobbkontroll, karakterisert ved begrensede muligheter til å definere rammer for utførelsen av arbeidsoppgaver. Dette kan føre til en redusert kapasitet til å avslå oppgaver, selv når dette er nødvendig for å ivareta egen helse og velvære.

Sakvitne og Pearlman, i Isdal (2017, s. 238, 243-244), forklarer viktigheten av selvivaretagelse blant hjelpere gjennom fem fundamentale dimensjoner: *emosjonell, fysisk, psykologisk, spirituell og profesjonell*. Disse dimensjonene understreker betydningen av adekvat søvn, tilstrekkelig hvile, et næringsrikt kosthold, regelmessig fysisk aktivitet, ferie, kontinuerlig faglig utvikling, etterutdanning, redusert arbeidstid, engasjement i daglige aktiviteter som gir mening, tilgang til veiledning og regelmessig debriefing som essensielle komponenter for å opprettholde hjelperes velvære.

«Ikke ta med deg jobben hjem» - overgangen mellom arbeid og privatliv trekkes frem som viktig for de som jobber i helse- og omsorgsykker, men at det kan være vanskelig da det viktigste verktøyet i jobben er en selv. Haavik & Toven, (2020, s. 106) hevder det er umulig å unngå å bli berørt når en jobber med relasjoner og viser empati for mennesker i vanskelige livssituasjoner. Isdal (2017, s. 241) refererer til Todaro-Francheschi som poengterer viktigheten av hjelperens selvstendighet og ansvar for egen helse. Hun mener at hjelpere har rett og plikt til å ta vare på seg selv, selv om det betyr å forlate en jobb for å unngå psykisk belastning, og understreker betydningen av å ta hensyn til eget liv og erfaringer i valg av arbeidsfelt. Videre formidler hun at hjelpere bør styre unna arbeid som berører personlige sårbarheter, som å unngå å jobbe med dødende barn hvis man selv har små barn Isdal, 2017, s. 241). Saakvitne og Pearlman, ref. Isdal (2017, s. 244), påpeker at det er avgjørende å ha etablert gode selvivaretagelsesrutiner for å opprettholde trygghet og bevissthet i krevende arbeidssituasjoner.

2.5.1 Ivaretagende ledelse

Arbeidsgiver med nærmeste leder, mellom leder og øverste leder har en avgjørende rolle for ivaretagelse av hjelpere (Haavik & Toven, 2020, s. 58). Haavik & Toven (2020, s. 58) beskriver «ivaretagende ledelse» som en ledelsesform der omsorg er en integrert del av organisasjonens

struktur og prosesser, inkludert budsjett. Haavik & Toven (2020, s. 60-62) fremhever nøkkelfaktorer i ivaretagende ledelse som inkluderer ansattes autonomi, emosjonell og praktisk støtte fra ledelsen, samt anerkjennelse for arbeidet som utføres. De påpeker at organisatoriske tiltak, som å jobbe i team fremfor alene og å dele ansvar for krevende oppgaver, er mest effektive for å håndtere arbeidsrelatert stress. Høgsted, (2023, s. 55) sier at å arbeide alene øker sårbarheten til arbeidstaker og betraktes som en risikofaktor. Haavik & Toven (2020, s. 59) påpeker at mens arbeidsplasser vanligvis har tiltak mot vold, mangler de ofte opplæring og rutiner for å forebygge vikarierende traumatisering, sekundærtraumatisering og omsorgstretthet. Haavik & Toven (2020, s. 64) understreker at ledelsen bør anerkjenne at stressreaksjoner er en naturlig del av jobben, og unngå å stigmatisere disse. Dette kan skape en kultur der ansatte føler seg trygge på å uttrykke sine reaksjoner uten skam, noe som forenkler implementeringen av støttetiltak på arbeidsplassen (Haavik & Toven, 2020, s. 64). Isdal (2017, s. 245) påpeker at det er lederens ansvar å vurdere om en ansatt krever profesjonell hjelp etter en traumatisk eller voldelig hendelse, ikke den ansattes eget ansvar. Ledelsen må også tilrettelegge for felleskap og må med det etablere struktur, definere teamene og sette av tid til faste møter (Haavik & Toven, 2020, s. 78). Luthans & Larsen, referert av Kaufmann & Kaufmann (2015, s. 409), formidler at begrenset kommunikasjon oppover i organisasjonen kan skade jobbtilfredsheten, og at ansatte kan holde tilbake informasjon grunnet frykt for represalier. Ledelsen må derfor oppmuntre til åpenhet for et bedre arbeidsmiljø. Eriksson et al., sitert av Buvik et al. (2023, s. 11), viser til at en effektiv arbeidsflyt og tydelig struktur bidrar til å redusere sykepleieres og helsefagarbeideres intensjon om å forlate yrket (turnover).

2.5.2 Ivaretagende kollegafellesskap

Det er mange psykisk helsearbeidere som forteller at kollegaene er hovedgrunnen til at de klarer seg i et tøft og travelt yrke, (Haavik & Toven, 2020, s. 70). Haavik & Toven, (2020, s. 70) bruker begrepet *ivaretagende kollegafellesskap*, som er viktig for hjelperens profesjonelle rustning. Et godt kollegafellesskap handler om å støtte og hjelpe hverandre med å håndtere krevende mellommenneskelige møter med brukeren av tjenestene, da hjelperne alene trenger kompetanse og emosjonell kapasitet fra sine arbeidskolleger.

Haavik & Toven (2020, s. 73) påpeker at selv om mange arbeidsplasser fremmer en kultur med «åpen dør» og oppfordrer til å stille spørsmål, fører ofte tidspress og høyt arbeidstempo til at dyptgående samtaler og kollegaveiledning ikke blir prioritert. Det er essensielt for kolleger å opprettholde en kultur av åpenhet og ærlighet, samtidig som man er bevisst på ikke å overføre

unødvendig negativitet som misnøye til hverandre, for å unngå å skape ekstra belastning (Haavik & Toven, 2020, s. 73).

2.5.3 Debrifing og veiledning/kollegaveiledning

Debrifing, er en metode for å bearbeide traumatiske hendelser trinnvis innenfor en støttende ramme (Isdal, 2017, s. 189). Den kan utføres uformelt, som å dele opplevelser med en kollega eller i en gruppe, eller mer strukturert som i «kollegaleirbålet», hvor den berørte personen forteller om hendelsen i sitt eget tempo. Isdal (2017, s. 190) anbefaler at ved alvorlige tilfeller som involverer vold eller selvmord, bør debrifing gjennomføres av spesialister i traumehåndtering. Han understreker også at arbeidsplasser bør sørge for at ansatte får opplæring i mottak og lytting til slike fortellinger. Haavik & Toven (2020, s. 66) påpeker at ledere bør legge til rette for debrifing etter tøffe hendelser, da psykisk helsearbeidere kan undervurdere sine egne vanskelige opplevelser for å unngå å virke sårbare. Ledelsen bør formidle at debrifing er en naturlig og faglig handling, ikke et tegn på svakhet, og derfor bør det tilbys som en del av arbeidsplassens støtte (Haavik & Toven, 2020, s. 66).

Veiledning, er en ivaretagende struktur på arbeidsplassen der en trygt kan ta opp problemstillinger som omhandler krevende oppgaver, reaksjoner eller andre relevante temaer, individuelt, i gruppe, med ekstern veileder eller kolleger (Haavik & Toven, 2020, s. 66). Veiledning er lovpålagt fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten for at de skal kunne løse sine oppgaver, under §6-3 i Spesialisthelsetjenesteloven; *Veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Lovdata)*.

Det flere syn på hva god veiledning bør innbefatte; som fokus på klienten og klientarbeidet eller fokus på reaksjoner den som blir veiledet har (Isdal, 2017, s. 191). Prosessen vil ofte føre til nye alternative tolkninger av hendelsen og kunne skape nye handlingsalternativer (Høgsted, 2023, s. 55). Tilretteleggelse for ekstern veiledning kan skåne kolleger for ventilering, slik at det er lettere å unngå å ta ut ting privat (Haavik & Toven, 2020, s. 66). Høgsted, (2023, s. 55) hevder at regelmessig veiledning utgjør en beskyttende faktor. I kollegaveiledning er det sentralt å kombinere bekreftelse, som viser forståelse og anerkjennelse for den andres opplevelser og innsats, med utfordrende elementer som fremmer vekst og endring (Haavik & Toven, 2020, s. 75). Fordi hjelpere kan føle sårbarhet eller skam over å be om hjelp, er det viktig med stabile team som kan støtte hverandre gjennom utfordringer (Haavik & Toven, 2020, s. 77).

2.6 Fysiske miljøet på arbeidsplassen

Organisasjoners plassering i bygninger påvirker hvordan individer samhandler. Arbeidsmiljøloven § 4-4. viser til krav til det fysiske miljøet på arbeidsplassen. Byggets design kan enten legge til rette for eller begrense interaksjon. Arkitekturen bidrar til å forme organisatoriske rutiner og sosiale relasjoner. Fysisk avstand spiller en stor rolle fordi den påvirker samspillet på arbeidsplassen og muligheten for privatliv (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 104). Overgangen fra lukkede kontorer til åpne landskap er ment for å fremme teamarbeid, men utformingen av fellesområder og møterom blir da avgjørende for samarbeidet mellom ansatte (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 104). Jacobsen & Thorsvik (2019, s. 280-281) bemerker at når personer med felles interesser deler fysisk arbeidsrom, kan det fremme utviklingen av tillitsfulle relasjoner og sosial støtte gjennom direkte samhandling.

3.0 METODE

I dette kapitlet presenteres metodene og metodologien som er anvendt, samt begrunnelsene for de metodiske valgene som er gjort for å adressere oppgavens problemstilling: *Hvilke egenerfaringer har psykisk helsearbeidere med emosjonelle belastninger i arbeidssituasjonen sin i kommunehelsetjenesten, og hvordan håndterer de dem?*

3.1 Vitenskapsteoretisk retning

3.1.1 Forskningsprosessen - Hermeneutisk tilnærming.

Denne studien benytter en hermeneutisk tilnærming for å utforske informantenes personlige erfaringer og fortolkninger av emosjonelle utfordringer i arbeidet med psykisk syke i en-til-en-situasjoner. Målet er å forstå hvordan disse belastningene påvirker hverdagen i arbeidet med brukerne, inkludert de konkrete situasjonene som oppstår og deres innvirkning på psykisk helsearbeidernes emosjonelle belastninger. Videre utforske hvordan psykisk helsearbeidere sin arbeidsplass legger til rette for støtte og avlastning, og hvilke strategier de ansatte selv tar i bruk for å ivareta sin egen helse i møte med jobbutfordringer. Hermeneutikken betraktes som vitenskapen om teksttolkning, hvor essensen ligger i å tolke meningen i teksten. Ifølge Kvale & Brinkmann (2015, s. 73), er tolkningsprosessen sentral i hermeneutikken, og den er inngående knyttet til de grunnleggende spørsmålene som stilles til teksten. Denne prosessen er også dypt forankret i tolkerens eksisterende forståelsesramme og forhåndskunnskap om emnet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 73). Den hermeneutiske fortolkningsprosessen sikter mot å konvertere tilsynelatende uforståelige fenomener, til en valid og relevant tolkning av tekstens under-forståtte mening (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 73; Thornquist, 2018, s. 157). Innenfor hermeneutikken som er forankret i sosialkonstruktivismen, anerkjennes det at en objektiv sannhet er utilgjengelig. Målet er derfor ikke å forklare et fenomen i absolutte termer, men heller å utforske og identifisere et spekter av mulige forståelser og tolkninger (Thagaard, 2018, s. 37).

Jeg har valgt systematisk tekstkondensering (STC) som analysemetode, en tilnærming som stammer fra det humanistiske vitenskapssyn og det fortolkende paradigme som prioriterer individets subjektive perspektiv (Malterud, 2018, s. 27). STC tar utgangspunkt i Giorgis fenomenologi og validerer subjektive erfaringer fra livsverden som en gyldig form for kunnskap (Malterud, 2017, s. 115-116). Prosjektet sikter mot å undersøke det meningsbærende innholdet i sosiale og kulturelle fenomener, slik det erfares av individer innenfor deres autentiske kontekst (Malterud, 2017, s. 26; Malterud, 2022, s. 19). Den hermeneutiske sirkel fremhever viktigheten av samspillet mellom delene og helheten, samt betydningen av kontekst og tolkerens selvrefleksjon i fortolkningen av tekster

(Malterud, 2018, s. 28; Thagaard, 2018, s. 37). En hermeneutisk tilnærming understreker at det ikke eksisterer en enkeltstående sannhet, men at fenomener kan forstås på flere plan og må tolkes i lys av den konteksten de undersøkes og er en integrert del av (Thagaard, 2018, s. 37).

Virkelighetsoppfatningen er alltid farget av perspektivet den betraktes fra, og dette fremhever forskerens posisjon som en vesentlig premiss for forskningen (Malterud, 2018, s. 30 og s. 116). Det er essensielt at forskeren kontinuerlig utfordrer og reflekterer over egne metoder og slutninger gjennom forskningsprosessen (Malterud, 2018, s. 43). I mitt vitenskapelige arbeid har jeg systematisk reflektert over egen forforståelse, med bevissthet om at personlige erfaringer og kunnskapsgrunnlag kunne ha implikasjoner for forskningsprosessen. I transkripsjonsfasen har jeg opprettholdt en stringent nøyaktighet for å sikre en trofast gjengivelse av informantenes utsagn. Forskningsprosessen har vært preget av en gjentagende tilnærming der refleksjon, diskurs og tolkning av data mot eksisterende teoretiske perspektiver har ført til en gradvis utdypning av forståelsen. Dette fremkommer tydelig gjennom erkjennelsen av at arbeidet til psykisk helsearbeider, spesielt innenfor psykososiale kriseteam, med barn og traumeberørte familier som har opplevd et barns død, fører til en forsterket følelse av belastning.

3.1.2 Kvalitativ metode

Kvalitative metoder er godt egnet i helse- og medisinske studier for å utforske og forstå de kvalitative dimensjonene av medisinsk praksis, for eksempel gjennom dybdeintervjuer. En kvalitativ tilnærming er valgt, fordi direkte engasjement mellom forsker og studieobjektet er nyttig for å forstå menneskers tanker og handlinger, og er også avgjørende for å kaste lys over den aktuelle problemstillingen (Johannesen et al., 2010, s. 23). I den kvalitative forskningen kan det åpne seg muligheter for vitenskapelig innsyn i menneskelige prosesser i en spesiell sosiokulturell sammenheng hos det individuelle menneske, som kan bidra til ny kunnskap preget av mangfold og nyanser (Malterud, 2018, s. 30; Malterud, 2012, s. 19). Malterud (2002, s. 2468) hevder det kan være viktigere å komme frem til nye spørsmål enn å besvare gamle.

Ettersom min problemstilling fokuserer på psykisk helsearbeideres personlige erfaringer med emosjonelle belastninger i arbeidet, er en kvalitativ tilnærming ideell. Dette skyldes at kvalitative metoder er spesielt egnet for å innhente dyptgående og omfattende informasjon om lite kjente og underutforskede fenomener (Johannesen et al., 2010, s. 23). Det er blitt brukt et eksplorerende og tverrgående design for å kunne åpne nye dører til dette emnet, der forskeren kan utvikle en dypere forståelse av et fenomen basert på observasjoner og datainnsamling (Malterud, 2017, s. 20). Data fra observasjoner og intervjuer skal tolkes med hensyn til de

kulturelle og sosiale kontekstene som de studerte personene opererer innenfor (Thagaard, 2018, s.53). I dette tilfellet retter undersøkelsen seg mot *Hva*: emosjonelle belastninger i arbeidshverdagen, *Hvem*: fem psykiske helsearbeidere i psykisk helseteam, *Hvor*: ute i bydeler i Oslo, *Hvordan*: gjennom semistrukturerte intervjuer.

Et utforskende intervju er ofte åpent og strukturen i det bare i liten grad planlagt på forhånd. Intervjueren presenterer et spørsmål, et område som skal kartlegges og følger deretter opp den intervjuedes svar og søker ny informasjon om og nye innfallsvinkler til emnet (Kvaale & Brinkmann, 2015, s. 141). Ved å benytte semistrukturerte intervjuer kombinert med tekstanalyse, vil det være nødvendig å anvende en systematisk og refleksiv tilnærming til kunnskapsutvikling. Dette utgangspunktet tillater innsamling av rik og nyansert informasjon fra ulike kilder eller informanter, noe som er avgjørende for å fange opp detaljene og nyansene i forskningsmaterialet (Malterud, 2002, s. 2469). Intervjuene bør være deskriptivt orienterte for å sikre at svarene er spesifikke og detaljerte (Malterud, 2002, s. 2469).

Forskningen har vært preget av en kontinuerlig analytisk prosess der avgjørelser knyttet til antall deltakere for rekruttering og en stadig evaluering av forskningsspørsmålet har vært sentrale komponenter.

3.2 Gjennomføring av empirisk forskning

3.2.1 Utvalg og rekruttering

Denne studien baserer seg på et strategisk utvalg der det systematisk blir valgt ut personer som har egenskaper og kvalifikasjoner som er strategisk i forhold til problemstillingen (Thagaard, 2018, s. 54; Dalland, 2012, s. 112). Prosjektet påbegynte rekrutteringen av deltakere etter å ha mottatt godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) som nå sammenslått med andre enheter og nå heter Sikt (se vedlegg 1). Utvalget ble begrenset til sykepleiere med spesialisering i psykisk helsearbeid, og eventuelt psykiatriske vernepleiere dersom det var utilstrekkelig med sykepleiere tilgjengelig, alle med erfaring fra arbeid i kommunal helse-tjeneste. Et kriterium for inklusjon var at deltakerne skulle ha direkte og individuelt ansvar for oppfølging av brukere, hvor de hadde hovedansvaret for den enkelte brukers omsorg. Begge yrkesgrupper har en treårig Bachelor-utdanning supplert med videre-utdanning, og innehar fagkunnskap innen psykisk helse, somatikk og psykosomatikk. Spesialsykepleierne har imidlertid en ytterligere dybde i somatisk kunnskap, noe som er avgjørende for å kunne tilby tilstrekkelig omsorg og støtte til brukere med psykiske helseutfordringer. Relevansen av denne tilnærmingen for mitt forskningsprosjekt er understreket av mangelen på direkte forskning i Norge som spesifikt adresserer erfaringene til

psykiatriske sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Selv om det finnes studier som omhandler ansatte i NAV og barnevernet, samt spesialsykepleiere i spesialisthelsetjenesten, er det en merkbar mangel på forskning rettet mot psykisk helsearbeidere i kommunehelsetjenesten som arbeider direkte og individuelt med brukere. Dette gapet i litteraturen gjorde det nødvendig å fokusere på denne spesifikke gruppen i min undersøkelse.

Valget av psykisk helsearbeidere i kommunen er basert på antakelsen om at de, gitt sitt arbeidsområde, sannsynligvis har mye erfaring med og har reflektert over emosjonelle belastninger. Videre antas det at de har utviklet strategier for selvivaretagelse i sin profesjonelle praksis. Gitt studiens fokus på sensitive og personlige temaer som fordrer at deltakerne er villige til å dele egne erfaringer, kan det representere en utfordring å rekruttere et tilstrekkelig antall informanter (Thagaard, 2018, s. 56). Initialt var målsettingen for utvalgsstørrelsen å rekruttere mellom 5 og 7 deltakere for hver av to planlagte fokusgruppeintervjuer. Jeg initierte rekrutteringsprosessen ved å sende e-poster til enhetsledere for psykisk helse i ulike bydeler i Oslo, samt til kolleger og kontakter i mitt profesjonelle nettverk som passet innenfor kriteriene for det ønskede utvalget. Jeg oppfordret dem til å formidle informasjonen videre i sine respektive arbeidsmiljøer og ba interesserte parter om å kontakte meg via e-post dersom de ønsket å delta. Dette tillot meg å etablere direkte kommunikasjon med potensielle deltakere. Flere bydeler responderte på henvendelsen, men det viste seg utfordrende å samle deltakere til et fokusgruppeintervju på grunn av arbeidsbelastning med dertil tidsbegrensninger, barnepass og andre forpliktelser. Opprinnelig var planen å benytte et møterom i et aktivitetshus i bydelen jeg arbeider i, men dette ble vanskelig å realisere. Etter konsultasjon med fagansvarlig ved skolen, ble det besluttet å endre metoden fra fokusgruppeintervju til individuelle dybdeintervjuer. Studien lyktes i å rekruttere fem deltakere, bestående av en mann og fire kvinner, som arbeidet i tre ulike bydeler i Oslo, representert både fra øst og vest. En potensiell sjette deltaker, en vernepleier, ble vurdert, men ekskludert fordi vedkommende sitt arbeid ikke var eksklusivt en-til-en, og med fem deltakere anså jeg utvalget som tilstrekkelig for studiens formål (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 148). En av deltakerne var ansatt i et Rask Psykisk Helsehjelp team (RPH), og ikke direkte i et psykisk helseteam. Til tross for denne forskjellen, ble det besluttet å inkludere vedkommende i studien. Dette valget ble begrunnet med at individet hadde omfattende erfaring i arbeid med psykisk syke brukere, noe som anses som verdifullt for studiens formål. Ved å anvende snøballmetoden, lyktes jeg i å rekruttere tre deltakere fra det samme arbeidsteamet, som derfor var kjent med hverandre på forhånd. Fire av deltakerne hadde i tillegg utdanning innen kognitiv terapi. Samtlige deltakere var over 40 år og hadde lang erfaring fra arbeid som psykisk helsearbeidere i sine respektive

bydeler. Studier viser at personer med høyere utdanning oftere deltar i kvalitative forskningsprosjekter, muligens fordi de er mer vant til selvrefleksjon (Thagaard, 2018, s. 57). Deltakere fikk tilsend informasjonsskriv på mail (vedlegg 2). Mal for informasjonsskriv og samtykkeskjema ble anvendt fra Høyskolen i innlandet (HINN) og tilpasset det til prosjektet.

