



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

***Hvilke faktorer har betydning for å forebygge sekundærtraumatisering for helsepersonell som arbeider med traumebevisst omsorg i spesialisthelsetjenesten?***

Julie Karoline Viken

Masteroppgave i helsefag - retning psykisk helse. Juni 2020



## Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	4
Abstract .....	6
1 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling.....	2
1.2 Hensikten med prosjektet og forskningsspørsmål .....	3
1.3 Begrepsavklaring .....	4
1.3.1 Hva gjør jobben med oss? .....	4
1.3.2 Forståelse om tilknytning og relasjon i arbeid med traume .....	7
1.3.3 Medfølelsenes pris.....	7
1.3.4 Selvivaretakelse.....	7
1.4 Litteratursøk og tidligere forskning.....	8
1.4.1 Helsepersonell som risikogruppe .....	9
1.4.2 Organisatoriske faktorer som bidrar til somatiske utfordringer hos terapeuten .	10
1.5 Oppsummering av tidligere forskning.....	11
2 Metodologi og metode .....	12
2.1 Fenomenologisk- hermeneutisk inspirert tilnærming.....	12
2.2 Prosjektets forskningsdesign .....	13
2.2.1 Kvalitativ metode .....	13
2.3 Forskningsmetode.....	13
2.3.1 Utvalg og rekruttering .....	13
2.3.2 Pilotintervju.....	15
2.3.3 Intervju .....	15
2.3.4 Ethiske overveielser .....	16
2.3.5 Transkripsjonen .....	17
2.4 Analysemetode .....	18
2.5 Metodiske overveielser.....	20

2.5.1	Avklaring av forskerrollen .....	20
2.5.2	Vurdering av prosjektets validitet og reliabilitet.....	21
3	Resultat.....	23
3.1	Psykososialt arbeidsmiljø .....	23
3.1.1	Uformell kollegastøtte.....	23
3.1.2	Forebyggende tiltak på arbeidsplassen.....	26
3.2	Selvivaretakelse .....	27
3.2.1	Strategier for selvivaretakelse i arbeidstida .....	28
3.2.2	Strategier for selvivaretakelse på fritida.....	30
3.3	Å finne mening i arbeidet .....	31
4	Diskusjon.....	35
4.1	Metode diskusjon.....	35
4.2	Psykososialt arbeidsmiljø .....	38
4.2.1	Uformell kollegastøtte.....	38
4.2.2	Forebyggende tiltak på arbeidsplassen.....	42
4.3	Selvivaretakelse .....	45
4.3.1	Selvivaretakelse i arbeidstida .....	46
4.3.2	Selvivaretakelse på fritida .....	52
4.4	Å finne mening i arbeidet .....	54
5	Oppsummering .....	59
	Referanseliste .....	62
	Vedlegg 1 .....	64
	Vedlegg 2 .....	66
	Vedlegg 3 .....	68
	Tabell 1- Søk i databaser .....	9
	Figur 1- Per Isdals figur .....	6
	Figur 2- Flytskjema / oversikt over diskusjon .....	35

# Sammendrag

**Forfatter:** Julie Karoline Viken

**Tittel:** «Hvilke faktorer har betydning for å forebygge sekundærtraumatisering for helsepersonell som arbeider med traumebevisst omsorg i spesialisthelsetjenesten?»

**Bakgrunn og formål:** Som empatiske terapeuter er vi sårbare i møte med traumatiserte klienter. Relasjonene som skapes mellom helsepersonell og klienter gjør at terapeuten kan kjenne på de reaksjonene som traumepasienter vanligvis kan ha. Emosjonelle tilstander som sinne, tristhet og fortvilelse er vanlige reaksjoner som kan overføres fra pasient til terapeut. Det er hensiktsmessig for terapeuten å vite hvordan disse følelsene bør håndteres. På denne måten er terapeuten, med utgangspunkt i denne kunnskapen, bevisst muligheten for en slik overføring og kan ved hjelp av ulike strategier holde ut i sitt arbeid med traumatiserte pasienter. Formålet med prosjektet er å avdekke hvilke forebyggende faktorer helsepersonell har for sekundærtraumatisering.

**Metode:** Fire terapeuter fra to døgnposter som arbeider ut ifra traumebevisst omsorg i Spesialisthelsetjenesten deler sine opplevelser og erfaringer i arbeid med traumatiserte pasienter. To vernepleiere og to sykepleiere blir intervjuet én og én ut ifra et semistrukturert dybdeintervju, og datamaterialet transkriberes og analyseres ved bruk av Malteruds systematiske tekstkondensering. For å forstå de felles erfaringer i datamaterialet har jeg brukt en fenomenologisk- hermeneutisk inspirert tilnærming.

**Resultater:** Gjennom analysearbeidet ble tre kategorier presentert som forebyggende faktorer for sekundærtraumatisering. Deltakerne presenterte betydningsfulle faktorer både på jobb og på fritida. Disse faktorene er delt inn i tre ulike kategorier. De tre kategoriene er presentert i prosjektet som: *«psykososialt arbeidsmiljø»*, *«strategi for selvivaretagelse»* og *«å finne mening i arbeidet»*.

**Konklusjon:** Å ha en bevissthet rundt hvordan terapeuter kan bli påvirket i sitt arbeid, virker å være betydningsfullt for å forstå hvordan et støttende arbeidsmiljø er forebyggende for helsepersonell. I tillegg til et støttende arbeidsmiljø, har helsepersonell behov for å ivareta seg selv. Det presenteres strategier for egenomsorg, både bevisste og ubevisste. Helsepersonell som arbeider med belastende materiale hos pasienter, forsøker å finne en mening med arbeidet slik at det blir lettere å arbeide i et slikt belastende miljø over tid. Å lete etter positiv

vekst hos pasienter virker å være betydningsfullt for den ansatte. En slik vekts kan vise seg gjennom «lysglimt» hos pasienter, og kan gi terapeuten en stor glede og mestringsfølelse i en hverdag hvor de må forholde seg til pasientenes traumatiske historier.

**Nøkkelord:** sekundærtraumatisering, vikarierende traumatisering, utbrenthet, compassion-fatigue, helsepersonell, kollegastøtte, selvivaretagelse, traumebevisst omsorg, traume pasienter, kvalitativ metode, semistrukturert intervju, fenomenologisk- hermeneutisk inspirert metodologi.

# Abstract

**Author:** Julie Karoline Viken

Title: «What factors are important to prevent secondary traumatic stress in care-workers who work with trauma-informed care?»

**Background:** Care-workers and health personnel are vulnerable concerning traumatized clients because of their empathic approach to their clients. Emotions like anger, sadness, and despair in the clients can affect their therapist. Therapists who know how to handle transmitted reactions like these are more likely to continue their work with traumatized clients. The purpose of this study is to discover what preventive factors health professionals have for secondary trauma.

**Method:** I interviewed four therapists from two different full time care facilities who work with traumatized clients. Those interviewed were two nurses and two social workers (vernepleiere). They were interviewed individually in a semi-structured formed interview, and the data from those interviews were transcribed and analysed by using the systematic text condensing approach designed by Malterud. A phenomenologic-hermeneutic inspired approach has been used to understand the common experiences found throughout the data.

**Results:** By working through the analysis, three different categories were presented as important factors for preventing secondary trauma. The participants did highlight factors in the work environment, by colleagues, through guidance, in their leisure time, and by finding meaning in the daily work with traumatized patients. The three main categories are presented in this project as: «Psycho Social work environment», «Strategies for self-care» and «To find the work meaningful».

**Conclusion:** Having an awareness of how therapists can be affected in their work seems to be important in understanding how a supportive work environment is preventative for health professionals. Health care professionals need to look after themselves, and strategies for self-care are presented that are both conscious and unconscious. Health professionals who work with stressful material in patients are trying to find some meaning in the work to make it easier to endure for a long time. Looking for positive growth, and rays of light in the patient, seems to be important for the employee and makes up for heavy patient cases.

**Key-words:** Secondary trauma, vicarious trauma, burnout, compassion-fatigue, health personnel, colleague support, self-care skills, trauma-informed care, trauma patients, qualitative method, clinicians, therapists, semi-structured interview, phenomenological hermeneutic inspired methodology

## Forord

Forord er en fin mulighet til å takke de som har støttet meg og hjulpet meg underveis med å gjennomføre denne drømmen. Jeg vil rette en stor takk til de fire deltakerne i forskningsprosjektet. Jeg er takknemlig for at dere har delt deler av deres arbeidsliv og privatliv med meg. Uten deres erfaringer og opplevelser ville det ikke vært mulig å gjennomføre dette prosjektet.

Jeg vil takke min arbeidsgiver, Stendi AS, som har sett betydninga av økt kompetanse i bedriften. Uten tilretteleggingen for deltakelse på studiesamlinger og mulighet for å ta to måneders studiepermisjon, ville det ikke vært mulig for meg å gjennomføre denne videreutdanningen på dette tidspunktet.