3.2.2 Semistrukturert forskningsintervju

Empirisk undersøkelse med dybdeintervju var best egnet for å undersøke psykisk helsearbeiders egenerfaringer med emosjonelle belastninger og hvordan de håndterer det. Data i denne studien er hentet inn ved fem semistrukturerte dybdeintervju og analysert ved hjelp av STC, der fokus på å innhente kunnskap som viser hvordan vi kan forstå opplevelsen til informanten fremfor å finne forklaringer (Malterud, 2018, s. 27). Det er en pragmatisk, induktiv og refleksiv metode som får frem erfaringer og meningsaspektet til psykisk helsearbeiderne som var med som informanter i studien. Et semistrukturert intervju har i utgangspunktet en overordnet intervjuguide som fundament for intervjuet, mens intervjueren kan bevege seg frem og tilbake i forhold til spørsmål og temaer (Johannessen et al, 2021, s. 108). Det var viktig å ikke gjøre intervjuguiden for detaljert eller nødvendigvis følge den slavisk, slik at det kunne åpne opp for å få ny kunnskap om et nytt tema eller nye spørsmål i problemstillingen (Malterud, 2017, s. 133). Prosjektets overordnede temaer i intervjuguiden var;

1. *Erfaringer med å jobbe med psykisk syke individuelt en til en*
2. *Arbeidsplassen, ledere og ivaretagelse*

I intervjuet vil deltakerne dele av sin erfaring og kunnskap om hvordan det er å jobbe med psykisk syke pasienter og deres historier. Thornquist, (2009, s. 85) sier at deltakerne sitter med den kunnskapen og erfaringen fra det fenomenet forskningen ønsker å finne ut av.

Intervjuene er blir analysert i flere omganger og tar sikte på å få frem nye mønstre og nye måter å se ting på ved å bevege seg frem og tilbake med stram systematikk (Malterud, 2018, s. 113). Intervjuguide ligger i vedlegg 3.

3.2.3 Intervjuprosessen

Ettersom betydelig tid allerede var investert i rekrutteringen av deltakere til et fokusgruppe-intervju som ikke lot seg realiseres, oppstod det et behov for å utvikle et nytt intervjuformat, nærmere bestemt et semistrukturert dybdeintervju. Det semistrukturert dybdeintervjuet utgjør en form for sosial interaksjon (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205), og kan betraktes som en interpersonlig

utveksling, en dialog der to parter engasjerer seg i en diskusjon om et emne av gjensidig interesse (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 157). Formålet med studien er å samle inn personlige erfaringer fra praksisfeltet vedrørende emosjonelle belastninger i arbeidssituasjoner, både fra et individuelt perspektiv og i konteksten av det profesjonelle fellesskapet som deltakerne er en del av, gjennom deres delte utdanningsbakgrunn og yrkesetiske standarder. Det er anerkjent at å diskutere personlige erfaringer med emosjonelle belastninger kan oppleves som sensitivt. Imidlertid tillater dybdeintervjuet som metode at forskeren kan skape et støttende miljø for deltakerne før, under og etter intervjuet. Intervjuene fant sted i deltakernes kjente arbeidsmiljøer for å sikre en komfortabel og uforstyrret setting. De fleste ble gjennomført i arbeidstiden, med tilrettelegging som drikke og pastiller for å øke komforten. Thagaard (2013, s. 99) understreker at det er avgjørende å skape en atmosfære preget av tillit under intervjuet, for å oppmuntre informanten til å dele rikholdig informasjon om de ønskede temaene.

Deltakerne ble intervjuet individuelt over en periode på to uker, med fokus på temaer av felles interesse for både forsker og informant. Intervjuene ble dokumentert ved bruk av to opptaksenheter: en applikasjon for lydopptak nedlastet på en telefon og en separat, standard diktafon. Bruken av to diktafoner ble ansett som fordelaktig for å sikre en omfattende og pålitelig datainnsamling, noe som muliggjør gjentatte gjennomganger av samtalen fra ulike perspektiver for en grundig analyse (Malterud, 2012, s. 57). Malterud (2012, s. 58) fremhever at lydopptak ikke bør betraktes som objektive fakta eller absolutte sannheter om det undersøkte emnet, men snarere som en representasjon av samtalen som et fenomen i sin egen rett.

Deltakerne ble på forhånd informert om at intervjuene ville bli opptakslagret og sikret på Nettskjema, med garanti om konfidensialitet. Informert samtykke ble innhentet og dokumentert for å overholde etiske standarder. Forut for hvert intervju presenterte jeg de overordnede temaene som skulle utforskes, herunder erfaringer med å arbeide en-til-en med psykisk syke, dynamikken på arbeidsplassen inkludert ledelse, samt strategier for egen ivaretagelse. Det var 21 spørsmål med tilhørende oppfølgingsspørsmål ved behov (se vedlegg 3). Intervjuene varte fra 45 minutter til en time. Under intervjuene tok jeg notater for å dokumentere sosial kontekst og nonverbal kommunikasjon, som ikke ble fanget opp av lydopptakeren.

Deltakernes engasjement og innsikt i temaet førte til en naturlig og innsiktsfull dialog, og spørsmålene ble integrert fleksibelt i samtalen. Malterud (2013, s. 133) påpeker at det er essensielt å unngå en overdreven detaljrik intervjuguide, da målet med intervjuet er å oppdage informasjon som forskeren ikke tidligere var kjent med. Intervjusituasjonen ble opplevd som trygg fra mitt

perspektiv, men det er viktig å anerkjenne at dette er subjektivt, og informantene kan ha hatt andre oppfatninger. Imidlertid indikerte tilbakemeldingene fra alle informantene at de også oppfattet intervjuene som trygge, noe som fremmet en åpen dialog og gjorde det enklere for dem å dele sine erfaringer. Det ble tydelig sagt at deltagerens samtykke kunne avbrytes uten grunn, uten negative konsekvenser for deltakeren (Tjora, 2017, s. 47). Gjennom prosessen var det ingen frafall i studien.

3.2.4 Transkribering

Å transkribere er å oversette fra talespråk til skriftspråk (Kvaale og Brinkmann, 2013, s. 205).

Transkripsjonen av intervjuopptakene ble utført ved hjelp av Microsoft Words transkriberingsfunksjon, noe som bidro til en tidsbesparelse i prosessen. Imidlertid krevde dette en grundig gjennomgang på grunn av en betydelig mengde feilstavinger. Personlig transkribering av intervjuene ble valgt for å oppnå en dypere fortrolighet med materialet og de uttalte detaljene. Malterud (2017, s. 80) fremhever viktigheten av å være oppmerksom på aspekter av datamaterialet som kanskje ikke ble særlig bemerket under intervjuet, slik som bidragene fra de såkalte «grå informantene», for å sikre at kunnskapen fra disse kildene også blir anerkjent og inkludert. Formålet med transkribering er å omforme deltakernes verbale ytringer til tekstlig format for videre analyse (Malterud, 2017, s. 77). I transkripsjonsprosessen ble alle hørbare elementer fra lydopptaket nøye dokumentert, inkludert verbal kommunikasjon, latter, bekreftende lyder som «mhm», nølende uttrykk som «ehh», samt pauser i tenkingen. Respekt for transkripsjonsfasen er avgjørende, da den representerer et stadium av filtrering og tolkning, selv om det kun resulterer i en tekstlig form (Lapadat og Lindsay 1999, sitert i Malterud, 2017, s. 80). Transkripsjonen ble utført ved å gjengi ordene nøyaktig slik de ble uttalt, selv om dette i noen tilfeller resulterte i setninger som manglet kontekst. For å bevare deltakernes anonymitet og sikre konsistens, ble transkripsjonen standardisert til bokmål, til tross for variasjoner i dialekter. I enkelte tilfeller ble det nødvendig å konvertere dialektuttrykk til bokmål for å klargjøre ordets betydning og sikre forståelsen. Situasjonen ble håndtert ved å foreta en redigering av ordet som opprettholdt dets semantiske innhold (Thagaard, 2018, s. 206). Etter at intervjuene er fullstendig transkribert, foreligger datamaterialet i en strukturert tekstlig form, noe som forenkler arbeidet med å få en helhetlig oversikt før analysen påbegynnes (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 206).

3.3 Analyse

3.3.1 Systematisk tekstkondensering

Det ble anvendt Malteruds analysemetode til å analysere data. Tekstanalysen blir kalt systematisk tekstkondensering (STC) er delt inn i fire trinn: *Helhetsinntrykk – fra villnis til foreløpige temaer.*, *Meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder og sortering.*, *Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold.*, *Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater.*

Trinn 1. Helhetsinntrykk – fra villnis til foreløpige temaer

I det innledende stadiet av analysen gjennomgikk jeg intervjuene nøye og lyttet til opptakene for å få en omfattende forståelse av innholdet. Jeg arbeidet bevisst med å sette til side min forforståelse og den teoretiske rammen for å nærme meg materialet ubundet. Mens jeg leste og lyttet, var målet å oppfatte materialet i sin helhet. Under transkriberings-prosessen identifiserte jeg en rekke betydningsfulle meningsbærende enheter som vekket min interesse, og jeg begynte å organisere disse systematisk, samtidig som jeg opprettholdt et overordnet perspektiv og fulgte den valgte metoden. Malterud (2017, s. 99) understreker viktigheten av å holde forskningsspørsmålet i tankene uten å systematisere for tidlig, samt å sette våre forhåndsoppfatninger om emnet til side. Under denne prosedyren sørget jeg for å holde forskningsspørsmålet sentralt, og i denne sammenhengen oppdaget jeg flere temaer som instinktivt fanget min interesse.

Trinn 1: Helhetsinntrykk – fra villnis til foreløpige temaer

- Kollegastøtte
- Fysiske miljøet
- Ta vare på seg selv
- Vanskelige historier
- Erfaring
- Vanskelig samarbeid
- Ledelsen lytter ikke
- Alene med ansvar
- Søvnløs – kroppslige symptomer
- Makteløshet

Trinn 2. Meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder og sortering

I det påfølgende trinnet av analysen er oppgaven å identifisere og organisere de meningsbærende enhetene, som beskrevet av Malterud (2017, s. 100). Jeg overførte de meningsbærende enhetene jeg identifiserte i teksten til en egen liste jeg hadde opprettet for dette formålet. For hver deltaker opprettet jeg separate lister, merket med ulike farger for skille elementene fra hverandre. Dette ble gjort i et forsøk på å utpeke de mest sentrale faktorene relatert til emosjonelle påkjenninger

ved å arbeide en-til-en, samt strategier for mestring av disse. Ved å organisere de meningsbærende enhetene på denne måten, oppnådde jeg en strukturert og oversiktlig koding. Jeg hadde imidlertid oversett å notere sidetallene for hvor jeg fant enhetene, noe som førte til at jeg måtte gjennomgå alle intervjuene flere ganger. I denne prosessen markerte jeg med farger alt materialet jeg benyttet. Gjennom kodingen ble teksten systematisk dekontekstualisert, hvorved utvalgte tekstsegmenter ble isolert fra sin originale kontekst for å bli gruppert med andre relaterte tekstfragmenter (Malterud, 2017, s. 104). I løpet av denne prosessen har antallet kategorier blitt redusert fra 10 punkter til 4 punkter.

Trinn 2. Meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder og sortering

- Jobbens belastninger
- Behovet for anerkjennelse (holde ut)
- Egenomsorg/selvivaretakelse
- Rammefaktorer/systemer

Trinn 3. Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold

I det tredje trinnet av Malteruds tekstkondensering foretar forskeren en overgang fra detaljert analyse til abstrakt syntese, hvor de kodede dataene ekstraheres til deres essens og omformes til abstrakte temaer (Malterud, 2017, s. 105). I denne fasen ble intervjuene gjennomgått gjentatte ganger for å sikre at all informasjon som kunne bidra til å besvare problemstillingen ble med. Informasjonen ble abstrahert gjennom en prosess hvor de meningsbærende enhetene ble kodet, som beskrevet av Malterud (2017, s. 105). I denne fasen av analysen ble omfattende deler av materialet ekskludert der det ikke ble identifisert meningsbærende enheter. Denne abstraheringsprosessen er viktig for å utvikle en dypere forståelse av det studerte fenomenet. På dette stadiet skaper Systematisk Tekstkondensering (STC) et kondensat eller et kunstig sitat (Malterud, 2017, s. 106). Dette trinnet krever en detaljert og omhyggelig gjennomlesning av det empiriske datamaterialet, for å identifisere overordnede mønstre og sammenhenger innenfor datamaterialet, som Malterud (2017, s. 107) forklarer. Kondensatet blir skapt med utgangspunkt i subgruppene, og det innebærer en transformasjon av informantenes individuelle uttrykk til en felles narrativ, som gjenspeiler subgruppens samlede opplevelser (Malterud, 2017, s. 106-107). De konstruerte sitatene blir formulert i *jeg* form for å være tekstnære til materialet og informantene (Malterud, 2017, s. 107), de ble deretter kopiert over i en ny fil. Her ble de organisert i henhold til sine respektive kodegrupper og subgrupper, markert med ulike fargekoder for enkel identifikasjon. Under denne delen av arbeidet ble det også plukket ut det Malterud (2017, s. 108) kaller «gullsitater». Disse er nøye utvalgte sitater som tydelig fremhever essensen av det som er

abstrahert i kondensatet. Dette trinnet er viktig da forskeren kan sammenfatte data for å skape forskning som gir en dypere innsikt utover de umiddelbare empiriske funnene.

Trinn 4. Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater

I prosessens siste trinn ble de kondenserte beskrivelsene satt tilbake i sin opprinnelige sammenheng og omformet til tolkede fortellinger. Dette skapte autentiske narrativer som gjenspeiler deltakernes opplevelser, i tråd med Malteruds metode (2017, s. 108). I denne siste fasen av forskningsprosessen blir deltakernes synspunkter nøye gjengitt for å sikre en genuin representasjon som gir leseren en inngående innsikt og bygger tillit til materialet. Forskeren tar på seg rollen som tolker av deltakernes utsagn, som beskrevet av Malterud (2017, s. 108). Disse kondenserte beskrivelsene danner fundamentet for den videre utviklingen av analytiske tekster for hver undergruppe og for gruppen som helhet. Under forskningsprosessen ble en prosjektlogg brukt for å nøye registrere alle refleksjoner og tanker som oppstod underveis i prosessen. Dette hjelpemiddelet tillot meg å periodisk se tilbake og revurdere tidligere betraktninger. Kontinuerlig notatskriving i loggen sikret at alle trufne avgjørelser og vurderinger ble detaljert dokumentert, noe som bidro til å forenkle arbeidet med metodikken. I resultatdelen av studien blir de temaene som er utarbeidet fra hver kodegruppe, basert på kondensatene, presentert.

Kodegruppe 1. Strev med å håndtere jobbets belastninger				
Subgrupper	Utdrag fra kondensat	Utdrag fra analytisk tekst	Gullsitat	Overskrift
De vanskelige historiene	<i>Som psykisk helsearbeider møter jeg folk som har vanskelige og grusomme historier de forteller meg. Det oppleves som en tung belastning å lytte til dem. Jeg føler meg ofte maktesløs og nummen i hele meg. Historiene jeg hører forandrer meg.</i>	Et av studiens mest fremtredende funn var den emosjonelle arbeidsbelastningen som psykisk helsearbeidere erfarte i sitt yrke innenfor de ulike bydelene. Et gjennomgående trekk var hvordan den kontinuerlige eksponeringen for de psykisk sykes vanskelige livshistorier ble opplevd som en tung byrde som påvirket dem dypt. Flere av deltakerne uttrykte en motvilje mot å engasjere seg i utfordrende samtaler. En deltaker uttalte at det å lytte til pasientenes historier over flere år hadde endret vedkommende, og at det medførte en økende følelse av nummenhet og en sterkere emosjonell påvirkning enn tidligere i karrieren.	<i>Spesielt hvis den vanskelige og grusomme historien kommer helt på tampen av samtalen og det er umulig å lande den og en må si at en må avslutte samtalen. Da drar jeg den ofte med meg videre og tenker hva skjer med dette menneske i dag? Jeg kjenner da på uroen resten av dagen.</i>	I empatiens skygge: Å lytte til de vanskelige historiene

Tabell 1. Kodegruppe eksempel

Et eksempel på en kodegruppe med tilhørende subgruppe, kondensat, analytisk tekst og gullsitat etter ferdig analyse.

3.4 Etske overveielser

Dette prosjektet er gjennomført i tråd med forskningsetiske prinsipper og overveielser. Siden prosjektet samler inn materiale som kan identifisere personer, ble det sendt inn for godkjenning hos Norsk senter for forskningsdata (NSD) som nå sammenslått med andre enheter og nå heter Sikt, i tråd med gjeldende personvernlovgivning (se vedlegg 1). Prosjektet mottok godkjenning ved to anledninger grunnet en endring i metodikk, fra å benytte fokusgruppeintervjuer til å gjennomføre semistrukturerte dybdeintervjuer. Malterud (2018, s. 211) påpeker at medisinsk forskning må følge etiske retningslinjer og standarder som sikrer beskyttelse av informantenes helse og rettigheter gjennom prosjektets varighet. Thagaard (2018, s. 22) fremhever tre hovedprinsipper innen forskningsetikk: *nødvendigheten av informert samtykke, ivaretagelse av konfidensialitet, og vurdering av potensielle konsekvenser* for deltakerne i forskningsprosjektet. *Informert samtykke* er et essensielt etisk fundament i forskning, basert på respekt for individets selvstendighet, som Kvale & Brinkmann (2021, s. 104) påpeker. Ifølge De nasjonale forskningsetiske komiteer (NESH), som referert i Thagaard (2018, s. 20-21), må forskere innhente informert samtykke og gi deltakerne klar informasjon om prosjektet, datainnsyn, bruken av resultater og mulige deltakelseskonsekvenser.

Før intervjuene mottok deltakerne et informasjonsskriv som forklarte prosjektets hensikt, bruk av informasjon, deltakelseskonsekvenser, tilgang til data og retten til å trekke samtykke når som helst. Skriftlig og muntlig samtykke ble innhentet ved intervjuet. *Ivaretagelse av konfidensialitet* - konfidensialprinsippet sikrer at informanter forblir anonyme i forskningspublikasjoner og at deres persondata håndteres på en sikker måte, ifølge Thagaard, (2018, s. 24). I begynnelsen av hvert intervju ble det understreket at alle personlige identifikatorer som navn og arbeidssted ville bli fjernet for å sikre informantenes anonymitet. En plan for sikker datalagring ble implementert i samsvar med Høyskolen i Innlandet (HINN) sine standarder. For å beskytte dataene, ble de lagret på Microsoft OneDrive med totrinnsbekreftelse via Microsoft Office 365. En spesiell app ble brukt for å kryptere og overføre lyd- og bildefiler fra mobiltelefoner til Microsoft OneDrive, i henhold til Universitetet i Oslos retningslinjer fra (2017 og 2020). Nettskjema ble brukt for gjennomlytting og anonymisering av intervjuer under transkriberingsprosessen.

Diskuterte intervjuer med veiledere, ble sendt rekommandert post og deretter makulert. Samtykkeskjemaer og opptak på diktafon ble oppbevart låst på kontoret og til slutt destruert. I transkripsjonene ble informantene referert til med pseudonymer, og i analysen ble kjønns spesifikke pseudonymer ble utelatt for å bevare anonymiteten til den ene mannlige deltakeren. *Vurdering av potensielle konsekvenser* - det tredje etiske prinsippet omhandler

forskerens ansvar for å forhindre negative konsekvenser for deltakerne som kan oppstå som resultat av forskningsprosjektet, noe som Thagaard (2018, s. 26) poengterer er en viktig del av forskerens etiske forpliktelser. Forskningsprosjektet fokuserte på å innhente informanter fra kommunehelsetjenesten sine personlige erfaringer med emosjonelle belastninger i arbeidet og deres mestringsstrategier. Gitt det sensitive temaet, kunne deling av disse erfaringene potensielt være emosjonelt utfordrende. Likevel, alle informanter ga sitt samtykke, vel vitende om diskusjonsemnet.

4.0 RESULTAT

Deltakernes personlige erfaringer med emosjonelle belastninger og deres tilnærminger til håndtering av disse utfordringene er ytterligere utforsket og kategorisert innenfor tre primære tematiske områder:

Strev med å håndtere jobbens belastninger;

- I empatiens skygge: Å lytte til de vanskelige historiene
- Empatiens vekst gjennom emosjonelle møter i det psykososiale kriseteamet.
- Kroppens fortellinger
- Belastninger ved å være alene med ansvar
- Samarbeidsforholdene i systemet skaper belastninger
- Grensenes betydning for personlig bærekraft
- Når gode intensjoner møter harde realiteter: navigering i hjelperens dilemma.

Usynlige bånd: Mangelen på støtte og anerkjennelse i det psykososiale landskapet

- Sikkerhetsnett i arbeidslivet: Kollegialstøtte som fundament for profesjonell utvikling
- Barrierer i betong: Når arkitekturen former fellesskapet
- Fravær av ledelse: Kjempe oppover for å bli hørt
- Å slippe tak før helg.

Å ivareta seg selv i arbeidet: veien til balanse i en hektisk hverdag

- Bevissthet i å hente seg inn i arbeidshverdagen
- Bevissthet i å hente seg inn på fritiden
- Vekstens stille kraft: Erfaringens og tålmodighetens transformative rolle
- Arbeidets utholdenhet: balansen mellom drivkraft og motstand.