Deretter vil jeg rette en stor takk til veilederen min gjennom prosjektet, Henriette Riley. Uten din presise og gode veiledning underveis i prosjektet, ville det vært vanskelig å levere en slik informativ tekst med nytte for fagfeltet. Jeg hadde ikke klart dette alene. Du har inspirert meg og motivert meg til å gjøre dette på en god nok måte, slik at jeg kan være stolt over resultatet.

Til dere som underveis i skrivingen har vært gode og viktige støttespillere. Dere har heiet på meg og motivert meg! Dere har også hjulpet meg med å se prosjektet fra nye perspektiver. Dere har hjulpet meg med gjennomlesing i sluttfasen, og gitt meg tilbakemeldinger for at prosjektet skulle ha et godt og forståelig språk. En stor takk til Camilla Rasmussen, Bente Viken, Oda Stine Viken, Tatiana, Linda Charlotte Berntsen, Jørgen Westgren, Turid Davidsen, Carrie og Johanne Viken. Dere alle er verdt å nevne for å vise hvor stor pris jeg setter på hjelpen dere har gitt meg!

Takk til nære og kjære i min store familie for all omsorg og ikke minst boplass på studiestedet underveis i prosjektet. Til tross for en selvcentrert periode preget av egoistiske valg og prioriteringer, har dere støttet meg og ikke gått lei av å være vitne til min emosjonelle berg- og dalbane. Alle middagsinvitasjoner, kaker og bakst levert på døren og snømåking gjennom denne lange vinteren har vært til stor hjelp.

Helt til slutt vil jeg takke mine 11 tantebarn som sprer glede, energi og håp. Dere har vært til større støtte enn dere selv forstår.

Elvelund, 07.06.2020. Julie Karoline Viken



# 1 Innledning

*«There is a cost to caring. Professionals who listen to client's stories of fear, pain and suffering may feel the similar fear, because they care. Sometimes we feel we are losing our own sense of self to the clients we serve» (Figley, 1995: 1).*

I arbeid med mennesker er omsorg et bærende element. Som helsepersonell yter en omsorg for pasienter og klienter som er i en sårbar posisjon. Omsorg i form av mat og stell. Omsorg i å lytte og i å ta imot. Omsorg i aktiviteter som skaper en meningsfylt hverdag. Omsorg er totalt sett et viktig aspekt i jobben hvor samhandling med mennesker står i fokus. Litteraturen beskriver at når helsepersonell blir opptatte av å gjøre en god jobb, kan de havne i en omsorgssyklus uten å restituere seg tilstrekkelig eller i det hele tatt (Haavik & Toven, 2020: 51).

I løpet av de siste tre tiår har tematikken om sårbarhet hos helsepersonell fått økt oppmerksomhet i både faglitteratur og forskning. Det forskes stadig på hvordan helsepersonell som mottakere av pasientenes historier selv kan bli berørte. Figley (1995) var tidlig ute og brukte *sekundærtraumatisk stress* som begrep på banen blant terapeuter på midten av 90-tallet. Det er siden da blitt gjort en rekke studier på helsepersonell i samhandling med traumepasienter, og hvordan helsepersonell kan oppleve å bli sekundærtraumatisert. Som terapeuter blir en vitne til alvorlige livshistorier som bunnes i for eksempel misbruk, tap, sorg, vold og omsorgssvikt.

Sekundærtraumatisering er beskrevet som en naturlig reaksjon på voldsomme situasjoner hjelperen får gjenfortalt av klienten, og betegner ikke det aktuelle som en svakhet i hjelperen dersom en skulle komme til å oppleve sekundærtraumatisering (Haavik & Toven, 2020: 54). Over tid kan sekundærtraumatiseringen bli både fysisk og psykisk belastende for terapeuten selv og kan føre til at vedkommende opplever de samme symptomene som ligger nært opp til posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (Bride, 2007), dette gjelder i særlig grad for ansatte som jobber tett på pasienten. Videre finner man at risikoen for at helsepersonell skal kunne utvikle egne psykiske plager blir større dersom man arbeider med klienters smertefulle historie over tid, og spesielt i kasuser hvor det ikke lengre finnes håp om at noe skal bli bedre (Haavik & Toven, 2020: 55).

Terapeuter kan også bli utsatt for belastninger i samhandling med pasienter. Dette skjer ved å lytte til klienters historie med tidligere suicidforsøk, voldshistorier, trusler, pasientens

opplevde krenkelser, selvskading eller opplevd avvisning (Isdal, 2017: 64). Bang mener at alle hjelpere er det viktigste instrumentet i hjelperyrket, og derfor er det viktig å ha kjennskap til- og bevissthet rundt egen sårbarhet og styrker (gjengitt i Isdal 2017: 76).

Når en forstår andres problemer og utfordringer kan terapeuten skimte lignende realiteter i eget liv, evnen til å forholde seg til egne følelser vil få betydning for hvordan terapeuten klarer å forholde seg til andres liv og skjebne (Binder, 2014: 21). Mange profesjoner er i risiko til å oppleve vikarierende traumatisering i arbeid med traumepasienter der en blir eksponert for grafiske bilder og historier, og studier har funnet at ca. 38% av helsepersonell erfarer moderat til alvorlig grad av sekundærtraumatisk stress (Cornille & Meyers, 1999; Dalton, 2001, gjengitt i Bell, Kulkarni, & Dalton, 2003b)

Ifølge Statens arbeidsmiljøinstitutt er vernepleiere, pleie- og omsorgsarbeidere og sykepleiere blant de som utsettes for mest vold i jobben sin (Haavik & Toven, 2020: 29). I tillegg sliter denne yrkesgruppa med 38% mer sykemelding enn andre yrker (Haavik & Toven, 2020: 59). For å kunne iverksette tiltak, må en vite hva slags problematikk de møter, og hva helsepersonell anser som forebyggende faktorer for å ivareta egen helse og omsorg for seg selv.

## **1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling**

Under masterstudiet hadde jeg praksis på en døgnpost i spesialisthelsetjenesten i 10 uker. I denne perioden fikk jeg kjennskap til pasienter som hadde traumelidelser. Pasientene var over en lengre tid på døgnposten på grunn av at de på det tidspunktet i sykdommen ikke kunne motta behandling på traumespesifikke klinikker. Pasientene måtte derfor være på denne døgnposten over lengre tid. I praksisperioden la jeg merke til at en del av fritiden min ble brukt til å tenke på pasientenes emosjonelle tilstand, livshendelser, grusomme opplevelser og forutsetning for videre behandling. Videre ble jeg interessert i hvordan de som daglig står i dette arbeidet opplever denne jobben, og om det over tid ville bli nødvendig for de ansatte å beskytte seg selv mot andres historier og opplevelser.

I 2016 var jeg ferdig utdannet vernepleier, og har siden da hatt interesse for å øke egen kompetanse som yrkesutøvende helsepersonell i arbeid med mennesker. I 2017 begynte jeg studiet «Master i helsefag- retning psykisk helse» og i 2019 startet jeg på videreutdanningen «Traumebehandling og krisehåndtering», begge ved universitetet i Tromsø. På studiene har det vært fokus på å skape en forståelse for traumearbeid- betydning for

sekundærtraumatisering for terapeuten samt pasientens egne opplevelse av det vedkommende har blitt utsatt for.

Gjennom nyvunnet kunnskap rundt traumearbeid gjennom tre år, har min interesse og nysgjerrighet økt rundt dette feltet. Gjennom å skrive en masteroppgave fikk jeg muligheten til å ytterligere øke både min og andres forståelse rundt traumearbeid. I en alder av 26 år har jeg et langt arbeidsliv foran meg. Økt forståelse, kompetanse og kunnskap om hvordan vi som helsepersonell er sårbar i samhandling med pasienter tar jeg med meg videre i arbeidet som avdelingsleder, personalansvarlig, som venn, ansatt og kollega.

## **1.2 Hensikten med prosjektet og forskningsspørsmål**

Dette prosjektet er basert på en kvalitativ tilnærming for å få tilgang til erfaringer og opplevelser fra helsepersonell i arbeid med traumepasienter.

For å samle inn kunnskap fra praksisfeltet har jeg gjennomført fire intervjuer med ansatte på døgneheter i spesialisthelsetjenesten. Deltakerne er valgt på bakgrunn av at de arbeider på enheter som jobber ut ifra traumebevisst omsorg (TBO) som forståelsesramme. Hensikten med prosjektet er å få innsikt i hvilke faktorer de ansatte anser som viktig for å forebygge sekundærtraumatisering.

Med økt oppmerksomhet rundt betydningen av forebygging når det gjelder sekundærtraumatisering, kan det bli lettere for helsepersonell å be om, og å motta, veiledning fra kolleger på arbeidsplassen. Det er også med hensikt å formidle hvorfor selvivaretagelse er viktig for terapeuter, da deres møter med reaksjoner hos pasienter kan overføres direkte til den ansatte. Det er av betydning å vite noe om hvilke konsekvenser det kan ha for miljøterapeuter å stå i et slikt arbeid over tid, og hvilke tiltak som kan igangsettes på døgnposten for å ivareta sine ansatte. Det kommer også frem hvilke plikter arbeidsplassen har for å ivareta sine ansatte ifølge arbeidsmiljøloven.