4.1 Strev med å håndtere jobbens belastninger

Det temaet som opptar størst fokus i datamateriale er deltakernes egne erfaringer med jobbens belastninger. I det følgende avsnittet vil jeg fremlegge de aspektene ved arbeidet i kommunehelsetjenesten som informantene spesielt påpekte som belastende eller utfordrende. De situasjonene som er valgt ut gir en innsikt i de faktorene som informantene opplevde som mest belastende i deres profesjonelle roller.

4.1.1 I empatiens skygge: Å lytte til de vanskelige historiene

Et av studiens mest fremtredende funn var den emosjonelle arbeidsbelastningen som psykisk helsearbeidere erfarte i sitt yrke innenfor de ulike bydelene. Et gjennomgående trekk var hvordan den kontinuerlige eksponeringen for de psykisk sykes vanskelige livshistorier ble opplevd som en tung byrde som påvirket dem dypt. Flere av deltakerne uttrykte en motvilje mot å engasjere seg i utfordrende samtaler. En deltaker uttalte at det å lytte til pasientenes historier over flere år

hadde endret vedkommende, og at det medførte en økende følelse av nummenhet og en sterkere emosjonell påvirkning enn tidligere i karrieren. Det var ikke snakk om en manglende evne til å håndtere situasjonene, men heller en erkjennelse av at reaksjonene på disse historiene hadde endret seg over tid.

Tidligere var denne deltakeren mer fokusert på metodikk og de ytre rammene for å løse ulike problemstillinger. I ettertid baserte vedkommende seg mer på sin opparbeidede erfaring, og tok en mer avslappet tilnærming ved å lytte og se hva som utspilte seg, uten å alltid være forberedt på det som kunne komme. Deltakerne beskrev en følelse av maktesløshet, ettersom de ble konfrontert med mange smertefulle historier og intense negative følelser, mens de positive aspektene syntes å være få.

Et spesielt vanskelig element var opplevelsen av å ikke kunne hjelpe brukeren med å se håp for fremtiden. Dette ble ytterligere komplisert når en brukers vanskelige historie ble delt mot slutten av en samtale, og det var umulig å finne en avslutning der og da. Dette førte til at helsearbeideren ofte tok med seg historien inn i neste samtale eller møte, noe som resulterte i vedvarende bekymringer for brukeren og tanker om hvordan det gikk med personen.

En annen utfordring som ble belyst, var den belastningen det medførte når brukere ikke møtte opp til avtaler eller avlyste i siste øyeblikk. Stresset ved å måtte finne en ny tid for samtalen bidro til uro, spesielt siden timeplanene var fulle og det krevde omorganisering av andre avtaler. Dette var spesielt bekymringsfullt i tilfeller av tungt deprimerte brukere som hadde vanskeligheter med å komme seg videre i livet og som opplevde stagnasjon. Deltakeren erkjente at denne følelsen av nedstemthet noen ganger kunne smitte over på dem selv. Informanten forteller det slik:

Spesielt hvis den vanskelige historien kommer helt på tampen av samtalen og det er umulig å lande den og en må si at en må avslutte samtalen. Da drar jeg den ofte med meg videre og tenker hva skjer med dette menneske i dag? Jeg kjenner da på uroen resten av dagen.

4.1.2 Empatiens vekst gjennom emosjonelle møter i det psykososiale kriseteamet

Dataene avdekket entydig at deltakerne opplevde arbeidet i kommunens psykososiale kriseteam som særlig utfordrende, belastende og emosjonelt tungt. Et fremtredende trekk ved denne opplevelsen var det uforutsigbare elementet i arbeidet; mangelen på kontroll over tidspunkt og natur av de hendelser de ble konfrontert med i sine oppdrag. Spesielt belastende var oppdrag som involverte møter med barn og foreldre etter at en nærstående hadde tatt sitt eget liv.

En deltaker reflekterte over at det mest utfordrende aspektet ved disse møtene var at de berørte var mennesker i lignende livssituasjoner som vedkommendes egen, og ikke nødvendigvis psykisk syke. Tapet av et barn var noe deltakeren kunne identifisere seg med, ettersom vedkommende selv var forelder. Dette førte til en sterk empatisk respons og en frykt for å forverre situasjonen ved å si noe upassende eller sårende.

Deltakerens evne til å føle empati ble forsterket av vedkommendes egen frykt og bekymring for å forårsake ytterligere smerte i en allerede uutholdelig situasjon. Et ytterligere aspekt som ble belyst i studien var de strukturelle rammene innenfor kriseteamene, som krevde at det skal være minst to medarbeidere til stede i hver krisesituasjon. Dette kravet sikret at de involverte hadde mulighet til å dele opplevelsen og tilby hverandre støtte. Det ble påpekt at denne praksisen muliggjorde for deltakerne å engasjere seg i dialog og gjensidig refleksjon både i forkant av og etter møtene med de berørte. Denne tilnærmingen bidro til at de ansatte kunne bearbeide sine erfaringer og følelser relatert til krisearbeidet i fellesskap, noe som var en viktig ressurs i deres profesjonelle praksis. Informanten forteller det slik:

Ja det kan være man har fått litt av historien da, bak det som har skjedd, og det å skulle møte den ukjente personen kan det være sånn at man kjenner på sånne vonde følelser i forhold til hvordan skal man legge det frem for ikke å såre, eller for å ikke gjøre det verre. Men det jeg synes er veldig godt er at jeg liker ikke å føle meg alene i det, så det å ha noen å snakke med og det å kunne bistå hverandre, snakke litt igjennom i forkant, brife og debriefe, det samarbeidet betyr veldig mye. Men det er ikke bestandig at man får det til og da kan jeg kjenne på litt sånn stress ubehag og også få tanker om at dette her funker ikke.

4.1.3 Kroppens fortellinger

Studiens deltakere rapporterte at de hadde erfart både somatiske og psykologiske symptomer som følge av gjentatte stressende interaksjoner med ulike brukere over tid. De beskrev en rekke symptomer, inkludert insomni, mareritt, tretthet, irritabilitet, sinne, tinnitus, en følelse av uro i kroppen, kvalme og panikkanfall. Det ble fremhevet at mange av deltakerne ofte følte seg utmattet etter arbeidsdagen. En deltaker uttrykte at det var nødvendig med noen timer for «å lande» etter endt arbeidsdag og rapporterte om en redusert tålmodighet overfor partner og barn, samt en opplevelse av å være «ferdigsnakket».

En spesifikk deltaker delte en opplevelse av å våkne om natten med panikkanfall etter en periode med høy belastning og stress på jobben, ledsaget av en frykt for å dø. Denne deltakeren beskrev også en vedvarende bekymring for en bruker og en følelse av uvisshet om brukerens situasjon ved arbeidsdagens begynnelse. Dette resulterte i søvnløshet og utilstrekkelig hvile. Deltakeren rapporterte at i den aktuelle perioden, hadde et familiemedlem som var sykt, og at det var betydelig

uro i vedkommendes private liv. Deltakeren reflekterte over at den personlige belastningen av å ha et sykt familiemedlem kunne ha forsterket og potensielt utløst den utfordrende situasjonen.

Videre fortalte samme deltaker om en bruker som hadde delt dyptgående traumer relatert til en voldelig oppvekst, noe som hadde påvirket deltakeren over lengre tid og etterlot vedvarende minner. Informanten forteller det slik:

Jeg brukte flere år på å etablere tillit, før vi begynte å gå igjennom disse konkrete traumeminnene. Jeg gråt når vi gikk igjennom traumeminnene og tidslinjen. Han satt helt rolig, men var jo veldig urolig inni seg. Ytre sett så var det så sterkt å høre på, det var sånn sekundærtraumatisering, for jeg kjenner når jeg snakker om det nå så blir jeg kvalm fordi det var så voldsomt.

4.1.4 Utfordringer ved å være alene med ansvar

Alle deltakerne rapporterte at de hadde erfart en økt følelse av isolasjon og ansvar for sine brukere, spesielt de med komplekse og utfordrende problemer, under pandemien. Overgangen til hjemmekontor og mangelen på muligheter for personlige møter med kolleger førte til en forsterket opplevelse av belastning, utmattelse og hjelpeløshet. To av deltakerne beskrev spesifikke hendelser hvor de opplevde en betydelig psykisk «knekk» etter at en av deres brukere hadde begått selvmord, og en annen bruker hadde forsøkt det. Disse hendelsene etterlot dem med en følelse av å være alene med ansvaret.

En deltaker fortalte at hun hadde hatt to brukere som begikk selvmord, noe hun beskrev som det verste hun hadde opplevd; en av disse var under oppfølging av Distriktspsykiatrisk senter (DPS), mens den andre ikke var det. Hun følte et mindre personlig ansvar for den brukeren som var under DPS' omsorg, men for den brukeren uten slik oppfølging følte hun at ansvaret hvilte tungt på vedkommendes skuldre. Denne deltakeren måtte også håndtere oppfølgingen av de etterlatte, en oppgave hun beskrev som svært belastende. Hun reflekterte over at hun ikke burde ha måttet håndtere situasjonen med de etterlatte alene, men heller hatt støtte fra en teamleder eller fastlege, og at det burde vært etablert en prosedyre for slik oppfølging i bydelen.

Deltakeren uttrykte et ønske om at ledelsen skulle anerkjenne deres ansvar i arbeidet og behovet for at noen som ser dem, spør om hvordan dagen har vært, og som følger med på deres daglige aktiviteter for å kunne stille oppfølgende spørsmål. En annen deltaker rapporterte om en tilsynssak som oppstod i kjølvannet av en slik hendelse der en bruker tok selvmord. Denne deltakeren beskrev hvordan det å håndtere både de formelle og de emosjonelle aspektene av situasjonen alene var svært utfordrende. Jobbens natur, som innebærer å etablere nære relasjoner til brukerne, forsterket vanskelighetene ved å miste noen man har blitt glad i. Deltakeren måtte

også gjennomgå en selvrefleksjon over egne handlinger eller mangel på sådanne, noe som resulterte i symptomer på tinnitus, som deltakeren ikke tvilte på var relatert til hendelsen.

Informanten forteller det slik:

I denne saken må jeg jo si at jeg var litt skuffet over oppfølgingen da, fra leder og fra bydelen. Det var liksom på en måte (leder): "hei du, her har du papirene fra Helsetilsynet, kan du bare svare på det". (Informanten): "Jeg tror kanskje dette er litt større enn det, dette er noe som man må se på sammen". Det ble et møte med altså ledelse og bydelsoverlegen hvor vi gjorde litt rundt det sammen. Men jeg syntes ikke jeg fikk veldig mye hjelp og knapt nok nesten interesse (ler litt).

4.1.5 Samarbeidsforholdene i systemet, det skaper mye frustrasjon

I analysen av dataene ble det tydelig at alle informantene opplevde en kombinasjon av høy arbeidsbelastning og utilstrekkelige ressurser som overveldende og ekstremt utfordrende. Informantene rapporterte at flere funksjoner ved Distriktpsikiatriske sentre (DPS), slik som frokostgrupper, turgrupper og andre sosiale tiltak, ikke lenger var tilgjengelige. De henviste til samhandlingsreformen og innføringen av pakkeforløp, som hadde resultert i en betydelig reduksjon av oppholdstiden ved DPS, samtidig som brukerne presenterte med mer alvorlige sykdomstilstander enn tidligere. Unntaket var en informant som påpekte at i vedkommende sin bydel hadde DPS kapasitet til å følge opp brukerne noe lengre før de ble utskrevet, og at bydelen hadde etablert FACT- og FOT-team som håndterte en betydelig del av oppfølgingsarbeidet. Imidlertid ble det påpekt at oppfølgingen av den eldre delen av befolkningen var svært mangelfull.

Informanten uttrykte at flere eldre brukere ville hatt en høyere livskvalitet dersom de hadde hatt tilgang til bemannede boliger, ettersom noen av de som bodde hjemme hadde betydelige behov. Det ble også fremhevet at DPS hadde økte forventninger til tjenestene, selv om informantene i førstelinjetjenesten ikke var behandlere. Opplevelsen var at DPS la ned retningslinjer for hva førstelinjetjenesten skulle og ikke skulle gjøre, uten at det var tilført nødvendige ressurser.

Videre ble det rapportert om lange ventelister og en mangel på ressurser for å møte de forventningene som DPS hadde, og at bydelene ikke hadde mottatt tilstrekkelige ressurser etter implementeringen av samhandlingsreformen. En informant uttrykte dyp bekymring for brukergruppen, som ble beskrevet som sårbar og uten evne til å kjempe for sine behov. Det var en frykt for at mange ikke mottok den hjelpen de trengte. Informantene følte et sterkt press og uttrykte et ønske om et forbedret samarbeid med spesialisthelsetjenesten. En av deltakeren sier:

Jeg tror vi merker her i bydel og sikkert i mange andre bydeler også, og det er et veldig press mot kommunen, og kommunen skal overta mange saker som spesialisthelsetjenesten har og har hatt, og som de kanskje ikke har rukket å bli helt ferdig med, før de blir

utskrevet, for det er så høyt press. Så tenker man kanskje det at her ute i kommunen så står det på en måte et "batteri" av mennesker som kan ta imot disse menneskene, men så er vi veldig få. Hvis jeg skal være helt ærlig så er det veldig mange som administrerer de som skal gjøre jobben. Det er for mye og for mange oppgaver og for få mennesker i kommunen.

4.1.6 Grensenes betydning for personlig bærekraft.

I dette materialet ble det klart at psykisk helsearbeidere opplevde det som en betydelig belastning å måtte håndtere og tåle et bredt spekter av utfordringer. Deltakerne ga uttrykk for at det var en forventning om at de skulle engasjere seg i alle typer situasjoner som involverte psykisk helse, spesielt innen hjemmesykepleie, mestringsteam og hos Nav. De rapporterte om en realitet hvor de ofte måtte trå til for å gi veiledning og løse problemer, i tillegg til å ivareta behovene til deres egne brukere.

Et gjennomgående tema var forventningen fra både spesialisthelsetjenesten og bydelsadministrasjonen om at psykisk helsearbeidere skulle være i stand til å adressere og løse problemer på tvers av forskjellige områder. En deltaker uttrykte at det var et ønske om at psykisk helsearbeid skulle intervensere og bidra til løsninger overalt, men påpekte at dette ikke var realistisk gitt den begrensede arbeidstiden på syv og en halv time per dag. Denne deltakeren beskrev hvordan hun, i stedet for å kommunisere at det var umulig å håndtere så mange brukere uten å bli utbrent, bet sammen tennene og fortsatte arbeidet. Deltakerne erkjente at de ofte endte opp med å påta seg oppgaver fordi det følte vanskelig å avslå forespørslers, til tross for den økte belastningen dette medførte. En deltaker sier:

Vi er jo «flinke piker» vi som jobber her og tar tak i ting og vi prøver å få gjort det beste ut av det. Vi er kanskje litt for mye "ja" mennesker der vi går inn i alle mulige situasjoner uten å tenke på at det går ut over oss selv. Ja det er den utbrentheten, der man kjenner på at man ikke makter å gjøre den jobben vi skal gjøre. Men teamet, vi støtter hverandre og har en filosofi om at vi bare skal holde ut og legger oss flat og bare lar ting passere, slik at vi kan gjøre jobben vår, det å møte brukerne våre. For min del er det energitappende å tenke på alt som ikke fungerer.

4.1.7 Når gode intensjoner møter harde realiteter: Navigering i hjelperens dilemma

Et ytterligere funn fra studien var den psykiske belastningen som psykisk helsearbeidere opplevde når de ikke lyktes i å bistå brukeren. Flere av deltakerne rapporterte at det var belastende å stå i situasjoner hvor de ikke klarte å yte effektiv hjelp, og de uttrykte følelser som frustrasjon, sinne, irritasjon og skuffelse over opplevelsen av å ikke strekke til. Noen av deltakerne bar med seg denne bekymringen hjem, mens andre prøvde å opprettholde en profesjonell distanse, med en forståelse av at det ikke alltid er mulig å hjelpe alle.

En deltaker uttalte at selv om det ikke alltid var mulig å hjelpe alle, medførte ikke dette en oppfatning av seg selv som en dårlig terapeut. Vedkommende anerkjente at brukeren også måtte ta ansvar og engasjere seg i sin egen endringsprosess, med støtte fra terapeuten. Deltakerne anerkjente at det kunne være flere årsaker til at hjelpen ikke førte frem, og mange hadde kommet til den erkjennelse at de ikke kunne hjelpe alle.

Deltakerne reflekterte over hvordan deres tidligere tro på at de kunne «redde» alle og enhver hadde endret seg med erfaring. Med årene hadde de blitt mer aksepterende overfor det faktum at noen situasjoner lå utenfor deres kontroll, selv om de fortsatt kunne føle bekymring for brukerens velvære. Denne utviklingen i deres profesjonelle praksis og selvforståelse ble ansett som en viktig del av deres faglige vekst og evne til å håndtere de emosjonelle utfordringene i arbeidet. Informanten forteller det slik:

Det er veldig godt å få saken landet, og få flere av kollegaene til å se på situasjonen sammen der vi ser at vi har gjort det vi kan, eller ikke kan gjøre mer. Det er ikke så ofte det skjer, men det er noen sånne søvnløse netter der jeg har bekymret meg masse, laget scenarioer der jeg ikke har klart å legge det fra meg.

4.2 Usynlige bånd: Mangelen på støtte og anerkjennelse i det psykososiale arbeidslandskapet

Det andre hovedtema dreier seg om hvordan støtte og anerkjennelse er viktig sammen med det psykososiale og fysiske miljøet påvirker arbeidsdagen. Sitatene som er utvalgt, beskriver den viktige kollegastøtten, men belastningene ved arbeidsplassens organisering og fravær av ledelse og struktur.

4.2.1 Sikkerhetsnett i arbeidslivet: Kollegialstøtte som fundament for profesjonell utvikling.

I analysen av det innsamlede materialet fremkom det at kollegial støtte var essensiell for å opprettholde motivasjonen i kommunehelsetjenesten. Deltakere rapporterte at uten støtte fra faglig dyktige kolleger ville det ha vært utfordrende å fortsette i stillingen. Tilgjengeligheten til kolleger for diskusjon og emosjonell støtte ble vektlagt som vesentlig.

Spontane, uformelle møter ble av to deltakere ansett som verdifulle for å oppnå støttende samtaler og for å redusere det emosjonelle trykket fra arbeidet. En kultur for åpenhet ble rapportert der en kunne ventilere med kolleger når behovet oppsto, men det kom frem at initiativet til kommunikasjon hvilte på den enkelte ansatte. Det ble ikke rapportert at det eksisterte på nåværende tidspunkt, faste veiledningsgrupper eller strukturerte veiledningsrammer innen noen av bydelene.

Tre deltakere beskrev omorganiseringer og fravær av en teamleder hadde ført til færre felles møter, noe som skapte utfordringer for å finne tid til kollegial støtte. Deltakere fant det vanskelig

å finne kolleger å snakke med på grunn av det individuelle ansvaret for en stor portefølje av omtrent 35 brukere. En deltaker unngikk å søke støtte for ikke å belaste kolleger og opplevde ofte å bli misforstått.

Behovet for tid til refleksjon og bearbeiding etter krevende samtaler ble fremhevet som sentralt, og muligheten til å kommunisere åpent med kolleger var en viktig del av denne prosessen. Kun én deltaker nevnte at de hadde ukentlige møter som en arena for uformell diskusjon og uttrykk. Deltakeren understreket betydningen av å kunne være ærlig og bruke humor når man diskuterte utfordringene knyttet til brukerne. Informanten sier det slik:

Vi har et godt kollegialt samhold her hos oss, så jeg opplever at det er veldig takhøyde for å kunne ta opp ting spontant også når vi møtes, som etter en jeg har vært hos en tung bruker så er jeg ikke noe redd for å gripe tak i en kollega og snakke, og det føler jeg gir god støtte. Det er viktig for meg som driver på med dette at man må kunne være ærlig og kunne snakke om alt, som ting man egentlig ikke kan si utenfor kollegiet, som frustrasjon og litt uproffe og ukorrekte ting. Jeg prøver å ha litt humor og kose meg litt når jeg hører noen sier noe som er litt rart.

4.2.2 Barrierer i betong: Når arkitekturen former fellesskapet.

Flere deltakere beskrev det fysiske miljøet i bydelshuset som en utfordring for å opprettholde gode og spontane møter mellom kollegaer. Omorganiseringer innad i bydelen hadde ført til at noen ansatte nylig hadde flyttet til nye lokaler, uten at de hadde hatt mulighet til å påvirke utformingen av disse for å imøtekomme behovene til psykisk helsearbeidere. Overgangen til en annen enhet hadde medført at de ikke lenger hadde tilgang til egnede lokaler som kunne støtte det psykososiale arbeidsmiljøet i teamet.

I det nye åpne kontorlandskapet, med prinsipper om «*free seating*» og «*clean desk*», ble det rapportert at det var vanskeligere å bevare samholdet og de gode, spontane samtaler som tidligere hadde funnet sted. Det ble ofte slik at kollegaer ikke kunne sitte i nærheten av hverandre, og det var ikke uvanlig at ansatte fra andre avdelinger, som økonomi, kunne ende opp som nærmeste nabo.

En deltaker fortalte at de tidligere hadde hatt egne små avlukker og faste pultplasser, men nå var de henvist til å sitte i en liten krok bak et tekjøkken. Dette ble opplevd som et tegn på manglende anerkjennelse av deres behov for et egnet arbeidsmiljø.

En av deltakerne uttrykte frustrasjon over å måtte kjempe for å bevise behovet for å være samlet som et team, og følte at de ikke ble tatt på alvor. Det var en oppfatning om at ledere og andre enheter undervurderte behovet for samhold og støtte blant psykisk helsearbeidere, og antok at de ville «klare seg» uavhengig av arbeidsmiljøet.