Prosjektet har følgende problemstilling:

***Hvilke faktorer har betydning for å forebygge sekundærtraumatisering for helsepersonell som arbeider med traumebevisst omsorg på døgneheter i spesialisthelsetjenesten?***

Fokuset i prosjektet er på hvilke strategier deltakerne har, bevisste eller ubevisste, for å ivareta seg selv i arbeid med traumepasienter. Intervjuene omhandler tema om hva deltakerne

anser som viktige faktorer for å forebygge sekundærtraumatisering. Dette er faktorer som belyser både arbeidstid og fritid, samt behovet for organisatoriske tilrettelegginger og rammebetingelser. Et ønske for prosjektet er å rette fokus mot helseforebyggende tiltak med positiv gevinst for helsepersonell. Prosjektet kan bidra til å gi en økt forståelse for hvordan organisatoriske og individuelle strategier kan være forebyggende faktorer for sekundærtraumatisering.

### **1.3 Begrepsavklaring**

For å gi leseren en forutsetning for å forstå valg av begreper i ulike kontekster videre i lesingen gjøres en presentasjon av begreper her.

Det anvendes flere begreper for hjelperen underveis i lesingen; helsepersonell/ miljøterapeuter/ terapeuter/ miljøarbeidere. Årsaken er at det er flere ulike profesjoner og yrkesgrupper som jobber på døgnpostene. Prosjektet tar utgangspunkt i vernepleierne og sykepleierens erfaring for datainnsamling, men deres erfaring tenkes å være overførbart til flere yrkesgrupper i samhandling med traumepasienter.

#### **1.3.1 Hva gjør jobben med oss?**

Underveis i prosjektet brukes det ulike begreper for hvordan tilstander helsepersonell kan oppleve i arbeid med traume. For å vite forskjellen på tilstander hos helsepersonell og for å vite hvor en slik tilstand kan ha sitt opphav, må vi forstå hva som inngår i de ulike begrepene når de anvendes videre i prosjektet.

Figley, C.R. forklarer om at det ligger en kostnad for profesjonelle i å ha omsorg for andre (Figley, 1995: 3). I litteraturen er det i hovedsak fire begreper som er sentrale i beskrivelsen av hvordan terapeuten blir påvirket i sitt arbeid med traumepasienter. Å høre om klienters smertefulle og ofte grafiske opplevelser med seksuell og fysisk misbruk, tortur, ydmykelse, eller smertefull død kan overføre stress til den som lytter, og blir kalt utbrenthet, compassion fatigue, vikarierende traumatisering eller sekundær traumatisering (Baum, 2016). De ulike begrepene presenterer ulike tilstander hos helsepersonell ut ifra opplevelse og faktiske hendelser i samhandling med pasienten. *Tilstander som vikarierende traumatisering, omsorgstretthet og utbrenthet oppstår gjerne gradvis over tid. Sekundærtraumatisering kan oppstå etter ett enkelt tilfelle eller etter å ha blitt eksponert for flere historier* (Haavik & Toven, 2020: 54-55).

*Sekundærtraumatisering* er et symptom orientert begrep som sier noe om effekten av å møte traumatiserte klienter der symptomene har et karakteristisk mønster som inkluderer overveldelse og unngåelse (Isdal, 2017: 146). Figley (1995) skriver at ett av fire punkter for risiko for sekundærtraumatisering er empati, da dette er en ressurs mange ansatte bruker for å hjelpe den traumatiserte (gjengitt i Beck, 2011). Gjennom emosjonell innvirkning er traumatiske historier smittsomme og kan overføres (Figley, 1995; Pearlman & Saakvitne, 1995a; Stamm, 1995 gjengitt i Bell et al., 2003b). Begrepet *sekundærtraumatisering* kan ikke brukes i kontekster der en ikke blir eksponert for svært sterke opplevelser hos traumatiserte klienter (Isdal, 2017: 146).