En annen deltaker nevnte en spesielt alvorlig hendelse der en bruker av en kollega hadde tatt sitt eget liv. I etterkant av denne hendelsen var det behov for en kollegasamtale, men mangelen på tilgjengelige samtalerom eller private områder gjorde det umulig å finne et egnet sted for en slik samtale.

Disse forholdene ble av deltakerne sett på som en direkte påvirkning på det psykososiale miljøet i teamet. Mangelen på egnede lokaler for samhandling og støtte ble opplevd som en barriere for effektivt psykisk helsearbeid og for den enkeltes velvære på arbeidsplassen.

Informanten sier det slik:

Vi har ikke noe rom for å kunne sette oss ned å prate sånn spontant lenger, det må nå planlegges og bookes rom. Jeg liker godt den spontane samtale, sånn ; «vet du hva», «nå hadde jeg han her nå», «kan du ikke høre på meg litt nå».

4.2.3 Fravær av ledelse – kjempe oppover for å bli hørt

Ingen av deltakerne rapporterte om eksistensen av formelle prosedyrer eller strukturer etablert av ledelsen for å ivareta de ansatte på arbeidsplassen. Deltakerne opplevde en nødvendighet av å kjempe for å bli hørt innenfor systemet, og det var ingen indikasjoner på at formell veiledning for å håndtere emosjonelle historier og opplevelser var satt i system.

Det ble beskrevet at ledelsen var tilgjengelig for samtaler, men initiativet til dette måtte komme fra de ansatte selv. Det var ingen praksis hvor ledelsen aktivt oppsøkte de ansatte for å undersøke hvordan dagen hadde vært eller hvordan de håndterte arbeidsbelastningen.

En deltaker nevnte å ha mottatt støtte fra bedriftshelsetjenesten etter en spesielt krevende sak som hadde resultert i et sammenbrudd. Imidlertid var vedkommende usikker på effekten av denne støtten, da oppfølgingen var av kort varighet.

En av informantene fortalte at psykisk helsearbeidere tidligere hadde hatt en uformell praksis, hvor de gikk tur rundt et vann en gang i uken for å styrke samholdet og ivareta seg selv, uten at dette var organisert av arbeidsgiver. Disse turene ble ikke diskutert åpent på arbeidsplassen, men ble gjennomført på eget initiativ.

Under Covid-19-pandemien ble det rapportert at noen dager med hjemmekontor hadde ført til en mer avslappet arbeidshverdag for flere av deltakerne, og at de i noen tilfeller kunne hente seg inn bedre.

En deltaker hadde etter Covid-19-pandemien forespurt om muligheten for hjemmekontor da man satt i åpne landskap, for å kunne konsentrere seg om skrivearbeid, men opplevde at den nye

enhetslederen stilte kritiske spørsmål ved behovet for dette. I kontrast til den tidligere teamlederen, som hadde vært mer åpen for fleksible løsninger som skrivedager, fremsto den nye enhetslederen som mer rigid, med krav om at alt skulle føres inn i kalenderen, dokumenteres og at regler skulle følges nøye.

Deltakeren beskrev et ubehag knyttet til opplevelsen av å være under styring, noe som kompliserte muligheten for selvivaretagelse på en best mulig måte og hadde en negativ effekt på vedkommendes rolle som arbeidstaker. Det ble opplevd at vedkommendes innsats for bydelen og ledelsen ikke ble gjensidig møtt med støtte, og det var en oppfatning om at ledelsen ikke i tilstrekkelig grad anerkjente arbeidsmengden som ble lagt ned.

En episode ble delt hvor den tidligere teamlederen hadde vist omsorg ved å oppfordre til avlysning av et møte etter en tøff dag for å gi rom for samtale og støtte. Dette hadde blitt opplevd som en god og ivaretagende gest. Kontrasten mellom den tidligere og den nye ledelsesstilen ble fremhevet som signifikant, med den nye enhetslederens tilnærming som mer byråkratisk og mindre personorientert. Informanten forteller det slik:

Jeg satt på hjemmekontoret og følte klokka 14 at jeg nesten er ferdig med det meste jeg skulle gjøre, foruten en telefon som jeg ventet på. Da skrev jeg meg ut fra GAT for å flekse, selv om jeg ventet på telefonen. Jeg kjente på ubehaget av at hun (lederen) ikke kunne unne oss en dag der vi kanskje ikke hadde så mye å gjøre, ha en litt roligere dag. Jeg opplever at vi jobber og jobber og står i så mye alene, møter vanskelige historier, utfordringer og gir av oss selv hele tiden. Er det en time ekstra å jobbe så gjør vi jo det. Det er å gi og ta, og hadde jeg fått litt ekstra romslighet der, gått en tur i sola, hente seg inn, så blir jeg heller møtt med; «du må flekse». Det gjør noe med meg liksom, du er med på å gi og ta. Hvis man får det litt romslig selv, så har man jo lyst til yte mer, rent automatisk.

4.2.4 Å Slippe tak før helg

Deltakerne rapporterte at de bevisst forsøkte å unngå å avholde tunge og vanskelige samtaler på fredager for å forhindre at de gikk inn i helgen med uavklarte og belastende tanker og følelser. Fordelen med å kunne diskutere utfordrende temaer som oppstod i løpet av brukersamtaler gjennom dagen ble anerkjent, men det ble også påpekt at dette kunne være komplisert ettersom hver psykisk helsearbeider hadde ansvar for egne brukere, og kollegaer var ikke alltid kjent med alle detaljer i de ulike sakene.

Det ble videre rapportert at det ofte oppstod akutte situasjoner på fredager rundt klokken halv tre, noe som førte til at psykisk helsearbeidere forsøkte å kontakte spesialisthelse-tjenesten, som Distriktpspsykiatrisk senter (DPS) eller akutteneheten, for å få hjelp. Målet var å arrangere en samtale eller å sikre en avtale som brukeren kunne forholde seg til. Imidlertid ble det ofte møtt

med svar om at det ikke var mulig å sende noen, noe som etterlot de ansatte med utfordringen om hvordan de skulle transportere personen til legevakten for å få nødvendig hjelp.

De ansatte uttrykte et ønske om å konferere med noen etter å ha returnert fra legevakten, men fant at deres kollegaer allerede hadde forlatt arbeidsstedet, og ingen tok initiativet til å etablere kontakt. Det var ingen som ringte for å undersøke hvordan det hadde gått eller for å tilby støtte. Dette etterlot de ansatte isolert med sine opplevelser og uten mulighet for umiddelbar kollegial debrifing eller støtte etter en potensielt stressende og voldsom hendelse. Informanten sier det slik:

*Så da var det liksom hvordan kan jeg få kommet meg ned på legevakta med denne personen på en fredag?
Så seinere.. ok hvem er det som møter meg når jeg kommer tilbake? Ja.. ingen.....
ingen.....*

4.3 Strategier for å ivareta seg selv: Veien til balanse i en hektisk hverdag

Et tema som kommer tydelig frem i arbeidsmateriale dreier seg om hvordan deltakernes erfaring med å sette grenser og ivareta seg selv. Deltakerne deler ulike strategier om hva de gjør i arbeidstiden og på jobb for selvivaretakelse.

4.3.1 Bevissthet i å hente seg inn i arbeidshverdagen

I det innsamlede datamaterialet fremkom det at deltakerne hadde individuelle strategier for selvivaretakelse i løpet av arbeidshverdagen. Alle deltakerne anerkjente et behov for å ivareta eller beskytte seg selv i arbeidstiden, spesielt etter å ha deltatt i vanskelige samtaler og emosjonelt belastende situasjoner. Det ble beskrevet at selvbestemmelse i organiseringen av arbeidsdagen, tilpasset den enkeltes brukermasse og antall brukere som skulle følges opp, var essensielt for selvivaretakelsen i jobben.

Flere av deltakerne uttrykte en bevisst tilnærming til planlegging av arbeidsuken, hvor de forsøkte å plassere møter med de mest utfordrende brukerne tidlig i uken, mens de lettere sakene ble satt til ukeavslutningen. Dette var et forsøk på å unngå å ta med seg tunge tanker inn i helgen, da det ble oppfattet som vanskeligere å distansere seg fra arbeidet før helgefri.

En av deltakerne nevnte at det var en daglig rutine å ta en kaffe mellom 08:30 og 09:00 om morgenen før dagens møter startet. Dette ble sett på som en nødvendig tid for å forberede seg mentalt på dagen uten å stresse, og for å opprettholde en arbeidsintensitet som var håndterbar for å unngå sykemelding.

En annen deltaker la samtaler i nærheten av hjemmet mot slutten av arbeidsdagen for å kunne komme seg raskt hjem etter jobb. Det ble reflektert over om dette var en fordel, eller om det ville være bedre å avslutte dagen på kontoret for å kunne legge fra seg arbeidet der.

De fleste deltakerne hadde videreutdanning i kognitiv terapi, og flere av dem rapporterte at de aktivt brukte den kognitive modellen i hverdagen for å distansere seg fra brukernes følelser, uten å distansere seg fra brukeren selv. Etter en vanskelig samtale nevnte en deltaker at mentalisering, ved å forestille seg at problemet ble plassert på en sky og «se det seile av gårde», var en viktig teknikk for selvivaretagelse.

Når det gjaldt antall brukere deltakerne hadde samtaler med i løpet av en dag, uttrykte de at fire brukere var et godt utgangspunkt for å ha en produktiv dag med møter og samtaler, og at de da følte at de kunne gjøre en god jobb. Det ble rapportert at å ha opptil seks brukere på en dag kunne oppleves som for mye og resultere i utmattelse. På den annen side ble det nevnt at en travel dag kunne gi rom for en roligere dag senere, hvor man kunne konsentrere seg om skrivearbeid eller delta på seminarer. Imidlertid ble det også påpekt at det til tider var utfordrende å unngå høyt arbeidspress på grunn av psykososiale krisetilfeller og akutt samtaler som måtte håndteres når de oppstod. Informanten sier det slik:

Det beste er fire brukere, da føler jeg at jeg gjør en bedre jobb, noe jeg får tilbakemeldinger på også og gir motivasjon. Vi får ikke så mye tilbakemeldinger fra andre da vi jobber alene, så tilbakemeldingene fra brukere betyr masse. Det blir viktig å ta vare på de gode tilbakemeldingene og ikke alt det vanskelige for å spare og gjemme på dem, og hente dem frem ved behov.

En deltaker understreket betydningen av en selektiv tilnærming til selvivaretagelse, hvor vedkommende bevisst valgte å fokusere energien på utfordringer som var innenfor egen kontroll og endringspotensial. I kontrast til andre deltakere, unngikk denne personen å bli styrt av overdreven optimisme eller illusjoner om arbeidets natur. Deltakeren betraktet seg selv ikke som en idealist som trodde at individuell innsats kunne transformere livene til de berørte, men snarere som en realist som opprettholdt en nøktern forståelse av hva som var oppnåelig i møte med andre. Dette realistiske perspektivet var essensielt for å bevare motivasjonen i arbeidet med individer med alvorlige psykiske lidelser.

Deltakeren anerkjente sine egne begrensninger og forsto at arbeidet ofte involverte det umulige eller uforanderlige. Arbeidet ble liknet ved en fabrikk, der nye brukere kontinuerlig ble møtt gjennom dagen, noe som krevde en pragmatisk og realistisk tilnærming for å ivareta egen psykisk helse. Informanten forteller det slik:

Jeg er ikke en sånn veldig pliktoppfyllende type, jeg er litt cowboy, litt luring, så jeg benytter av og til anledningen til et privat ærend i arbeidstiden. Hvis jeg har noen ledige timer, siden jeg jobber selvstendig, så stikker jeg hjem i 15 tiden for å begynne på middagen, eller gjøre noen innkjøp. Jeg har kollegaer som er veldig pliktoppfyllende og ikke selvregulerende, mens jeg er litt mer frifant, litt mindre moralsk orientert. Jeg kjører litt mitt eget opplegg og tror det er veldig sundt siden «butikken» ikke tar så ekstremt godt vare på oss.

4.3.2 Bevissthet i å hente seg inn på fritiden

Deltakerne formidlet at engasjement i fritidsaktiviteter var viktig for selvivaretagelse. De beskrev ulike avspenningsmetoder som fysisk aktivitet i form av turgåing i skogen, sykling, skigåing i fjellet og trening som viktige for å håndtere stress og uro som hopet seg opp gjennom arbeidsdagen. Disse aktivitetene ble ansett som sentrale for å oppnå avslapning etter utfordrende dager på jobben. Andre deltakere nevnte håndarbeid og lesing som metoder for å finne ro og avkobling.

Det ble også påpekt at det var av betydning å planlegge og se frem til hyggelige aktiviteter. En deltaker nevnte at det å nyte et glass rødvin eller to kunne virke avslappende, spesielt etter en slitsom dag, og at musikklytting og å spille musikk var måter å hente seg inn på.

En annen deltaker beskrev en praksis hvor vedkommende benyttet bussturen hjem fra jobb til å slå av telefonen og reflektere over dagen for å unngå å ta med seg arbeidet hjem. Det ble understreket at det var viktig å engasjere seg i aktiviteter som bidro til energi og glede, og å opprettholde et liv utenfor jobben. Informanten forteller det slik:

Jeg har to barn hjemme, men tror min måte å bearbeide ting på er å pusle med sånne praktiske ting. Det roer meg ned og gjør at jeg kobler meg av mentalt. Jeg tenker at det er viktig å ha det greit i privatlivet for å håndtere jobben. Hvis det oppstår mye på jobb er det fint å ha et godt familieliv der alt er på plass. Det gjør det lettere å stå i disse tingene på jobb.

4.3.3 Vekstens stille kraft: Erfaringens og tålmodighetens transformative rolle.

Deltakerne, som alle var psykiatriske sykepleiere, vektla betydningen av erfaring og personlige styrker som sentrale elementer for selvivaretagelse i arbeidshverdagen. De samlede erfaringene over år bidro til at de ikke opplevde samme grad av stress i møte med brukerne som de kunne gjøre tidligere i karrieren.

En deltaker beskrev hvordan intuisjon og en avslappet tilnærming i møtene med brukerne, fremfor å stresse, var en praksis som hadde utviklet seg over tid. Denne tilnærmingen, som var forankret i erfaring og kompetanse, ble sett på som en ivaretagende faktor.

En annen deltaker fremhevet erfaring og trygghet i yrket, samt evnen til relasjonsbygging med brukerne, som grunnlag for å lytte mer oppmerksomt og skape en roligere atmosfære i samtalen. Deltakeren betraktet seg selv som et verktøy for å bistå brukerne, noe som forenklet løsningen av arbeidsoppgavene.

Kun én av deltakerne uttrykte en følelse av trygghet i jobben som sjelden ble påvirket av brukernes historier. Deltakeren hadde en sterk tro på at ingen andre kunne utføre jobben bedre, noe som bidro til trygghet og vedvarende motivasjon i arbeidet. En interesse for kunnskap og å holde seg oppdatert ble også nevnt som en faktor som gjorde at deltakeren opplevde å bruke kortere tid på å nå frem til relevante aspekter i arbeidet enn tidligere. Med den samlede erfaringen og kunnskapen ble arbeidet mer effektivt.

En annen deltaker fremhevet tålmodighet og evnen til å lytte som kvaliteter som bidro til trygghet i jobben. Disse personlige egenskapene og ferdighetene, sammen med yrkeserfaringen, ble ansett som fundamentale for å håndtere de psykiske belastningene som følger med arbeidet som psykisk helsearbeider. Informanten forteller det slik:

Jeg beskriver meg som tre R'er, robust, romslig og raus. Jeg opplever at jeg tåler en del og at jeg ikke blir helt vippet av pinnen. Det tror jeg smitter over på brukerne at jeg liker å jobbe, at jeg liker jobben min og dem. Jeg føler meg ganske trygg i jobben og er ikke redd eller har frykt, bortsett fra hva som kan møte meg i krisesakene. Man skal jo ikke være helt avslappet og laidback, men jeg opplever meg trygg og har jobbet i flere år, så jeg har en del erfaring.

4.3.4 Arbeidets utholdenhet: Balansen mellom drivkraft og motstand

I løpet av intervjuet materialiserte det seg et spørsmål som ikke var forutsett i intervjuguiden, angående hva som kreves for at deltakerne skal kunne «holde ut» arbeidsbelastningen frem til pensjonsalder. Deltakerne fremhevet betydningen av å ha frihet under ansvar, muligheten for fleksibilitet i arbeidslivet og alternativet for hjemmekontor iblant, som vesentlige forutsetninger.

De uttrykte et behov for at profesjonell veiledning ble etablert som en fast del av arbeidsstrukturen, og de ønsket at tiden brukt på administrativt arbeid ble redusert, da dette ble oppfattet som en kilde til betydelig energitap.

En deltaker uttalte et ønske om å være mer proaktiv i forhold til egne behov og fremhevet at sosiale aktiviteter, som en kafétur med kolleger, var essensielle for å styrke det psykososiale arbeidsmiljøet og for å kunne hente seg inn igjen etter arbeidsrelaterte belastninger.

En annen deltaker ga uttrykk for et håp om at vedkommende selv og de andre psykiske helsearbeiderne ville være i stand til å bevare den stabiliteten som hadde vært karakteristisk for deres arbeid. Det var en bekymring for at uten denne stabiliteten kunne det oppstå en situasjon hvor arbeidsmiljøet potensielt kunne forvitre. Informanten forteller det slik:

Jeg tenker det er viktig at ledelsen ser og anerkjenner oss for det vi gjør og at vi kan få litt pause av og til med en skrivedag hjemme i ny og ne. Vi bruker oss selv som et verktøy, så det er viktig at vi får tid til å lege oss og være snille med oss selv.

Alle deltakerne formidlet at anerkjennelse og respekt var fundamentale behov for å kunne ivareta seg selv i rollen som psykisk helsearbeider. Etter å ha blitt spurt om tanker og holdninger til fenomenene sekundærtraumatisering og omsorgstretthet på arbeidsplassen, reflekterte en av deltakerne over disse temaene.

Deltakeren uttrykte at etter intervjuet hadde vedkommende blitt mer bevisst på risikoen for sekundærtraumatisering og omsorgstretthet som en yrkesmessig fare. Det ble anerkjent at kontinuerlig eksponering for brukernes traumatiske opplevelser kunne ha en indirekte, men dyptgående, påvirkning på de ansattes egen psykiske helse. Videre ble det påpekt at uten tilstrekkelig støtte og anerkjennelse fra arbeidsgiverens side, kunne slike belastninger samlet sett og mulig føre til utmattelse.

Deltakeren understreket viktigheten av å ha tilgang til adekvate ressurser og støttesystemer for å forebygge og håndtere disse utfordringene. Det ble også fremhevet at en kultur som fremmer åpen dialog om arbeidsrelatert emosjonell belastning, samt anerkjennelse av de ansattes innsats, var avgjørende for å opprettholde et sunt arbeidsmiljø og for å forhindre langtidseffekter av sekundærtraumatisering og omsorgstretthet.

Informanten sier det slik:

Nei holdninga er vel det at det er mye av det i yrkesgruppa vår, og holdningen er jo at uansett hvor jævlig det blir, så skal du bare holde ut.

5.0 Diskusjon

I det følgende kapitlet vil funnene bli drøftet og reflektert i lys av tidligere forskning og teori presentert i kapittel 2. Dette blir gjort i lys av studiens sentrale problemstilling: «*Hvilke egenerfaringer har psykisk helsearbeidere med emosjonelle belastninger i arbeidssituasjonen sin i kommunehelsetjenesten, og hvordan håndterer de dem?*»

Funnene er kategorisert i de tre kategorier: *strev med å håndtere jobbens belastninger, Mangelen på støtte og anerkjennelse i det psykososiale landskapet og å ivareta seg selv i arbeidet*. Det vil bli diskutert under hvert av de fremkomne underordnede tema og hver kategori vil bli behandlet på en strukturert måte med en klar avgrensning for å unngå sammenblanding av andre temaer. Dette vil sikre en grundig og teoriforankret forståelse av de diskuterte fenomenene.

5.1 Strev med å håndtere jobbens belastninger

5.1.1 I empatiens skygge: Å Lytte på de vanskelige historiene

Analysen av studiens datamateriale avdekker en sammensatthet i de emosjonelle utfordringene som psykisk helsearbeidere står overfor arbeidssituasjonen sin i kommunehelsetjenesten. Dataanalysen antyder at psykisk helsearbeidere i studien erfarte emosjonell belastning som følge av kontinuerlig eksponering for brukernes utfordrende og smertefulle livshistorier. Det kom frem at å lytte til historiene hadde ført til emosjonell påvirkning og nummenhet og en følelse av maktesløshet der reaksjonene hadde endret seg over tid. Dette er ikke unormalt eller uventet funn, men som man ser bekreftes både i litteratur, forskning og statistikk. Isdal, (2017, s. 131) viser til at fenomenet kan betraktes i sammenheng med omsorgstretthet, en tilstand som gradvis manifesterer seg som følge av gjentatte interaksjoner med andres lidelse. Det representerer en systematisk nedbrytning av individets engasjement, involvering og empati, som kulminerer i en tilstand av tretthet eller utmattelse assosiert med det å yte hjelp (Isdal, 2017, s. 131). Pearlman & Sakvitne i Berge, (2005, s. 2) beskriver også nummenhet og distansering som symptomer i tilfeller av vikarierende traumatisering og utbrenthet. Therani, (2007, s. 328), skriver at nummenheten hjelperen opplever kan føre til at man ikke «hører» klienten hvis det berører personlig historie til hjelperen. Videre var det deltakere som kjente på en motvilje mot å engasjere seg i utfordrende samtaler noe som kan tolkes som en beskyttelsesmekanisme, en intuitiv respons for å bevare eget emosjonelt velvære.

Informantenes endringer i reaksjonen på pasienthistoriene over tid kan indikere at helsearbeidere over tid utvikler tykkere hud eller en form for emosjonell distanse som en overlevelsestrategi i møte med konstante belastninger gjennom å høre på vanskelige historier. Haavik & Toven, (2020, s. 43)

skriver at distansering i hjelpeyrker innebærer en bevisst demping av empati for å opprettholde profesjonell objektivitet og unngå emosjonell utmattelse. Dette gjøres ved å støtte seg på fagkunnskap og rutiner, og er ikke nødvendigvis et tegn på manglende omsorg, men en strategi for å ivareta egen helse og yrkesmessig bærekraft (Haavik & Toven, 2020, s. 43). Ved å møte og lytte til så mange vanskelige historier kan psykisk helsearbeiderne også oppleve at egne følelser blir undertrykket i møte med brukere, noe som kan føre til ubalanse og *emosjonell dissonans* – å måtte uttrykke noe annet utad enn det man opplever inni seg (Haavik & Toven, 2020, s. 34).

Overgangen til en mer erfaringsbasert tilnærming kan sees som en del av den naturlige utviklingen innen profesjonell kompetanse, hvor helsepersonell gradvis blir mer selvsikre i å bruke sin intuitive forståelse av terapeutiske prosesser. Dette kan også tolkes som en form for selvbeskyttelse, hvor det å ikke alltid være forberedt på det som kommer kan redusere potensielt følelsesmessig uro og skuffelse. Isdal (2017, s. 108) påpeker at kompetanse skaper trygghet i arbeidslivet ved å minske emosjonelle reaksjoner og øke toleransen for stress, noe som fører til en mer stabil og kontrollert yrkesutøvelse.

Deltakerne beskrev også følelse av maktesløshet når de ikke klarte å hjelpe brukeren til å se håp for fremtiden, noe som kan oppstå når psykisk helsearbeider konfronteres med grensene for hva de kan oppnå innenfor deres roller og ressurser. Kombinasjonen der hjelper kjenner på brukers avmakt gjør at hjelperen selv også kjenner på hjelpeløshet, noe som kan føre til belastninger hos både bruker og hjelper og føre til søvnløse netter (Haavik & Toven, 2020, s. 28). Isdal (2017, s. 29) beskriver hvordan helsearbeidere gjennom empati blir «vikarer» for klienter som har opplevd urettferdighet og krenkelser. Berge, (2005, s. 5) sier at det er viktig å opprettholde mening og håp med arbeidet en gjør, for å fokusere på det positive og se det man klarer.

Til slutt reflekterer stresset knyttet til brukere som ikke møter opp til avtaler eller avlyser i siste øyeblikk en organisatorisk utfordring som krever strukturelle løsninger, som fleksible timeplaner, færre brukere eller alternative oppfølgingsmetoder, for å redusere den påfølgende belastningen på helsearbeidere.

Samlet sett indikerer funnene et behov for systematisk støtte og ressurser, for å styrke psykisk helsearbeidernes evne til å håndtere den emosjonelle belastningen som følge av deres yrkesrolle. Implementering av regelmessig veiledning, debriefing, tilgang til psykologisk støtte, og utvikling av selvivaretaelsesstrategier er avgjørende for å opprettholde helsearbeidernes velvære og evne til å yte effektiv omsorg.

5.1.2 Empatiens vekst gjennom emosjonelle møter i det psykososiale teamet

Å tilhøre det psykososiale kriseteamet i bydelen var et av funnen som var sett på som særlig belastende og emosjonelt tungt og utfordrende av informantene der det fremtredende trekket var det uforutsigbare elementet og liten kontroll over hva slags tidspunkt og hendelser de blir konfrontert med. Helsedirektoratet, (2016, s. 40) skriver at arbeidet i kriseteam kjennetegnes av sin uforutsigbarhet og kravet om å kunne håndtere sterke følelsesmessige reaksjoner med lite forberedelsestid. Dette kan over tid føre til utmattelse og diverse reaksjoner hos fagpersonene (Helsedirektoratet, 2016, s. 40).

Helsedirektoratet, (2016, s. 40) skriver videre at kriseteams arbeid er utfordrende, og de situasjonene teamet responderer på, er ofte fylt med dyp sorg hos de berørte. Dette kan lede til emosjonell og psykisk utmattelse hos hjelperne, noe som understreker behovet for adekvate støttetiltak. Dette støttes av Hauge og Dyregrov (2021, s. 203) som understreker viktigheten av struktur i kriseteams arbeid, som kan bidra til at hjelperne opplever trygghet og mestring, samt besitter nødvendig informasjon for å støtte de etterlatte. Manglende struktur kan derimot føre til opplevelser av kaos, noe som kan forsterke risikoen for psykisk slitasje og emosjonell utmattelse blant teammedlemmene (Hauge & Dyregrov, 2021, s. 203).

Alle deltakerne i studien ga uttrykk for at det mest hjerteskjærende scenarioet de kunne forestille seg var når kriseteamsakene omhandlet tapet av et barn. Når de så paralleller mellom sitt eget liv og situasjonen til de berørte, merket de at dette forsterket den følelsesmessige tyngden av deres opplevelse. Isdal, (2017, s. 72); Berge, (2005, s. 126); Figley, (1995, s. 16) understreker at saker som involverer barn ofte oppleves som mer alvorlige og overveldende for de som yter hjelp, sammenlignet med saker som gjelder voksne. Likhet og gjenkjennelse fra eget liv gjør hjelpere mer sårbare for deres historier og kan ha sin pris (Haavik& Toven, 2020, s. 28). Det kan også vise til kroppsspråket og ansiktsuttrykket, stemmen, den emosjonelle smitten som hjelpere påvirkes av i møtene (Isdal, 2017, s. 161). Dette kan gjøre det vanskeligere for psykisk helsearbeideren og kan indikere at det kan være en større emosjonell belastning for de som jobber i de psykososiale kriseteamene i bydelene.

En annen stressfaktor noen av deltakerne uttrykker var frykt for å forverre situasjonene for si eller gjøre noe feil i disse møtene, noe som krever sensitivitet og kommunikasjons -ferdighet av deltaker for å navigere disse samtalene. Gelso & Hayes, referert i Geirdal & Varvin (2017, s. 40-41) og Rotschild i Isdal, (2017, s. 125), viser til motoverføring som terapeutens reaksjoner, både

interne og eksterne, som er preget av terapeutens egen historie og som avspeiler emosjonelle konflikter og sårbarheter fra eget liv eller oppvekst.

Studien fremhevet også betydningen av strukturelle rammer som sikrer at medarbeidere ikke jobber alene. Kravet om at minst to medarbeidere skal være til stede i hver krisesituasjon gir en mulighet for støtte og samarbeid i kriseteamene. Dette samarbeidet inkluderer forberedelser, gjennomgang og debriefing av krisesituasjoner, noe som er essensielt for å bearbeide egne erfaringer og følelser. Deltakerne verdsetter muligheten til å dele opplevelser og reflektere sammen, noe som fungerer som en viktig ressurs for å håndtere stress og emosjonell belastning. Forskning viser til at belastninger tåles bedre når man jobber sammen med andre (Isdal, 2017, s. 77).

Funnene i studien viser kompleksiteten og de psykologiske utfordringene som arbeidet i psykososialt kriseteam medfører. Det understreker behovet for gode støttesystemer, tilstrekkelig opplæring i kommunikasjon og krisehåndtering, samt viktigheten av gode strukturer og rammer for å støtte de ansatte i krevende roller.

5.1.3 Kroppens fortellinger

Det kommer frem i studien at deltakerne rapporterer om en rekke somatiske og psykologiske symptomer som synes å kunne være direkte relatert til gjentatte stressende interaksjoner med brukere over tid. Disse symptomene, som spenner fra søvnforstyrrelser, mareritt, tretthet, irritabilitet, sinne, tinnitus, uro, kvalme, panikkanfall til akutte angstreaksjoner, indikerer en betydelig påvirkning på deltakernes fysiske og mentale helse. Bride and Kintzle i Pellegrini et al., 2022, s. 371) beskriver typiske symptomer på sekundærtraumatisering som påtrengende bilder, unngåelsesadferd, fysiologisk aktivering, emosjonell belastning og funksjonsnedsettelse. Dette viser at symptomene til deltakerne kan sammenlignes innen flere av disse symptomene som forskningen viser.

Beskrivelsen der en deltaker gråter under gjennomgangen av en brukers traumatiske minner, om overgrep, er et klart tegn på den emosjonelle belastningen som følger med dette arbeidet. Dette kan oppstå når hjelpere blir indirekte traumatisert gjennom empatisk engasjement med traumatiserte individer. Symptomer som kvalme og sterke emosjonelle reaksjoner ved å snakke om traumene understreker alvorlighetsgraden av denne sekundærtraumatiseringen.

Sekundærtraumatisering er hjelpers naturlige reaksjon på å høre om og forholde seg empatisk til klientens traumer (Haavik & Toven, 2020, s. 54). Detaljer i pasienters fortellinger intensiverer og fargelegger historiene, og det er disse detaljene som forankrer seg og fremkaller empati, som igjen åpner for en dypere forståelse av pasientens opplevelse av maktesløshet (Haavik & Toven,

2020, s. 28). Berge, (2005, s. 3) viser også til at detaljerte beskrivelser av alvorlige overgrep kan gjøre det utfordrende for hjelperen å håndtere situasjonen. Diehm et al. sin studie, omtalt av Pellegrini et al. (2022, s. 379), viste at terapeuters risiko for sekundærtraumatisering øker med antall klienter og terapitimer per uke, noe som fremhever viktigheten av å regulere arbeidsmengden for å forebygge dette.

Utmattelse etter arbeidsdagen, redusert tålmodighet i personlige relasjoner og en generell følelse av å være «ferdignakket» tyder på en omfattende emosjonell og fysisk tømming som følge av arbeidet. Utmattelse er kjernesymptomet for utbrenthet og kan gi risiko for sekundærtraumatisering (Haavik & Toven, 2020, s. 55). Isdal (2017, s. 136) påpeker at utmattelse og redusert tålmodighet er symptomer som ofte utvikler seg over tid hos de som arbeider med å hjelpe andre. Disse symptomene indikerer ikke nødvendigvis sykdom, men snarere at jobben er utfordrende, og at ledere og organisasjonen må ta grep for at det ikke skal utvikle seg videre til sykdom (Isdal, 2017, s. 136).

Den spesifikke opplevelsen av panikkanfall og frykt for døden som en deltaker rapporterte, kan sees i lys av både profesjonell belastning og personlige stressfaktorer, som sykdom i familien. Dette antyder at personlige omstendigheter kan forsterke virkningen av jobbrelatert stress, noe som fører til en gjensidig forsterkende effekt som ytterligere forverrer de negative helsekonsekvensene. Det samsvarer med Isdal, (2017, s. 74) og Haavik & Toven, (2020, s. 38) som skriver at livssituasjonen, hvordan psykisk helsearbeideren har det i privatlivet kan ha sammenheng med hvordan en tåler belastningene i arbeidslivet. Informanten beskrev en tøff tid privat noe som her kan ha ført til sårbarhet for belastninger på jobb. Isdal, (2017, s. 74) påpeker videre at personlighistorie og erfaringer kan både utgjøre en ressurs eller ha en sårbarhet, og han viser til at det er mer belastende å jobbe med brukere hvis en har egenerfaring om det brukerne søker hjelp til.

Funnene indikerer at arbeidet som psykisk helsearbeider kan ha dyptgående og langvarige effekter på de ansattes helse. Det er tydelig at det er en risiko for sekundærtraumatisering og at de ansatte kan utvikle symptomer som ligner de hos personer som har vært direkte utsatt for traumer. Det er derfor avgjørende at det innføres tiltak for å støtte de ansatte, som regelmessig veiledning, tilgang til psykologisk hjelp, og opplæring i selvivaretagelse og grensesetting. Videre bør det vurderes strategier for å redusere belastningen, som rotasjon av ansatte i spesielt belastende oppgaver, og å sikre at det er tilstrekkelige ressurser og støtte tilgjengelig for å håndtere den emosjonelle belastningen som følger med arbeidet.

5.1.4 utfordringer ved å være alene med ansvar

Den rapporterte økningen i følelsen av isolasjon og ansvar blant deltakerne under pandemien er et bekymringsfullt funn som kaster lys over de psykososiale utfordringene helsearbeidere kan møte i krisetider. Overgangen til hjemmekontor og mangelen på personlig interaksjon med kolleger ser ut til å ha forsterket opplevelsen av belastning og utmattelse, noe som er konsistent med andre rapporter om helsepersonells velvære under pandemien. Naustvik, NSF (Norsk Sykepleier Forbund) viser til FAFO-rapporten - Kjønnsperspektiv på arbeidsmiljøutfordringer og HMS-arbeid i kommunal sektor, som avdekket at 75% av sykepleierne risikerer overbelastning og langtidsfravær som følge av Covid-19-pandemien (Dolonen & Reppen, 2022).

De rapporterte hendelsene hvor brukere har begått eller forsøkt selvmord, representerer tilfeller av psykisk nedbrytning hos deltakerne. Disse situasjonene har etterlatt dem med en følelse av ensomhet i møte med ansvaret, noe som tyder på et behov for bedre støttesystemer og prosedyrer for krisehåndtering. Spesielt fremheves behovet for tettere teamarbeid og støtte fra ledelsen i oppfølgingen av personell etter en brukers selvmord.

Tilsynssaken som en av deltakerne rapporterte om, kaster lys over de utfordrende aspektene ved å håndtere både formelle og emosjonelle konsekvenser av en brukers selvmord. Mangelen på støtte og interesse fra ledelsen i slike situasjoner kan forsterke den emosjonelle belastningen og føre til ytterligere psykiske helseproblemer, som i dette tilfellet resulterte i symptomer på tinnitus og en periode med selvrefleksjon over hendelsen. Marit Råbu et al., 2016, s. 746), viser til sitt forskningsprosjekt der terapeuter nevner at pasienters selvmord, er den vondeste belastningen i yrkeslivet samt påfølgende prosesser, som kan sette hjelperen i et kritisk søkelys. Morrissey et al., (2021, s. 811) fant også dårlig oppfølging fra ledelse etter at en klient hadde tatt livet sitt.

Alle deltakerne uttrykker et behov for anerkjennelse og støtte fra ledelsen. De ønsker at noen skal se dem, spørre om hvordan dagen har vært, og følge med på deres daglige aktiviteter. Dette kan være avgjørende for å kunne håndtere den emosjonelle belastningen arbeidet medfører. Forskning viser at det er en direkte kobling mellom høy belastning blant sykepleiere under pandemien og svakheter i HMS-arbeidet (Dolonen & Reppen, 2022).

Det kan se ut som at i vanlige psykiske helseteam i kommunehelsetjenesten mangler det ofte faste prosedyrer for å besøke vanskelige brukere eller etterlatte i par, i motsetning til i psykososiale kriseteam. Det er også variasjon i ressurser og samarbeidsrammer mellom teamene innad i bydelene. Samlet sett viser funnene at det er et klart behov for bedre støttesystemer og prosedyrer for ansatte som håndterer kriser og traumatiske hendelser i psykisk helseteam. Det er også et behov for større

anerkjennelse fra ledelsen og en mer omfattende oppfølging for å sikre at de ansatte føler seg støttet og verdsatt i sitt arbeid.

5.1.5 Samarbeidsforholdene i systemet, det skaper mye frustrasjon

Analysen av dataene avdekker en rekke utfordringer som informantene i kommunehelse-tjenesten står overfor. De opplever en kombinasjon av høy arbeidsbelastning og utilstrekkelige ressurser som overveldende, noe som er forsterket av endringer i helsevesenet. Samhandlingsreformen og innføringen av pakkeforløp har hatt utilsiktede konsekvenser, som en reduksjon i oppholdstiden ved DPS og en økning i alvorlighetsgraden av sykdomstilstander blant brukerne. Selv om et unntak ble nevnt, der en bydel hadde bedre kapasitet og oppfølging gjennom FACT- og FOT-team, er det tydelig at dette ikke er normen. Spesielt bekymringsfullt er rapporteringen fra informantene om mangelfull oppfølging av eldre pasienter, som kunne hatt en bedre livskvalitet med tilgang til bemannede boliger.

Informantene uttrykker også frustrasjon over økte forventninger til tjenestene de yter uten at de nødvendige ressursene er på plass. DPS legger retningslinjer for førstelinjetjenesten uten å tilføre de nødvendige ressursene, noe som skaper et gap mellom forventninger og realitet. Dette fører til lange ventelister og en mangel på ressurser for å møte behovene til brukerne. SINTEF-rapporten – Samhandling mellom kommuner og sykehus, viser til at kommunale informanter rapporterer at pasienter som ikke responderer på behandling i spesialisthelsetjenesten ofte avvises, med særlig kritikk rettet mot de distriktpsikiatriske sentrene (DPS) (Rohde et al., 2020, s. 3).

En deltaker påpeker spesielt presset mot kommunen, der kommunen må overta saker fra spesialisthelsetjenesten som ikke er fullført, på grunn av høyt press og utskrivninger. Dette skaper en situasjon hvor det er forventet at kommunen har kapasitet til å håndtere disse sakene, men i realiteten er det for få mennesker til å ta seg av oppgavene. Rohde et al. (2020, s. 3) fremhever et vedvarende behov for klarere ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Til tross for økte ressurser og et høyere antall behandlede pasienter, understrekes det fortsatt et betydelig behov for ytterligere ressurser (Rohde et al. (2020, s. 3).

«Gjennom samhandlingsreformen skal kommunene styrkes for å ivareta sitt ansvar for tjenester, diagnostikk og behandling» (Stortingsmelding nr. 47 2008-2009). Disse funnene kan peke på et system i ubalanse, hvor overføringen av ansvar fra spesialist- til kommunehelse-tjenesten ikke har vært ledsaget av tilstrekkelige ressurser. Det er en klar indikasjon på at samhandlingsreformen, til tross for sine intensjoner om bedre integrerte tjenester, ikke har lyktes i å gi førstelinjetjenesten de

verktøyene som trengs for å håndtere den økte belastningen. Dette kan ha alvorlige konsekvenser for pasientenes tilgang til nødvendig helsehjelp og kvaliteten på de tjenestene de mottar.

5.1.6 Grensenes betydning for personlig bærekraft

Funnene i denne studien viser at psykisk helsearbeider bærer en tung arbeidsbyrde, med forventninger om å dekke et bredt spekter av tjenester, inkludert hjemmesykepleie, mestringsteam og NAV. De står overfor ansvar som strekker seg langt utover direkte brukerstøtte, noe som utfordrer grensene for hva som kan ansees som normalt innenfor en vanlig arbeidsdag.

Studiens funn om høy arbeidsbelastning, mangel på ressurser og generelt stress er ikke nye funn, men sentrale funn i norsk og internasjonal forskning. Haavik & Toven (2020, s. 31) beskriver situasjonen som en *rollekonflikt*, hvor ansatte står overfor motstridende jobbkraav og forventninger uten tilstrekkelige ressurser til å møte disse. Ifølge Haavik & Toven (2020, s. 31), indikerer forskning innen arbeidsmiljø at rollekonflikter kan øke risikoen for helseproblemer, både fysisk og psykisk.

Forventningene fra spesialisthelsetjenesten og bydelsadministrasjonen om at psykisk helsearbeidere skal kunne håndtere problemer på tvers av ulike områder, legger ytterligere press på et allerede belastet yrkesfelt. Dette presset forsterkes av en arbeidskultur som fremmer en «flink pike»-tilnærming og en tendens til å si «ja» til oppgaver uten tilstrekkelig hensyn til egen kapasitet eller velvære. Dette kan lede til utbrenthet, som det blir rapportert om, og en følelse av utilstrekkelighet i forhold til arbeidskravene. Figley, (1995, s. 11) beskriver utbrenthet som en gradvis eksponering til jobbstress. Isdal, (2017, s. 148) fremstiller i sin beskrivelse av belastningstrekanten at utbrenthet primært er knyttet til sykdomsfremkallende arbeidsrammer. «Flink pike» fenomenet er av Kleven, (2017, s. 11) definert i en negativ forstand; «*jenter som er lydige, usikre og sykelig opptatt av å gjøre ting riktig*». Haavik & Toven (2020, s. 35) diskuterer paradokset i «flinkhetskulturen» hvor det å være dyktig i jobben blir høyt verdsatt. Selv om en kultur som fremmer faglig dyktighet kan være positiv, påpeker de at problemer kan oppstå når det blir stigmatiserende eller skamfullt å vise usikkerhet eller manglende mestring. Dette kan føre til at ansatte nøler med å be om hjelp, noe som kan øke terskelen for å søke støtte fra kollegaer på arbeidsplassen.

Deltakernes uttalelser tyder på at det er en mangel på adekvate støttesystemer og prosedyrer for å håndtere det økende arbeidspresset. Selv om det er en følelse av samhold og gjensidig støtte innad i

teamene, er det også en erkjennelse av at denne «holde ut»-filosofien kan være skadelig og ikke bidrar til en bærekraftig arbeidssituasjon. Det blir viktig å iverksette tiltak for å forebygge utbrenthet, inkludert regelmessige vurderinger av arbeidsbelastning og psykisk velvære.