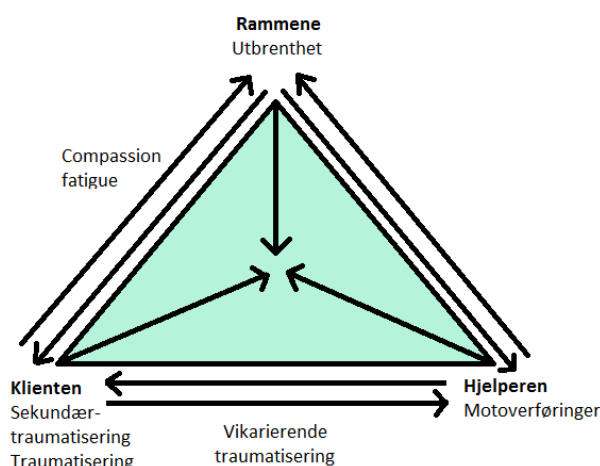
*Vikarierende traumatisering* er et samspillsorientert begrep som forklarer noe om hvordan vi danner relasjoner til dem vi skal hjelpe, og hvordan denne relasjonen gjør at vi tar opp i oss andres lidelse (Isdal, 2017: 146). Pearlman & Saakvitne, gjengitt i Devilly, Wright, and Varker (2009) skriver at kjente faktorer for vikarierende traumatisering er; å bli eksponert for traumepasienter, arbeidet med traume, terapeutens empati, og en historie med egenopplevd traume. Vikarierende traumatisering har også blitt omtalt som endringen i det indre hos terapeuten som oppstår som et resultat av empatisk engasjement med pasientens traumehistorier (Pearlman & Saakvitne, 1995a, p. 31, gjengitt Bell, Kulkarni, & Dalton, 2003a).

*Utbrenthet* er et tilstands begrep som forklarer en reaksjon på det å ikke kunne utføre jobben og fokuserer på en overbelastning som går over tid; rammebetingelser som dårlig tid, dårlig ledelse, mangelfull opplæring og ensidig arbeid (Isdal, 2017: 146-147). Bell (2003) skriver at det er en sammenheng personlige og organisatoriske faktorer for utbrenthet, det samme gjelder vikarierende traumatisering (Bell et al., 2003b).

Maslach (1993) beskriver at utbrenthet utvikles i tre dimensjoner:

- a) Emosjonell utmattelse
- b) Depersonalisering; negativ holdning mot klienter, en personlig løsrivelse eller tap av idealer
- c) Personlig redusert oppnåelse og redusert forpliktelse til profesjon (Bell et al., 2003b).

*Compassion fatigue* beskriver den gradvise påvirkningen og slitasjen fra det å jobbe med mennesker og lidelse og blir sett på som hjelperens unike kombinasjon av sekundærtraumatisering og utbrenthet (Isdal, 2017: 146).



Figur 1 (Isdal, 2017: 148).

Isdal (2017) presenterer denne figuren for å skape forståelse rundt rett begrepsbruk og grunnlag for symptombelastning (Isdal, 2017: 148). Bildet er laget ut ifra den opprinnelige figuren.

- Traumatisering og sekundærtraumatisering handler om hvordan klientene oppfører seg.
- Utbrenthet kjennetegner arbeidsrammer som er sykdomsskapende
- Motoverføringer har fokus på sider hos hjelperen; mestring og historie.
- Vikarierende traumatisering ligger mellom hjelperen og klienten, men nærmest klienten. *I de fleste tilfeller er det kombinasjonen av de tre faktorene som utgjør grunnlaget for symptombelastning eller for sykdom som følge av arbeidet.*
- Compassion-fatigue ligger mellom klienten og rammene, men nærmest klienten (Isdal, 2017: 148).

Videre er *compassion fatigue* preget av utmattelse, sinne og irritabilitet, negativ mestringsatferd inkludert alkoholmisbruk, nedsatt evne til å føle sympati og empati, en redusert følelse av glede eller tilfredshet med arbeid, økt fravær og nedsatt evne til å ta beslutninger og ta vare på pasienter (Cocker & Joss, 2016). Når omsorg skal gis under høyt arbeidspress, liten grad av kontroll over egne arbeidsoppgaver og under ens egen opplevde standard for godt arbeid, kan omsorgstretthet oppstå som en reaksjon og et forsvar mot det man opplever på jobb (Haavik & Toven, 2020: 51).

### **1.3.2 Forståelse om tilknytning og relasjon i arbeid med traume**

Deltakerne ble valgt på bakgrunn av at de arbeider ut ifra traumebevisst omsorg (TBO) som forståelsesramme på sin døgnpost. Søviknes forklarer at målsettingen med TBO er å sikre at traumepasienter ikke blir utsatt for ytterligere skade eller krenkelsers, og at omsorgssystemet har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse om hvordan den enkeltes forståelse og behov blir møtt (Søviknes, 2016: 3). *Traumebevisste systemer har fokus på at barn, unge og voksne trenger noen som forstår dem i lys av hva de har opplevd, ikke noen som beskriver og plasserer dem* (Ørnes & Solhaug, 2016). Videre skriver Ørnes & Solhaug at det er viktig at både ledere og medarbeidere får avsatt tid til å jobbe med seg selv for å lære å regulere egne følelser (ibid). Solhaug sier at det er krevende å lykkes med traumebevisst praksis, og legger til at fokus på egen sårbarhet, og ønske om å forstå pasienten- som den traumebevisste forståelsen bærer med seg, kan koste fore terapeuten (Ørnes & Solhaug, 2016).

### **1.3.3 Medfølelsenes pris**

Guro Øisestad bruker begreper *sekundærvitalisering*, som følelsene fryd, glede, begeistring og stolthet som hun tar med seg fra møtene med sine klienter (Isdal, 2017: 276). Livet som hjelper har alltid to sider og inneholder både belastninger og berikelser; den ene er hva det koster, det andre er hva det gir (Isdal, 2017: 277).

I 1979 presenterte sosiologen Aaron Antonovsky en mestringsteori som tok utgangspunkt i et helsefremmende perspektiv - den salutogene modellen (Antonovsky, 1996: 13). Han presenterte begrepet «Sense of Coherence» som betyr opplevelse av sammenheng, og innebærer tre komponenter: hvordan vi forstår en situasjon (begripelighet), evne til å mestre den (håndterbarhet) og om vi finner mening i å mestre den (meningsfullhet) (Antonovsky, 1996:15). Det salutogene perspektivet der det fokuseres på det sunne og friske hos pasienten anses som nyttig for alle felter i helsevesenet.

### **1.3.4 Selvivaretakelse**

Det er flere begreper for å ivareta seg selv på i møte med traumearbeid. Begreper for terapeutens behov for å beskytte seg selv er selvhevdelse, selvmedfølelse, selvmedlidenhet, egenomsorg og selvivaretakelse. I prosjektet anvendes *selvivaretakelse* og *egenomsorg*. For at ivaretakelse skal skje trengs det kunnskap og kompetanse om studentivaretakelse, medarbeiderivaretakelse, hverandreivaretakelse og selvivaretakelse (Isdal, 2017: 226).

Saakvitne og Pearlman (1996) presenterer grunnleggende prinsipper for *selvivaretakelse* hos hjelpere i arbeid med traumepasienter som; søvn, hvile, sunt kosthold, trening, ferie, faglig

påfyll, etterutdanning, og tilgang til regelmessig debrifing (Isdal, 2017: 238). De to mest brukte grunnleggende formene for forebygging av belastningslidelser er fysisk trening og mye hvile (ikke minst hvile fra andres følelser, problemer, emosjonell tilstedeværelse og empati) (Isdal, 2017: 239). *Personlig selvivaretagelse er alle de tingene vi selv kan gjøre både i jobbsituasjonen og privatlivet som forebygger belastningslidelser, eller som reduserer den negative effekten av å jobbe med svært krevende ting* (Isdal, 2017: 242).

Prosjektet vil belyse strategier for selvivaretagelse som deltakerne deler i intervjuet. Det viser seg at høy grad av selvmedfølelse har god sammenheng med psykisk helse (Neff, 2011b, Neff og McGehee, 2009, gjengitt i Binder, 2014: 32). I tillegg er mennesker som viser høy grad av selvmedfølelse mindre tilbøyelig til å prøve å undertrykke og unngå vanskelige tanker og følelser (Binder, 2014: 32).

## **1.4 Litteratursøk og tidligere forskning**

I dette kapitlet redegjøres det for forskningsgrunnlaget som dette prosjektet er basert på. Her blir artikler, bøker og tidsskrifter som er mest relevant for å besvare problemstillingen presentert. Mange studier er gjort på terapeuter i samhandling med traumepasienter og presenterer at terapeuter og helsepersonell er sårbare i sitt arbeid med traumatiserte pasienter.

Jeg har valgt å henvise til sidetall i bøker og tidligere forskning for å ikke legge praktiske hindringer i vitenskapelig utvikling og etterprøving (Rekdal, 2009), selv om dette ikke tilhører APA's referansebehandling. For å markere direkte sitat har jeg satt skrifta i kursiv.

Søkene ble utført i tre ulike databaser; PubMed, PsycInfo og Scopus. Referanser fra artikler som kom frem i søket er også blitt brukt i prosjektet.