5.1.7 Når gode intensjoner møter harde realiteter: Navigering i hjelpers dilemma

Studien avdekker at psykisk helsearbeidere bærer på en betydelig psykisk belastning når de står overfor situasjoner hvor de ikke klarer å yte effektiv hjelp. Deltakernes rapporter om frustrasjon, sinne, irritasjon og skuffelse reflekterer en opplevelse av utilstrekkelighet og bekymring som noen ganger strekker seg utover arbeidsplassen og inn i privatlivet. Denne følelsen av å ikke strekke til kan lede til søvnløse netter og en vedvarende bekymring for brukernes velvære. Høgsted (2023, s. 79) påpeker at en følelse av utilstrekkelighet ofte kan oppstå hos individer som opplever at uansett hvor mye de anstrenger seg, er det ikke nok på grunn av en overveldende mengde oppgaver og mangel på ressurser. Denne følelsen er spesielt fremtredende blant de som betrakter sitt arbeid som en kall og ikke bare som en jobb. Er det ikke slik at sykepleiere ofte blir beskrevet historisk om at de har et kall? Jeg kan da stille spørsmålet om dette er grunnen til opplevelsen av utilstrekkelighet? Isdal (2017, s. 16) fremhever at et flertall av helsepersonell har valgt sitt yrke basert på et dyptgående ønske om å bistå andre. Yrkesvalget treffer hjertet av vår empati som mennesker, og reflekterer et fundamentalt behov for å støtte de som lider. Økonomisk gevinst er sjelden hovedmotivasjonen for disse yrkesgruppene; det er i stedet ønsket om å hjelpe som er den primære drivkraften (Isdal, 2017, s. 16).

Studien avdekker likevel en positiv utvikling i psykisk helsearbeidernes profesjonelle selvoppfatning. En deltaker fremhever at manglende evne til å hjelpe ikke automatisk indikerer en svikt i terapeutisk praksis, men snarere reflekterer en realitet der pasientens ansvar og engasjement i egen bedringsprosess er avgjørende. En slik forståelse er essensiell for å bevare profesjonell distanse og for å anerkjenne at terapeutens rolle er støttende, ikke frelsende/redemptiv. Ifølge Geirdal (2017, s. 37), er kjerneelementene i den terapeutiske relasjonen realisme og genuinitet, hvor det er essensielt å være åpen, ærlig og ha en realistisk oppfattelse av den andre personen. Videre er arbeidsalliansen sentral, som innebærer et gjensidig ansvar for oppgaver mellom begge parter for å nå de felles målene (Geirdal, 2017, s. 37). Haavik & Toven (2020, s. 16) påpeker at det kan finnes en form for profesjonell beskyttelse i å adoptere en holdning av likegyldighet og kynisme. Ved å distansere seg følelsesmessig og slutte å engasjere seg personlig, blir man mindre sårbar overfor de triste og vanskelige aspektene man støter på i arbeidet.

Erkjennelsen blant psykisk helsearbeiderne om at de ikke kan hjelpe alle, og at visse utfall ligger utenfor deres kontroll, representerer en viktig faglig modning. Denne aksepten kan virke beskyttende mot yrkesmessig utbrenthet og emosjonell utmattelse, ved at den hjelper til med å justere forventninger til egen innsats og terapeutiske utfall. Haavik & Toven (2020, s. 101) understreker betydningen av å etablere klare grenser i arbeidslivet og å innse samt akseptere at man ikke alltid kan oppnå perfeksjon i sitt profesjonelle virke. De påpeker at det er urealistisk for hjelpere å forvente av seg selv å kunne yte maksimalt til enhver tid, da dette setter et uoppnåelig krav til individet (Haavik & Toven, 2020, s. 101). Berge et al. (2015, s. 58) understreker viktigheten av at vi som hjelpere anerkjenner at det ikke alltid er mulig å hjelpe alle. Det er essensielt å ha en ydmyk tilnærming til begrensningene i våre intervensjonsmetoder og de utfordringene brukerne står overfor. Med denne forståelsen kan vi motta kritikk uten å bli defensive og være villige til å endre tilnærming når det viser seg nødvendig for å oppnå bedre resultater (Berge et al., 2015, s. 58).

Det er imidlertid viktig å anerkjenne at denne erkjennelsen ikke eliminerer den emosjonelle belastningen som er forbundet med yrket. Informantenes uttalelser om søvnløse netter understreker behovet for effektive støttesystemer og prosedyrer på arbeidsplassen som kan assistere psykisk helsearbeiderne i å prosessere og håndtere disse følelsene. I henhold til Haavik & Toven (2020, s. 50) indikerer forskning at faktorer som sosial støtte, selvbestemmelsesfølelse og opplevelsen av organisatorisk rettferdighet kan virke beskyttende mot utvikling av søvnproblemer.

Sammenfattende indikerer funnene at psykisk helsearbeid innebærer en dynamisk balanse mellom empati og profesjonell distanse, og at profesjonell utvikling innebærer en kontinuerlig prosess av selvrefleksjon og justering av forventninger til psykisk helsearbeiderens rolle i brukers helbredelsesprosess.

5.2 Usynlige bånd: Mangelen på støtte og anerkjennelse i det psykososiale landskapet

5.2.1 Sikkerhetsnett i arbeidslivet: Kollegialstøtte som fundament for profesjonell utvikling.

Analysen av det innsamlede materialet indikerer at kollegial støtte er en kritisk faktor for å vedlikeholde motivasjonen blant ansatte i kommunehelsetjenesten. Deltakerne uttrykte at støtten fra kompetente kolleger var avgjørende for deres evne til å fortsette i sine roller. Muligheten for å engasjere seg i dialog og motta emosjonell støtte fra kolleger ble fremhevet som fundamentalt. I overensstemmelse med Haavik & Tovens (2020, s. 70), observasjoner rapporterer et betydelig antall ansatte innen psykisk helse at støtten og samholdet fra kollegaer er avgjørende for deres evne til å håndtere de utfordrende og hektiske aspektene ved deres daglige arbeid.

Uformelle og spontane møter ble spesielt verdsatt for deres bidrag til støttende samtaler og for å lette det emosjonelle trykket som arbeidet medfører. En kultur av åpenhet, hvor ansatte kunne dele sine erfaringer og utfordringer når behovet oppsto, ble rapportert som positivt, selv om det ble bemerket at initiativet til slik kommunikasjon ofte lå hos den enkelte ansatte. Det var en mangel på etablerte veiledningsgrupper eller strukturerte veiledningsrammer innenfor de undersøkte bydelene. I tråd med Haavik & Tovens betraktninger (2020, s. 70-71), kan det argumenteres for at et ivaretagende kollegafellesskap gir rom for fullstendig åpenhet rundt følelser og tanker. Dette skaper et miljø hvor ansatte har mulighet til å uttrykke og bearbeide et spekter av emosjoner, fra sorg og glede til frustrasjon, som oppstår i løpet av arbeidsdagen. Det er allikevel essensielt at kolleger kan utveksle tanker og følelser åpent og ærlig, men det er samtidig viktig å være bevisst på ikke å overføre unødvendig byrder, slik som personlig misnøye, til sine kollegaer, ettersom dette kan være en kilde til ekstra stress (Haavik & Toven (2020, s. 83). Derfor er det avgjørende å utøve bevissthet rundt praksisen med å dele følelser og tanker, for å sikre at ansatte ikke overvelder sine kolleger med for tunge byrder.

Det kom frem at de fleste deltakerne ikke hadde etablerte eller strukturerte veiledningsrammer og at det var de kollegiale uformelle samtaler som de brukte ved behov etter krevende hendelser. Ifølge Isdal (2017, s. 189-190), bør debriefing etter alvorlige hendelser som vold eller selvmord på arbeidsplassen utføres av fagpersoner med spesialkompetanse innen traumehåndtering. §6-3 i Spesialisthelsetjenesteloven viser til at veiledning er lovpålagt fra spesialist helsetjenesten til kommunehelsetjenesten for at de skal kunne løse sine oppgaver. Men hvorfor har ikke alle bydelene strukturert veiledning? Det kommer klart frem at ingen har veiledning, men bruker kollegial uformell støtte. En deltaker uttrykte at støtten fra bedriftshelsetjenesten etter en brukers selvmord var for sporadisk og ikke tilstrekkelig for å møte behovet for nødvendig oppfølging. Haavik & Toven (2020, s. 66) hevder at ledere må tilrettelegge debriefing til ansatte basert på hendelser som har funnet sted, uavhengig av hva de ansatte opplever de har behov for. Videre bør ledere innen psykisk helsearbeid formidle at bruk av debriefing er en del av profesjonell praksis (Haavik & Toven, 2020, s. 66).

Omorganiseringer og fravær av en teamleder hadde redusert antallet fellesmøter, noe som skapte utfordringer for å finne tid til kollegial støtte. Den store brukerporteføljen per ansatt gjorde det også vanskelig å finne tid og rom for kollegial interaksjon. En deltaker rapporterte om en nøling med å søke støtte for å unngå å overbelaste kolleger, og opplevde ofte å bli misforstått. Isdal (2017, s. 35) fremhever at det er et delt ansvar blant alle parter å forhindre negative konsekvenser av arbeidet. Derfor er ikke kollegastøtte i seg selv nok. Det er viktig at ansatte våger å uttrykke behov for støtte

eller avlastning til sine kolleger når de føler seg overveldet eller påvirket av arbeidssituasjonen. Som ansatt kan man i betydelig grad medvirke til å minske arbeidsbelastningen ved å etablere det Haavik & Toven (2020, s. 70) beskriver som et støttende og ivaretagende kollegafellesskap. Figley, (1995, s. 194) skriver at fordelene med kollegastøtte inkluderer omsorgsfullt kollegaskap og reduserer følelsen av å være alene, og at kollegastøtte også kan bidra til å gjenopprette balansen og være til hjelp i å overvinne symptomer på sekundærtraumatisering.

Det ble understreket at det er essensielt å sette av tid til refleksjon og bearbeiding etter samtaler som er utfordrende, for å sikre en sunn mental bearbeidingsprosess. Åpen kommunikasjon med kolleger ble sett på som en viktig del av denne refleksjonsprosessen. Kun en deltaker rapporterte om ukentlige møter som en arena for uformell diskusjon, og vektla viktigheten av ærlighet og bruk av humor i diskusjoner om brukerrelaterte utfordringer. Høgsted (2023, s. 88) påpeker at humor kan lette en anspent atmosfære, gi arbeidsgrupper et avbrekk fra vanskelige situasjoner, og fremme samhold, noe som kan forbedre effektiviteten. Haavik & Toven, (2020, s. 85) viser parallelt til at humor fungerer som en verdifull mestringsstrategi for å håndtere stress og emosjonelle utfordringer i hverdagen. Den inneholder ofte et element av opprørskhet, som kan virke befriende i en ellers alvorlig og arbeidsintensiv kontekst (Haavik & Toven, 2020, s. 85). Humor tjener som et utløp for følelser og kan være en nyttig påminnelse om viktigheten av å finne en balanse. Det er viktig å tillate følelsesuttrykk uten at det skaper en overveldende emosjonell belastning på arbeidsplassen (Haavik & Toven, 2020, s. 85).

Funnene peker på en anerkjennelse av behovet for støtte og veiledning blant psykiske helsearbeiderne, men avdekker samtidig en mangel på systematiske tiltak for å imøtekomme disse behovene. Dette antyder at det er et potensial for forbedring i organisasjonens støttestrukturer for å sikre tilstrekkelig debrifing, veiledning og kollegial støtte for å forebygge utbrenthet og øke jobbtilfredshet.

5.2.2 Barrierer i betong: Når arkitekturen former fellesskapet.

Studien viser at omstruktureringer har forringet det fysiske arbeidsmiljøet for psykisk helsearbeidere, noe som har hemmet spontan kollegial interaksjon og svekket det psykososiale arbeidsmiljøet. Det åpne kontorlandskapet har begrenset muligheten for nærhet og konfidensielle samtaler, noe som er kritisk i kjølvannet av traumatiske hendelser. Jacobsen & Thorsvik (2019, s. 104) bemerker at bygningers utforming kan påvirke atferd og samhandling, ved enten å legge til rette for eller begrense interaksjon.

Deltakernes erfaringer tyder på at de nye arbeidsforholdene ikke tilfredsstillende behøver til psykisk helsearbeidere, og oppleves som en belastning og at dette har en negativ effekt på deres velvære og evne til å yte effektivt arbeid. Det burde i denne sammenheng bli vurdert hvordan arbeidsmiljøet påvirker de ansattes mentale velvære og produktivitet. Det er avgjørende at arbeidsplasser utformes med tanke på både samarbeid og privatliv, spesielt innen psykisk helsearbeid. Organisasjoner bør derfor sikre at det finnes tilstrekkelige fasiliteter for konfidensiell kommunikasjon og debrifing.

5.2.3 Fravær av ledelse – kjempe oppover for å bli hørt

Studien avdekker en mangel på formelle støttestrukturer for psykisk helsearbeidere, noe som tvinger ansatte til selv å initiere dialog med ledelsen om støttebehov. Dette indikerer et gap mellom ledelsens tilnærming og de ansattes behov for anerkjennelse og støtte i møte med arbeidets emosjonelle belastning. Haavik & Toven (2020, s. 58) presenterer begrepet «ivaretagende ledelse», som omhandler integreringen av omsorgsfull ledelsespraksis i alle organisatoriske nivåer, inkludert budsjettprosesser. Haavik & Toven (2020, s. 62) identifiserer nøkkelfaktorer i ivaretagende ledelse, som inkluderer ansattes autonomi, ledelsens emosjonelle og praktiske støtte, samt anerkjennelse av prestasjoner. De viser videre til forskning som viser at det er tiltak på organisasjonsnivå som gir størst effekt og hjelper folk til å tåle mer stress i arbeidssituasjonen (Haavik & Toven, 2020, s. 60).

Den tidligere praksisen med uformelle selvhjelpsgrupper, som turene rundt vannet, og fleksibiliteten under pandemien, som hjemmekontor, viser at ansatte finner egne veier til selvivaretagelse når organisatoriske systemer svikter. Dette står i kontrast til opplevelsen av en ny, mer rigid ledelsesstil som ikke synes å verdsette eller anerkjenne de ansattes behov for fleksibilitet og selvstyring. I studien av Buvik et al. (2023, s. 11), oppdaget Eriksson et al., at en effektiv arbeidsflyt, tverrfaglig samarbeid og en tydelig organisatorisk struktur reduserte sammenhengen mellom emosjonelle krav og ønsket om jobbskifte blant sykepleiere og helsefagarbeidere. Det bli derfor viktig å fremheve behovet for lederne til å anerkjenne og støtte ansattes autonomi og behov for fleksibilitet, spesielt i psykisk helsearbeid hvor arbeidet er følelsesmessig krevende. Det burde i denne situasjonen iverksettes formelle støttestrukturer som til rettelegger for de ansattes behov for avkobling og restitusjon og som anerkjenner den emosjonelle belastningen som følger med arbeidet.

5.2.4 Slippe tak før helg

Studien avdekker en strategisk tilnærming blant psykisk helsearbeidere for å unngå belastende samtaler på fredager, noe som reflekterer en bevissthet om behovet for å beskytte egen psykisk helse ved arbeidsukenes avslutning. Dette valget indikerer en anerkjennelse av de emosjonelle utfordringene som følger med deres arbeid og en forsøksvis balanse mellom arbeidskrav og personlig velvære. Isdal (2017, s. 31) argumenterer for at følelser ikke kan skrus av og på etter behov, og at arbeidserfaringer uunngåelig følger med oss hjem, til tross for ønsket om det motsatte. Han hevder at det er uunngåelig å bære jobben med seg hjem og understreker viktigheten av å utvikle effektive strategier for hvordan man kan håndtere arbeidsrelaterte følelser i hjemmet (Isdal, 2017, s. 32). Videre avdekker funnene også her at samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er problematisk, spesielt ved akutte situasjoner mot ukeslutt, hvor responsen fra spesialisthelsetjenesten ofte er utilstrekkelig. Dette øker arbeidsbelastningen for ansatte og kan påvirke brukernes velvære negativt.

Videre illustrerer studien en mangel på kollegial støtte og ettervern, noe som etterlater ansatte isolerte med sine opplevelser etter stressende hendelser som gjør at de tar med seg jobben hjem. Dette gapet i støttesystemet kan ha negative konsekvenser for de ansattes psykiske helse og understreker behovet for etablerte debrifingsprosedyrer og støttenettverk.

5.3 Strategier for å ivareta seg selv: Veien til balanse i en hektisk hverdag

5.3.1 Bevissthet i å hente seg inn i arbeidshverdagen

Studien gir innsikt i hvordan psykisk helsearbeidere anvender individuelle strategier for selvivaretagelse i møte med arbeidets emosjonelle belastninger. Deltakernes anerkjennelse av behovet for selvivaretagelse, spesielt etter emosjonelt utfordrende samtaler, er et sentralt funn som understreker viktigheten av personlig resiliens i helseyrker. Rothschild (2023, s. 26) fremhever viktigheten av selvbevissthet for å forebygge yrkesrelaterte psykiske utfordringer som omsorgstretthet, sekundærtraumatisering, motoverføring og utbrenthet. Tidlig gjenkjennelse av varselsignaler er kritisk for å unngå krise, og dersom disse overses, er selvmedfølelse og økt selvbevissthet nøkkel til å gjenopprette balansen (Rothschild, 2023, s. 26). En tilpasset og selvbestemt organisering av arbeidsdagen, som tar hensyn til både antall og kompleksiteten av brukersaker, er identifisert som kritisk for å opprettholde denne selvivaretakelsen.

Haavik & Toven, (2020, s. 100) viser til at psykiske helsearbeidere kan oppleve lav jobbkontroll, noe som begrenser deres evne til å forme arbeidet og sette grenser, noe som kan påvirke

jobbsituasjonen negativt. Ifølge Isdal (2017, s. 230) er det essensielt for både ansattes velvære og effektivitet i arbeidet at de opplever å kunne påvirke sin egen arbeidssituasjon.

Strategien med å planlegge møter med utfordrende brukere tidlig i uken for å unngå å ta med seg tunge tanker inn i helgen, reflekterer en proaktiv tilnærming til arbeidsbelastning og stresshåndtering. Dette kan ses som en form for emosjonell arbeidsfordeling som potensielt kan redusere risikoen for utbrenthet. Mesmer-Magnus et al., referert av Kaufmann & Kaufmann (2015, s. 107), påviste en tydelig korrelasjon mellom graden av emosjonelt arbeid og risikoen for utbrenthet.

Bruken av kognitive teknikker og mentalisering som verktøy for å distansere seg fra brukernes følelser, uten å distansere seg fra brukeren, er et eksempel på anvendelsen av faglig kunnskap i praksis for å håndtere arbeidets emosjonelle aspekter. Dette demonstrerer hvordan teoretiske modeller kan oversettes til praktiske selvivaretalesstrategier. Isdal (2017, s. 215) understreker også betydningen av kognitive teknikker for å bistå helsearbeidere i å bli bevisste på egne tankeprosesser. Hjelperes forståelse og tankegang er avgjørende for deres personlige velbefinnende (Isdal 2017, s. 215).

Rotschild (2023, s. 26-27) diskuterer betydningen av kroppsbevissthet eller mindfulness, som fokuserer på å observere kroppens tilstand og egne handlinger. Dette inkluderer å være oppmerksom på egen tale, ansiktsuttrykk og kroppsholdning. Kroppsbevissthet er en mer direkte tilnærming enn refleksjon over følelser eller tanker.

Antallet brukere deltakerne engasjerer seg med daglig, og hvordan dette påvirker deres kapasitet til å yte effektiv hjelp, er et annet viktig funn. Det peker på en balanse mellom kvantitet og kvalitet av arbeidet, hvor en overbelastning av klientmøter kan føre til utmattelse og redusert kvalitet på tjenestene. Isdal (2017, s. 244), Berge (2005, s. 5), og Haavik & Toven (2020, s. 102) fremhever alle viktigheten av å begrense antallet og intensiteten av utfordrende brukere man arbeider med i løpet av en dag for å ivareta egen helse og arbeidskapasitet. Berge (2005, s. 5) anbefaler at man bør unngå å planlegge møter med to utfordrende klienter på rad, samt at det er fordelaktig å begynne eller avslutte uken med klienter hvor man opplever fremgang.

En deltakers selektive tilnærming til selvivaretaelse, hvor fokus legges på kontrollerbare utfordringer, fremhever betydningen av realistiske forventninger til arbeidets natur og egne begrensninger. Dette kan bidra til å opprettholde motivasjon og forhindre utbrenthet i møte med de ofte uforanderlige aspektene ved arbeid med alvorlige psykiske lidelser.

Funnene understreker betydningen av selvivaretagelse i psykisk helsearbeid og behovet for organisatoriske tiltak som støtter ansattes velvære. Videre kan funnene brukes til videre å informere utviklingen av arbeidsmiljøintervensjoner og policyer som fremmer ansattes psykiske helse og forebygger yrkesrelatert stress hos psykisk helsearbeidere.

5.3.2 Bevissthet i å hente seg inn på fritiden

Studien indikerer at deltakernes engasjement i fritidsaktiviteter spiller en kritisk rolle i selvivaretagelse og stressmestring. Deltakernes preferanser for avspenningsmetoder varierte, men felles for dem var behovet for aktiviteter som fremmet avslapning og mental distansering fra arbeidets krav. Fysisk aktivitet, som turgåing, sykling, skigåing og trening, ble fremhevet som effektive strategier for å redusere oppsamlet stress og uro. Disse aktivitetene bidrar ikke bare til fysisk velvære, men også til mental klarhet og fornyet energi, noe som er avgjørende for å takle utfordringer i arbeidslivet. Andre deltakere fant ro og avkobling gjennom mer stillesittende aktiviteter som håndarbeid og lesing. Disse aktivitetene kan tilby en form for meditativ praksis som muliggjør mental avstand fra arbeidets stressfaktorer. Videre ble det å planlegge og se frem til hyggelige aktiviteter ansett som en viktig del av selvivaretagelsen, da dette skaper positive forventninger og bidrar til en generell følelse av velvære.

Råbu et al. (2015, s. 745) oppdaget gjennom sin forskning hvor essensielt det var for individer å engasjere seg i aktiviteter utenfor arbeidslivet. Studien avdekket at nesten alle deltakerne var oppmerksomme på og verdsatte betydningen av å berike livet med ulike former for engasjement. Dette inkluderte kunstneriske uttrykksformer, å oppleve naturen, fysisk aktivitet, samt å pleie sosiale relasjoner. Flere rapporterte også viktigheten av humor og bringe det med inn i terapirommet. Disse aktivitetene ble ansett som viktige for deres generelle livskvalitet og velvære.

En interessant observasjon er bruken av alkohol som en avslapningsmetode. Selv om et glass rødvin kan virke beroligende, er det essensielt å være bevisst på farene ved å bruke alkohol som hovedstrategi for å takle vanskeligheter, ettersom det kan dreie seg om selvmedisinering – et ønske om å dempe negative følelser og oppnå en følelse av avslapning og ro (Haavik & Toven, 2017, s. 52). Musikklytting og musikkspilling, derimot, kan være mer bærekraftige alternativer for å fremme avslapning og emosjonell utløsning.

En deltakers bruk av bussturen hjem til å slå av telefonen og reflektere over dagen illustrerer viktigheten av å skape en buffer mellom arbeid og privatliv. Dette kan være en effektiv strategi for å forhindre at jobbstress påvirker familielivet. Haavik & Toven (2020, s. 105) understreker

betydningen av å skape en klar grense mellom arbeid og privatliv. De anbefaler å bruke reisetiden til å justere og prosessere følelser og tanker, slik at man er mentalt forberedt når man ankommer hjemmet.

Det er også verdt å merke seg at en deltaker fremhever betydningen av et stabilt og støttende familieliv som en ressurs for å håndtere arbeidsrelaterte utfordringer. Dette understreker viktigheten av å opprettholde et balansert liv, hvor arbeid og privatliv støtter og komplementerer hverandre, snarere enn å konkurrere om individets ressurser. Haavik & Toven (2020, s. 130-131) fremhever viktigheten av et velbalansert privatliv for å styrke arbeidslivet. De argumenterer for at et rikt privatliv ikke bare fungerer som en buffer mot jobberelaterte belastninger, men også som en kilde til beskyttelse og forebygging for hjelpere. De understreker at restitusjon og et personlig liv med varierte interesser er essensielt for alle som arbeider i hjelperoller.

Samlet sett viser funnene at det er en rekke strategier som kan fremme selvivaretagelse og stressmestring blant psykisk helsearbeidere. Det er imidlertid viktig å anerkjenne at individuelle preferanser og behov varierer, og det som fungerer for én person, kan ikke nødvendigvis være like effektivt for en annen. Videre forskning kan utforske hvordan ulike selvivaretagelsesstrategier kan integreres i psykisk helsearbeideres daglige rutiner for å fremme psykisk helse og arbeidseffektivitet.

5.3.3 Vekstens stille kraft: Erfaringens og tålmodighetens transformative rolle.

Studien viser at erfaring og personlige egenskaper er sentrale for selvivaretagelse blant psykisk helsearbeiderne, og bidrar til redusert stress i møte med brukere. Intuisjon og en avslappet tilnærming, samt trygghet og relasjonsbygging, er identifisert som nøkkelkomponenter for effektivt arbeid og håndtering av psykiske belastninger. Enkelte deltakere rapporterte om en sterk følelse av profesjonell trygghet og motstandsdyktighet, karakterisert ved selvbeskrivelser som robust, romslig og raus. Isdal (2017, s. 108) understreker betydningen av erfaring og kompetanse, og peker på at tidligere erfaringer med lignende situasjoner gir innsikt i hvordan man best kan håndtere utfordringer. Dette bidrar ikke bare til bedre beslutningstaking, men kan også moderere den emosjonelle og fysiologiske responsen i stressende situasjoner. Det at man opplever en ting flere ganger medvirker til at man reagerer mindre og mindre på gjentatte opplevelser (Isdal, 2017, s. 108).

Alle studiens deltakere var erfarne og hadde lang yrkeskarriere som psykisk helsearbeidere, noe som også kan virke beskyttende mot emosjonelle belastninger.

Isdal (2017, s. 108) viser til at nye og uerfarne hjelpere er mer utsatt for fysiologisk og emosjonell aktivering, og har høyere risiko for sekundærtraumatisering.

Funnene peker på behovet for videre forskning på utvikling av disse egenskapene og deres innvirkning på brukerbehandling og arbeidstilfredshet.

5.3.4 Arbeidets utholdenhet: Balansen mellom drivkraft og motstand.

I studien oppsto det et uforutsett spørsmål om hva som er nødvendig for at deltakerne skulle kunne «holde ut» arbeidsbelastningen frem til pensjonsalder. Funnene indikerer at deltakerne anser autonomi og fleksibilitet i arbeidslivet, inkludert muligheten for hjemmekontor, som kritiske faktorer for å opprettholde arbeidskapasiteten over tid. Deltakerne etterlyste også mer profesjonell veiledning og mindre administrativt arbeid for å forebygge utbrenthet.

Sosialt samvær med kolleger ble sett på som viktig for å styrke det psykososiale arbeidsmiljøet og for å restituere fra jobbpess. Anerkjennelse fra ledelsen ble fremhevet som essensielt for arbeidstilfredshet og for å motvirke stress. Økt bevissthet om sekundærtraumatisering og omsorgstretthet ble rapportert, og behovet for støttesystemer og en åpen dialogkultur ble understreket. Kaufmann & Kaufmann (2015, s. 292) viser til hovedfunnene fra Hawthorne-studiene som indikerte at jobbtilfredshet er tett knyttet til faktorer som anerkjennelse på arbeidsplassen, autonomi i arbeidsoppgaver, positive relasjoner til kolleger og meningsfylt arbeid. Studiene konkluderte med at sosial anerkjennelse veier tyngre for ansattes tilfredshet enn hva lønn gjør (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 292). Forskingen viser ikke noen klar sammenheng mellom emosjonelt arbeid og jobbprestasjoner (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 107). Dette kan indikere grunnen til at psykisk helsearbeiderne i denne studien holder ut i yrket sitt og fortsetter i jobben sin.

Studien antyder likevel at det er et presserende behov for adekvate ressurser og støttesystemer for å håndtere disse utfordringene. En arbeidskultur som fremmer åpen dialog om emosjonell belastning og anerkjenner ansattes innsats, er avgjørende for å opprettholde et sunt arbeidsmiljø og forhindre langtidseffekter av sekundærtraumatisering og omsorgstretthet.

Samlet sett peker funnene på viktigheten av organisatoriske tiltak som fremmer ansattes velvære og yrkesmessig bærekraft. Det er behov for videre forskning for å utforske effektive strategier for å iverksette disse tiltakene i praksis.

5.4 Diskusjon av metoden

Kvalitativ forskningsmetode er en av flere veier som kan føre frem til vitenskapelig gyldig kunnskap (Malterud, 2017, s. 15). Metoden som blir brukt må kunne representere den klareste vei til svar på problemstillingen som skal forskes på. En metodisk utfordring i forskning på mennesker er å vurdere hvordan deltakernes relasjon til forskeren kan påvirke de data som innhentes (Thagaard, 2018, s. 82). Det viste seg at noen av deltakerne visste hvem jeg var da de hadde truffet meg på et kurs gjennom helseetaten. Jeg hadde ikke kjennskap til dette i forkant av intervjuene, men visste at jeg hadde vært der. Dette kan ha gjort at deltakerne har reflektert over hvordan jeg er blitt oppfattet som forsker. Det kan også ha gjort at de har ønsket å være med og bidra i studien og var positiv innstilt. Vi var også av samme kjønn, noe forskning sier kan gjøre at det er lettere å etablere kontakt (Thagaard, 2018, s. 82). Derfor har jeg vært spesielt oppmerksom på å være refleksiv og varsom gitt at deltakerne kan være kjent med noen av mine synspunkter angående emnet. Jeg sørget for å klargjøre intervjuets hensikt for deltakerne før det startet, for å formidle at jeg var interessert i å innhente refleksjoner fra et bredt spekter av synsvinkler. Da jeg revurderte min tidligere loggføring av forforståelsen jeg hadde om temaet før studien startet, observerte jeg at funnene ikke stemmer overens med disse innledende antakelsene. Dette kan tyde på at studien er utført i samsvar med hermeneutikkens prinsipper om å forstå og tolke menneskelig atferd ved å vurdere både deler og helhet, samt viktigheten av kontekst og selvrefleksjon (Malterud, 2017, s. 28).

I intervjuene avvek deltakerne noen ganger fra det opprinnelige spørsmålet grunnet stor entusiasme. De viste imidlertid selvbevissthet og korrigerer seg selv ved å be om at spørsmålet ble repetert for å holde svarene relevante for studien.

Som intervjuer utviklet jeg meg fra å følge intervjuguiden strengt til å bli mer fleksibel og improviserende. Dette ble klart den dagen jeg utførte tre intervjuer på rad, hvor jeg lærte å utvide samtalen forbi de fastsatte spørsmålene. Jeg prøvde gjennom intervjuet å lytte til deltakeren ved aktiv intervjuing for å utvikle forståelse for det deltakernes beskrivelser av sine hendelser og erfaringer (Thagaard, 2013, s. 93). Min intervjustil ble mer dynamisk og responsiv, noe som forbedret samspillet med deltakerne. Jeg tilpasset spørsmålene etter samtalen og deltakernes reaksjoner, noe som krevde aktiv lytting for å oppfatte både uttalte og underliggende budskap. Dette gjorde at jeg kunne utforske temaene dypere og tilpasse spørsmålene for å avdekke deltakernes perspektiver og erfaringer mer detaljert. Jeg implementerte en økt bruk av prober som et verktøy for å fremme samtaleflyt og for å tilby deltakerne bekreftende tilbakemelding, i tråd med Thagaard (2013, s. 96). Dette bidro til å opprettholde en engasjerende dialog og sikre at deltakerne følte seg hørt og motivert

til å dele sine tanker og erfaringer. Det er viktig å opparbeide seg tillit hos deltakerne og at dette kommer seg etter hvert man snakker seg varm (Dalland, 2012, s. 167).

En kan skille mellom begrepene intern og ekstern validitet når en skal vurdere prosjektets validitet (Malterud, 2017, s. 24). Intern validitet handler om det er sant og representerer virkeligheten, og hvilken troverdighet til funnene som forskeren har kommet frem til (Malterud, 2015, s. 132; Johannessen et al., 2021, s. 256). Ekstern validitet handler om undersøkelsens overførbarhet og om det kan overføres til andre liknende fenomener og kontekster (Johannessen et al., 2021, s. 256). Jeg vil bruke begrepene videre i for å vurdere kvaliteten på masterprosjektet.

Prosjektets tema kan ha vært følsomt for deltakerne, med intervjuguidens spørsmål som berører personlige og private aspekter ved jobbrelevante belastninger og deres personlige påvirkning. Lojalitetsfølelse overfor arbeidsgiver kan ha farget deltakernes svar og potensielt påvirket studiens pålitelighet. Likevel har informantenes detaljerte og inngående deling av konkrete arbeidserfaringer bidratt til å øke studiens validitet.

Videre kan utvalget av informanter være et sentralt spørsmål om troverdighet. Det ble benyttet strategisk utvalg for å rekruttere ansatte i psykisk helse i kommunehelsetjenesten med rett bakgrunn og utdanning. Det var et ønske å få ansatte i flere forskjellige bydeler, med ulikt kjønn og alder for å styrke validiteten på studien i håp om å få frem flere ulike opplevelser. Alle arbeidet i samme type tjeneste, var psykisk helsearbeider for hjemmeboende, foruten en som jobbet i RPH (Rask psykisk helsehjelp) og var terapeut der. Alle hadde flere videreutdannelser og var over 40 år og mye erfaring og jobbet lenge med det samme. De var alle tilknyttet psykososialt kriseteam i bydelene sine foruten en. Dette kan si noe om et spesielt utsnitt av psykisk helsearbeidere i feltet som kan ha relevans.

En annen faktor som kan ha påvirket validiteten er at det bare var fem informanter og tre av informantene hadde samme arbeidsplass. Det kan tas som en selvfølge at dess flere personer som hadde blitt intervjuet jo større ville studiens gyldighet (Malterud, 2017, s. 63). Samtidig hadde informantene stor informasjonsstyrke ut fra oppgavens problemstilling, der kvaliteten i intervjuene var gode. Malterud, (2017, s. 63) skriver at hvis deltakerne kan formidle mye og variert er med tydelig teorigrunnlag trenger man ikke mange informanter. Volumet av antall hendelser er viktigere enn antall grupper/informanter når det gjelder ekstern validitet (Malterud, 2012, s. 38).

Oppgaven har også rammer som legger føringer og begrensninger, da dette er en student oppgave der det er lite ressurser og mindre tid til gjennomføring av intervjuene, derfor ville det neppe være tid til å foreta en dyptgående analyse av intervjuene om antallet var for stort (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 148).

Det kan da ha kommet lik informasjon fra informantene om spørsmål om oppfølging på arbeidsplassen og hvilke opplevelser dette ga. Men det vurderes etter intervjuene at informantene hadde flere ulikheter og bidrag i intervjuene som kan styrke validiteten.

Min egen faglige bakgrunn og yrkeserfaring, som er i samsvar med informantenes, kan ha influert måten jeg formulerte spørsmålene på, noe som potensielt førte til at jeg mottok svar som kunne ha avveket fra de som ville blitt gitt til en utenforstående uten kjennskap til problemstillingen. Dette fenomenet kan reflektere en form for insider, hvor min forforståelse og faglige tilnærming muligens har fasilitert en spesiell type dialog som har frembrakt innsikter som ellers kunne ha forblitt utforsket. Kvaale & Brinkmann (2015, s. 124) stiller spørsmålet om forskeren er insider eller outsider og at det har noe så si for temaet som forskes på. Jeg har i denne sammenhengen vært en insider, med samme arbeid, alder og etnisitet som deltakerne noe som ikke har nevneverdig påvirket maktrelasjonen eller etikken i intervjuet. Jeg har også oversikt over hva som skjer i feltet og har hatt mulighet til å utforske og stille ekstra spørsmål som har gjort at jeg har fått svar som ikke alle andre ville ha fått. Dette kan ha styrket validiteten. En annen side er at jeg har måtte være veldig refleksiv i forhold til å ikke anta og tvinge svar og meninger jeg har ønsket ut av deltakerne for å besvare min problemstilling.

En svakhet i prosjektet er at forskeren, mitt blikk og forforståelse aldri fullt ut kan ignoreres eller objektiviseres. Datamaterialet fremsto som meget spennende og interessant for meg som fagperson og yrkesutøver innen det samme fagområdet og jeg måtte skjerpe min bevissthet og forutinntatthet og holde meg fokusert.

Prosjektet har vekket interesse og engasjement i faglige samtaler med psykologer, ledere og i private samtaler med helsepersonell og lærere om studiens tema, funn og fortolkninger. Tematikken synes å være relevant, og mine observasjoner og fortolkninger av dataene blir anerkjent som gjenkjennelige. Disse tilbakemeldingene kommer imidlertid fra personer innenfor mitt eget nettverk, noe som representerer en bekreftelse fra en avgrenset del av samfunnet.

Den anvendte metoden tillater ikke generalisering, men den kan likevel berike forståelsen av sentrale faktorer som påvirker psykisk helsearbeideres personlige erfaringer med emosjonelle belastninger.

Denne innsikten kan vise seg å være av betydelig relevans for det praktiske arbeidsfeltet. Det bør bemerkes at et ujevnt bidrag av tekst fra informantene kan påvirke studiens overførbarhet, noe som krever nøye vurdering i henhold til Malterud (2017, s. 110).

Med et eksplorerende design har en vært opptatt av å få innsyn i et mindre felt, og en har ikke hatt heldekkende eller komparative ambisjoner (Malterud, 2012, s. 38). Studiens fremgangsmåter og funn reflekterer derfor deltakernes erfaringer med emosjonell belastning i deres arbeidshverdag. Gjennom en åpen og refleksiv tilnærming, samt en søken etter uventede innsikter i analysen av funn og deres tolkninger, sikter studien mot å gi et representativt bilde av den virkeligheten den utforsker, i tråd med Johannessen et al. (2021, s. 156). I arbeidet med å opprettholde en refleksiv tilnærming har jeg engasjert meg i refleksjon rundt mine tolkninger av funnene i samarbeid med veileder, medstudenter og venner. Dette har vært et bevisst valg for å sikre at tolkningene ikke utelukkende ble farget av min egen forståelse av virkeligheten. Denne studiens resultater og tolkingen av disse er overførbare for psykisk helsearbeidere som har kjennskap til fenomenet emosjonelle belastninger i arbeidshverdagen og annet helsepersonell som befinner seg i liknende kontekst (Thagaard, 2018, s. 194).

Spørsmålet er om studiet har relevans? Hva har resultatene gitt gyldig kunnskap om?

Malterud (2017, s. 192) oppfordrer til å utfordre egne tolkninger ved å vurdere andre synsvinkler, en tilnærming kjent som praktisk refleksivitet, og å vurdere funnenes relevans for problemstillingen.

Studien antyder at funnene kan ha praktisk verdi og relevans for psykiske helsearbeidere ved å speile situasjoner som er relevante i deres yrkesutøvelse. Det må imidlertid anerkjennes at det er individuelle variasjoner i hvordan ansatte opplever emosjonelle belastninger. Selv om resultatene ikke kan tilby definitive retningslinjer for håndtering av slike belastninger, fremhevet informantene gjentatte ganger visse felles faktorer som påvirker fenomenet.

5.5 Forskerrolle og refleksivitet

I kvalitativ forskning er det viktig å være oppmerksom på forskerens egne forhånds-oppfatninger om studietemaet. Malterud (2018, s. 19) poengterer viktigheten av en refleksiv og aktiv holdning til egen forforståelse. Thornquist (2018, s. 75) argumenterer for at subjektivitet ikke skal ses på som en feilkilde eller forstyrrende faktor, men heller som en essensiell del av forforståelsen. Han påpeker også at vår fortolkning av verden er en vedvarende og ofte ubevisst prosess som er forankret i vår eksisterende forforståelse Thornquist (2018, s. 75). Malterud (2017, s. 45) påpeker at forskerens tidligere kunnskap og erfaringer er avgjørende for valg av forskningstema og at disse forhåndsoppfatningene påvirker tolkingen og forståelsen av data. Min interesse for forskningsfeltet stammer fra både personlige og yrkesmessige erfaringer, gitt de store endringene feltet har opplevd nylig og min nære kjennskap til det. Med en bakgrunn som psykiatrisk

sykepleier og kognitiv terapeut, og med erfaring fra både spesialist- og kommunehelsetjenesten hvor jeg for tiden jobber, har min karriere og videreutdanning formet min profesjonelle identitet og verdier. Som en del av samme yrkesgruppe og sektor som informantene i studien, var det essensielt for meg å kontinuerlig være bevisst på hvordan mine egne erfaringer kunne påvirke forskningsprosessen. Thornquist (2018, s. 45) fremhever at det er viktig for forskeren å praktisere varsomhet, selvrefleksjon og transparens gjennom hele forskningsprosessen, siden forforståelsen vil påvirke både utformingen av forsknings-spørsmålet og tolkningen av de svar som blir funnet.

I forskningsarbeidet har jeg støttet meg på egne relevante erfaringer, som effekten av psykisk helsearbeid på utøverne. Med innsikt i hvordan ansatte støttes av ledelsen og hvilke selvivaretagelsestiltak som finnes i kommunen, har jeg særlig fokusert på selvivaretagelsesstrategier. Å håndtere min egen forforståelse, som bar visse forutsetninger om disse områdene, krevde en bevisst tilnærming. Jeg observerte også at mine erfaringer, spesielt angående samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, ofte var forskjellige fra andres. I forskning medfører fokuset på ett perspektiv at andre perspektiver kan bli oversett, både når det gjelder valg av tema og i fremstillingen av studiens resultater. Med en problemstilling som springer ut fra min egen arbeidshverdag, har jeg bevisst vært åpen for å la datamaterialet bringe uventede innsikter. Målet har vært at fenomenet «egenerfaringer med emosjonelle belastninger i arbeidshverdagen og deres håndtering» skal komme til uttrykk slik det faktisk erfaringsmessig oppleves av psykisk helsearbeidere som deltar i studien, fremfor å reflektere mine egne tidligere opplevelser.

Valget av forskningsspørsmål er således ikke tilfeldig, ettersom jeg personlig har erfart ulike typer av belastninger i min egen arbeidshverdag. Det har derfor vært avgjørende å holde en reflektiv og bevisst holdning til hvordan min egen forforståelse kan påvirke dataene, mens jeg samtidig ivaretar en trofast gjengivelse av deltakernes egne virkelighets-beskrivelser (Malterud, 2017, s. 19). Derfor er det viktig at jeg unngår å søke etter bekreftelse på forhåndsantagelser jeg måtte ha om emnet. Å være mottakelig for ny kunnskap gjennom hele forskningsprosessen er essensielt, da dette kan endre eller utvide min forståelse av forskningsspørsmålet. Under forskningsarbeidet har jeg kontinuerlig arbeidet med å sette informantenes synspunkter foran mine egne, noe som har krevd stadige refleksjoner og tilpasninger. Dette var spesielt viktig under intervjuene, hvor en åpen og nøytral tilnærming var nødvendig for å fremme en åpenhjertig samtale.

6.0 Konklusjon

Formålet med denne studien har vært å undersøke psykisk helsearbeideres personlige erfaringer med emosjonelle belastninger i arbeidet og deres strategier for å håndtere disse.

Studien har avdekket at psykisk helsearbeidere i kommunal helsetjeneste opplever en betydelig emosjonell belastning fra arbeidet med brukere som har komplekse og smertefulle livshistorier. Gjentatt eksponering for disse brukernes historier kan lede til omsorgstretthet, preget av emosjonell nummenhet og hjelpeløshet, som kan utvikle seg til emosjonell distansering. Dette fører til redusert engasjement og empati, og symptomer som utmattelse, søvnvansker, irritabilitet og angst, som påvirker deres helse og arbeidsevne.

Arbeidet i psykososiale kriseteam, spesielt i saker som involverer barn, er identifisert som særlig emosjonelt belastende, og understreker behovet for adekvate støttetiltak og strukturelle rammer for å håndtere de sterke følelsesmessige reaksjonene som kan oppstå. Prosessene i kriseteamene, hvor det praktiseres å arbeide i par, blir oppfattet som støttende og bidrar til å lette den emosjonelle byrden. Psykososiale kriseteam i bydelene har også andre rammer og ressurser enn de vanlige psykisk helseteamene.

Studien peker på mangelfulle ressurser og økt arbeidspress som kritiske faktorer som forsterker den emosjonelle belastningen. Det fremkommer i studien at utfordringen kan være forverret av samhandlingsreformen, som har overført ansvar til kommunehelse-tjenesten uten tilstrekkelige ressurser, og informantene opplever at det har ført til en ubalanse i systemet.

Studien påpeker behovet for kollegial støtte og veiledning for psykisk helsearbeidere og identifiserer en mangel på strukturerte støttesystemer. Endringer som svekker arbeidsmiljøet og manglende ledelse øker risikoen for emosjonell belastning og kan lede til utbrenthet. Det er avgjørende å forbedre organisatoriske støttestrukturer og arbeidsmiljø for å beskytte helsearbeidernes velvære og motivasjon.

Studien har belyst at selvivaretagelse og tidlig identifisering av stress er nøkkelen for psykisk helsearbeidere i kommunehelsetjenesten for å forebygge yrkesrelaterte psykiske problemer. Arbeidstakernes behov for autonomi og kontroll over egen arbeidshverdag er viktig for deres trivsel og produktivitet.

Studien viser at erfaring, robusthet og raushet fremmer trygghet og motstandskraft mot stress. Kollegialt samvær og ledelsesorientert anerkjennelse er essensielt for jobbtilfredshet og

stressmestring. Det understrekes et behov for bevisstgjøring rundt sekundærtraumatisering og omsorgstretthet, samt utvikling av støttestrukturer og åpen dialogkultur.

Resultatene fra studien korresponderer og støtter i stor grad eksisterende teorier og tidligere forskningsresultater og vil her vise til Sintef-rapporten - Om emosjonelle krav og belastninger i yrker som jobber med mennesker. Denne studien viser de emosjonelle belastningene psykisk helsearbeidere kan oppleve i arbeidssituasjonen. Konklusjonen er at det er nødvendig med organisatoriske tiltak som støtter ansattes velvære og yrkesmessig bærekraft. Dette inkluderer implementering av faste veiledningsrammer, tilrettelegging for fleksibilitet i arbeidet, og en arbeidskultur som fremmer åpenhet og anerkjenner ansattes innsats. Det er essensielt å anerkjenne begrensningene i hva helsearbeidere kan oppnå og å etablere klare grenser for å beskytte mot yrkesmessig utbrenthet og emosjonell utmattelse.

En anbefaling om tjenesteorganisering bør rette seg mot å utarbeide strategier som effektivt kan innlemmes i psykisk helsearbeideres daglige praksis, med mål om å styrke deres psykiske velvære og arbeidsytelse, og dermed redusere emosjonell belastning.

Referanseliste

- Anstorp, T., Benum, K. R. (2014). *Traumebehandling. Komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bang, S. (2003). *Rørt, rammet og rystet: faglig vekst gjennom veiledning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Beck, C. T. (2011). *Secondary Traumatic Stress in Nurses: A Systematic Review*. Archives of Psychiatric Nursing, 25(1), 1-10.
[doi: 10.1016/j.apnu.2010.05.005](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2010.05.005)
- Berge, T. (2005). *Sekundær traumatisering, vikarierende traumatisering og omsorgstretthet*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 42, [s. 125-127].
- Bride, B. E. (2007). *Prevalence of Secondary Traumatic Stress among Social Workers*. Social Work, 52(1), 63-70.
[doi:10.1093/sw/52.1.63](https://doi.org/10.1093/sw/52.1.63)
- Buvik, M. P., Ose, S. O., Thun, S. (2023), *Relasjonelle og emosjonelle krav og belastninger i arbeidet En studie av omfang, håndtering og konsekvenser av relasjonelle og emosjonelle krav i arbeidet blant fem yrkesgrupper*, SINTEF
https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/bitstream/handle/11250/3111748/SINTEF-rapport%2b2023_Relasjonelle
- Dolonen, K. A., Reppen N. K., (31.03.2022) Ny rapport: Arbeid med mennesker kan føre til helseskader, Sykepleien hentet: 12.12.23.
<https://sykepleien.no/2022/03/ny-rapport-arbeid-med-mennesker-kan-fore-til-helseskader>
- Eide, H., Eide, T. (1996). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal.
- Fekjær, S.B. (2013). *Hvordan bli en lykkelig masterstudent. Masteroppgavehåndbok*. Oslo: Gyldendal
- Figley, C.R. (1995). *Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*: Routledge
- Geirdal, A. Ø., Varvin, S. (2017). *Relasjoner i psykisk helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gratland, W., Nergård, A. (2017) Også hjelperne kan bli traumatisert. *Sykepleien*.
[doi: https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.6386](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.6386)

Haavik, M., Toven, S. (2020). *Ivaretakelse av hjelpere. Er vi ikke betalt for å tåle dette?* Oslo: Universitetsforlaget.

Hauge, N.-P., Dyregrov, K. (2021). *Er vi tilfredse med hjelpeapparatet sin støtte til sjølv-mordsetterlatne i dag? I K. Dyregrov & V. Songe-Møller (Red.), Nye perspektiver på selvmord* (1. utg., s. 186–209). Cappelen Damm akademisk.

Helsedirektoratet. (2016). Mestring, samhörighet og håp. 94.
[Psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer \(Mestring, samhörighet og håp\) - Helsedirektoratet](#)

Hochschild, A. R. (2003). *The managed heart: commercialization of human feeling (20th edition)*. USA: University of California Press.

[The managed heart: commercialization of human feeling \(20th edition\)](#)

Høgsted, R. (2021). *Grunnbok i belastningspsykologi. Forebygging av primær og sekundær traumatisering ved psykisk krevende arbeid*. Bergen: Fagbokforlaget

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

Johannesen, A., Tufte, P.A., Christoffersen, L. (2021). *Introduksjon til Samfunnsvitenskapelig metode* (6. utgave). Abstrakt forlag

Kaufmann, G., Kaufmann, A., (2015). *Psykologi i Organisasjon og ledelse* (5. utgave) Bergen: Fagbokforlaget

Kelly, L. (2020). *Burnout, Compassion Fatigue, and Secondary Trauma in Nurses: Recognizing the Occupational Phenomenon and Personal Consequences of Caregiving*. *Critical care nursing quarterly*, 43(1), 73.

[doi:10.1097/CNQ.0000000000000293](https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000293)

Kleven, M. M. (2017). *Å være best er (ikke) bra nok: opplevelsene og konsekvensene av prestasjonspress for «flinke piker»* [Masteroppgave] Universitetet i Oslo.

[PDF-Masteroppgave-Madeleine-Milo-Kleven-2017.pdf \(uio.no\)](#)

Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Lov om Spesialisthelsetjenesten

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_6#%C2%A76-1

Malterud, K. (2017). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag* (4.utg). Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud K. (2022). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag* (3. utg). Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K. 2002. *Qualitative methods in medical research – preconditions, potentials, and limitations*. Tidsskriftet Norsk Lægeforening

[Malterud; https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter?fbclid=IwAR3j7VQyxJx-4RkzI9XBxjWteJrQSbrCXGJSEoBtQeH89z9EXGHZJwtrcuE](https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter?fbclid=IwAR3j7VQyxJx-4RkzI9XBxjWteJrQSbrCXGJSEoBtQeH89z9EXGHZJwtrcuE) ; 122: 2468 – 72

Malterud, K. 2002. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger*. Tidsskriftet Norsk Lægeforening

[Malterud; https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter?fbclid=IwAR3j7VQyxJx-4RkzI9XBxjWteJrQSbrCXGJSEoBtQeH89z9EXGHZJwtrcuE](https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter?fbclid=IwAR3j7VQyxJx-4RkzI9XBxjWteJrQSbrCXGJSEoBtQeH89z9EXGHZJwtrcuE)

Myklestad, I., Rognerud, M., Johansen R. Rapport 2008:8 Nasjonalt folkehelseinstitutt Tittel: Levekårsundersøkelsene 2005 Utsatte grupper og psykisk helse [rapport-20088-pdf.pdf \(fhi.no\)](https://fhi.no/rapport-20088-pdf.pdf)

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming. (2020, 8. juni). *Hva er god psykisk helse?*. <https://naku.no/kunnskapsbanken/hva-er-god-psykisk-helse>

Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og helse. (2019). *Emosjonelle krav*.

<https://noa.stami.no/arbeidsmiljofaktorer/krav-kontroll-og-belønning/emosjonelle-krav/>

Pellegrini, S., Moore, P., Murphy, M. (2022): Secondary Trauma and Related Concepts in Psychologists: A Systematic Review. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*.

<https://doi.org/10.1080/10926771.2021.2019156>

Ringen, P.A., Spillhaug, G., Dunseth, G., Marstein, O. Liang, G. Fahre, I. Fosse, I.M. Aarseth, S. Lerum, S.V. Helle, J. (2019). Bedre psykiatri og rusbehandling Legeforeningens ressursgruppe for rus og psykiatri. *Den norske legeforening*.

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/da207fa1f2824db6b5cce543158398bb/dnl-psykiatrirapport-web1.pdf>

Rohde, T., Grut, L., Lippestad, J., Anthun, K. S. (2022). Samhandling mellom kommuner og sykehus. SINTEF.

<https://www.ks.no/contentassets/37b511d26ff94bc9bb200538ecba4430/Samhandling-mellom-kommuner-og-sykehus.pdf>

Rothschild, B. (2023). *Help for the helper: Preventing compassion fatigue and vicarious trauma in an ever-changing world*. W.W Norton & Company, Inc

Råbu, M., Moltu, C., Binder, P., McLeod, J. (2015). How does practicing psychotherapy affect the personal life of the therapist? A qualitative inquiry of senior therapist's experiences. 737-749.

<https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1065354>

Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>

Stuvland, R. Senter for stress og traumepsykologi, hentet 20.02.24

[Stuvland, Rune - Kollegastøtte.pdf](#)

Tehrani, N. (2007). The cost of caring-the impact of secondary trauma on assumptions, values and beliefs. *Counselling Psychology Quarterly*.

<https://doi.org/10.1080/09515070701690069>

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse* (4.utg) Fagbokforlaget.

Thomassen, M (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis*. Gyldendal akademisk.

Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Universitetet i Oslo. (2017, 20.03.2023 kl 20:38). Nettskjema-diktafon mobilapp. Hentet 15. februar 2024

<https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/bestill/>

Universitetet i Oslo. (2020, 03.11.21 kl. 20:39). Nettskjema-bilde-appen. Retrieved 15. februar 2024.

<https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/bestill/>

Veileder, sammen om mestring IS:2076

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

Veileder IS 1332 Psykiskhelsearbeid for voksne i kommunene.

<https://jusboka.no/wp-content/uploads/2016/01/IS-1332-Psykisk-helsearbeid-for-voksne-i-kommunene.pdf>

Universitetet i Oslo. (2017, 20.03.2023 kl 20:38). Nettskjema-diktafon mobilapp. Universitetet i Oslo. Retrieved 15.02.2024

<https://www.uio.no/tjenester/it/admapp/nettskjema/hjelp/diktafon.html>

Universitetet i Oslo. (2020, 03.11.21 kl. 20:39). Nettskjema-bilde-appen. Universitetet i Oslo. Retrieved 15.02.2024

<https://www.uio.no/tjenester/it/admapp/nettskjema/hjelp/fortroligedata-bilde.html>

Vedlegg

Vedlegg 1: NSD sin vurdering

Vedlegg 2: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt og Samtykkeerklæring


Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 1: NSD sin vurdering

[Meldeskjema](#) / [Psykisk helsearbeideres egenerfaringer med sekundærtraumatisering og omsorgstrø...](#) / [Vurdering](#)

Vurdering

 Skriv ut

 01.11.2022 ▾

Referansenummer

391727

Type

Standard

Dato

01.11.2022

Prosjekttittel

Psykisk helsearbeideres egenerfaringer med sekundærtraumatisering og omsorgstrøtthet

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Innlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Prosjektansvarlig

Tore Bonsaksen

Student

Tanja-Helén Michelsen Zakariassen

Prosjektperiode

01.11.2022 - 31.05.2024

Kategorier personopplysninger

Alminnelige


Særlige

Rettslig grunnlag

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

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

Behandlingen av personopplysningene kan starte så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det rettslige grunnlaget gjelder til 31.05.2024.

[Meldeskjema](#) 

Kommentar

OM VURDERINGEN

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

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om helse frem til 31.05.2024.

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.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

Behandlingen av særlige kategorier av personopplysninger er basert på uttrykkelig samtykke fra den registrerte, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a og art. 9 nr. 2 a.

TAUSHETSPLIKT

Deltagerne i prosjektet har taushetsplikt. Intervjuene må gjennomføres uten at det fremkommer opplysninger som kan identifisere pasienter.

PERSONVERNPRINSIPPER

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

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos oss: Lene Chr. M. Brandt

Lykke til med prosjektet!

Vil du delta i forskningsprosjektet

Hvilke erfaringer har psykisk helsearbeidere som jobber i kommunehelsetjenesten med sekundærtraumatisering og omsorgstrøtthet.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se hva psykisk helsearbeidere gjør for å forebygge sekundærtraumatisering og omsorgstrøtthet i Kommunehelsetjenesten. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Jeg ønsker å intervju psykisk helsearbeidere som enten er sykepleiere eller vernepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid, som er ansatt i kommunehelsetjenesten og som jobber alene 1:1 en til en med klienter i kommunehelsetjenesten/førstelinjetjenesten.

Målet med prosjektet er å undersøke hvordan de opplever det å arbeide med aleneansvar for sine brukere som psykisk helsearbeider. Ved hjelp av intervju i fokusgrupper, som spisser seg mot psykisk helsearbeidernes egne erfaringer og opplevelser knyttet mot pasientgruppen de arbeider med, håper jeg å kunne øke kunnskapsgrunnlaget om mestringsstrategier og hva psykisk helsearbeidere gjør for å beskytte seg selv både før og etter samtaler med klienter som er psykisk syke og har vanskelige historier. Jeg ønsker å finne ut hva disse historiene gjør med psykisk helsearbeidere, og hvordan det blir håndtert av ledelsen.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for helse- og sykepleievitenskap – Høyskolen i Innlandet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

På bakgrunn av din profesjon som sykepleier eller vernepleier med videreutdanning, ønsker jeg å vite mer om hvordan du opplever deg i samspill med pasienter som er psykisk syke, og hvilke erfaringer du har gjort deg i arbeid med psykisk syke i forhold til forebygging av sekundærtraumatisering og omsorgstrøtthet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta blir du invitert med på et dybdeintervju som vil å ta ca. 1 time. Intervjuguiden vil ikke bli delt ut på forhånd, men vil omhandle erfaringer med sekundærtraumatisering og omsorgstrøtthet, hvordan det er tilrettelagt på arbeidssted og hvordan du ivaretar deg selv. Intervjuet blir tatt opp på lydbånd og blir senere transkribert. Intervjuet blir anonymisert og vil ikke kunne knyttes opp mot deg.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det er kun jeg som intervjuer som får tilgang til din informasjon
- Ingen andre vil kunne få tilgang til dataene fra intervjuet. Intervjues lydopptak vil transkriberes ut i word/office 365 og benytter kun PC, lagringen vil skje på høyskolens nettverk, sammen med samtykke.
- Hvis du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til: - Innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg - Å få rettet personopplysningene om deg - Å få utlevert en kopi av dine personopplysninger - Å sende en klage til personvernombudet eller datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet skal etter planen avsluttes [02.05.2024]. Personopplysninger slettes/ makuleres etter bestått eksamen. Ved interessante funn kan det tenkes at prosjektet vil ende opp med en kort artikkel i et tidsskrift.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra HINN har Personverntjenester i Sikt vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Tanja-Helén Michelsen Zakariassen, Mastergradstudent ved høyskolen i Innlandet: tlf 41442703
- Sigrid Helene Kjørven Haug (Emneansvarlig)- Fakultet for helse og sosialvitenskap v/HINN
- Tore Bonsaksen (Prosjektansvarlig)-tore.bonsaksen@inn.no
- Vårt personvernombud: Anne Sofie Lofthus – Anne. Lofthus@inn.no

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Tore Bonsaksen
(Forsker/veileder)

Tanja-Helén M. Zakariassen

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*sett inn tittel*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i dybdeintervju
- å delta i

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Intervjuguide

Spørsmålene som er understreket er hovedspørsmål. Spørsmålene som står ved innrykk under hovedspørsmål er tilleggsspørsmål, dersom det ikke besvares av hovedspørsmål.

Prosjektets tittel: *Psykisk helsearbeidernes egenerfaring med sekundærtraumatisering og omsorgstrøtthet i kommunehelsetjenesten.*

Problemstilling: Hvilke egenerfaringer har psykisk helsearbeidere med sekundærtraumatisering og omsorgstrøtthet i kommunehelsetjenesten?

Student: Tanja-Helén Michelsen Zakariassen

Veiledende intervjuguide for dybdeintervju desember 2022

“Temaet i dag er erfaring med sekundærtraumatisering og omsorgstrøtthet blant psykisk helsearbeidere i kommunehelsetjenesten –altså erfaringer du har som psykisk helsearbeidere med å arbeide med psykisk syke en til en, arbeidsstedets tilrettelegging og hva du gjøre for å ivareta deg selv i arbeidshverdagen.

Spørsmål til Intervju

Hvor gammel er du?

Når tok du videreutdanningen din?

Hvorfor ville du bli Spesial sykepleier eller vernepleier?

- Omsorg
- Hjelp?

Hvor jobber du og hvor lenge har du vært i din nåværende jobb?

Kan du beskrive arbeidsplassen din og hva du gjør?

Erfaring med å jobbe med psykisk syke brukere en til en

Hva motiverer deg til å jobbe med psykisk syke brukere?

- Hjelp
- Vise omsorg
- Bruke fagkompetanse

Hvilke diagnoser/ problematikker kan være spesielt utfordrende å jobbe med?

- Hvorfor er det utfordrende?

Hvor mange samtaler med brukere kan du ha på en dag?

- Er det mye?
- Er det lite?

Har du en historie om en situasjon som har gjort inntrykk på deg og du har tenkt på i ettertid?

- I slike situasjoner, hvordan bearbeider du dem?
- Hvordan er din opplevelse av å høre på vanskelige historier hver dag?
- Hva kan være en vanskelig hendelse for deg?

Har du et eksempel på at du har gruet deg eller vegret deg for å snakke med brukeren din fordi samtalen kan bli vanskelig og utfordrende?

- Hva skjedde da?

Hvordan kjenner du det i kroppen?

Hvordan løser du det når du opplever en vanskelig hendelse eller hører en vanskelig historie?

Husker du et tilfelle der du ikke klarte å legge fra deg en vanskelig hendelse eller samtale på jobb?

- Hva skjedde da?

Har du noen gang opplevd at historiene du hører har kommet til deg i drømmer eller minner eller flashbacks?

Hva er dine største faglige styrker som du vil fremheve som spesial sykepleier eller vernepleier i møte med psykisk syke brukere og deres vanskelige historier?

- Kompetanse
- Helseforståelse
- Medisinform forståelse
- Allianse
- Metoder

Jeg vil nå gå over til å snakke om:

Tema: Arbeidsplassen/ledere og ivaretagelse

Snakker dere på arbeidsplassen om hvordan disse vanskelige historier dere hører fra psykisk syke klienter, kan påvirke dere som helsepersonell?

- Hvem snakker du med om det?
- Ledere?
- Kollegaer?

Hvilke ressurser har arbeidsplassen til å legge til rette for å samle...støtte deg etter en vanskelig samtale eller krevende situasjon i arbeidshverdagen?

- Har du en historie eller situasjon du vil fortelle om?
- profesjonell veiledning?
- debriefing?
- Kollegaveiledning?
- Er dette bra nok?
- Trenger du mer tilrettelegging?

Har du noen teknikker for å hente deg inn hvis du har opplevd en utfordrende hendelse/samtale på jobb?

- Hvor ofte kan det skje at du bruker deg av disse teknikkene?
- Hvor har du lært disse teknikkene?
- Når du har gjort det - føler du deg da rustet til å gå inn i den samme situasjonen igjen?

Hvordan ivaretar du deg selv i din arbeidshverdag både på jobb og privat?

Lærte du noe på grunnutdanningen om ivaretagelse av deg selv som helsepersonell når du opplever vanskelige situasjoner relatert til pasientbehandling?

Hvordan opplever du at kommunene skal ha den primære oppfølgingen og ikke spesialisthelsetjenesten?

Er det noe du tenker enheten din mangler og skulle ha tilrettelagt for ivaretagelse av deg som psykiskehelsearbeider?

Litt oppsummering: etter det vi har snakket om, hvilke tanker og holdninger har du til sekundærtraumatisering og omsorgstrøtthet i din arbeidshverdag?

Er det noe vi ikke har snakket om og som du syntes vi burde snakke om i forhold til dette temaet?

Avslutt med å takke for intervjuet: **Stopp innspilling**