Til sammen ga søkene i disse databasene etter limits **226** treff. Limits ble satt til: age 18+, språk: english/ norwegian/ swedish, population groups: humans, reviews og/ eller empirisk studie.

Jeg leste igjennom alle overskriftene og ekskluderte de artikler som omhandlet veteraner i traumeterapi, rusarbeid, egne opplevelser med traumatiske episoder- og økt risiko, artikler som omhandlet traume i betydning av slag mot hodet/ kropp.



Følgende tesauruser ble brukt i alle tre databaser:

Tabell 1

Søkeord i PsycInfo, Scopus og PubMed	HELSEARBEIDERE	TRAUME	SELVIVARETAKELSE
	Mental health personnel/	Emotional trauma/	Self-care skills/
	Clinicians/	Trauma treatment	Self-concept/
	Therapists/	Complex PTSD/	Compassion fatigue/
		Posttraumatic stress disorder/	Secondary trauma. Mp.
		Desnons/	Vicarious traumatization. Mp.
		Trauma.mp.	Burnout/
		Trauma survivors	

#### 1.4.1 Helsepersonell som risikogruppe

Bercier and Maynard (2015) fant at helsearbeidere og sosialarbeidere ofte er i stillinger innen helse som går ut på å arbeide med individer som har opplevd traume. Omsorg for de som har opplevd traumer har blitt assosiert med negativt psykologisk, emosjonelt og kognitive effekter av eksponering av å lytte til traumatiske historier fra klienter (Bride, 2007). Dette fenomenet har fått navnet sekundærtraumatisk stress. To begreper, ofte diskutert om hverandre, er compassion fatigue og vikarierende traumatisering. Det er enda mye å lære om hvordan grep en skal ta for å ivareta helsepersonell som opplever disse fenomenene. Det er også mye forskning å hente på dette området når det gjelder arbeidere innen psykisk helse, organisasjonen og deres klienter i sin helhet.

Bride utførte en undersøkelse á en uke i sørstatene i USA, som viste at mange miljøterapeuter som arbeider direkte med traumepasienter er i faresonen for å kjenne på minst ett symptom på PTSD, mens 15,2% kan møte kriterier for diagnosen PTSD (Bride, 2007). Prevalens på PTSD i den generelle populasjonen er tenkt å være 7,8% (Kessler et al., 1995, gjengitt i Bride, 2007).

Deville et al. (2009) utførte en studie i Victoria, Australia på 152 helsepersonell som arbeider med traumepasienter. Resultatet av studien viste at utbrenthet på arbeidsplassen, å være ny i profesjonen, og usikkerhet i egen trygghet på arbeidsplassen førte til stress blant terapeutene.

Forfatteren av studien skriver at det ville vært nyttig å vite noe om hva som forebygger stress, og hva som er beskyttende faktorer for terapeuten.

Hadad & Ben-Sahar (2012) skriver om hvordan traumearbeid kan ha en kroppslig innvirkning på terapeuter i omsorgsykker, som kjennetegner at en er empatisk og imøtekommende. Den empatiske terapeuten åpner opp for indre somatiske påvirkning som gir et traumatisk potensial. Hvis vi ubevisst åpner opp for empati kan det disponere terapeuter for langvarige skader, da empati tenkes å være dypt forankret i menneskets psyke og nevrologiske struktur. Den imøtekommende terapeuten, som er klar over kostnadene og potensielle farer ved å jobbe med traumatisk materiale, kan gjøre et viktig arbeid samtidig som en tar godt vare på seg selv. Terapeuter som arbeider med de som lider av traumer er involvert i svært betydningsfullt arbeid, der de hjelper pasienter med å gjenvinne livet. Derfor er det viktig å rette fokus mot egenomsorg i samhandling med traumepasienter.

Empatisk engasjement gjør imidlertid også terapeuter sårbar med negative behandlinger og organisatoriske faktorer på arbeidsplassen (Sexton 1999, gjengitt i Canfield, 2005: 87)

Linley, Joseph, and Loumidis (2005) Gjorde en undersøkelse på 85 terapeuter i England som målte erfaringer, opplevelse av sammenheng (Sense of Coherence), og positive og negative endringer som et resultat av arbeid med traume. De fant at en større opplevelse av sammenheng ga mindre negative endringer og flere positive endringer hos terapeuten.

#### **1.4.2 Organisatoriske faktorer som bidrar til somatiske utfordringer hos terapeuten**

Kelly (2020) presenterer utbrenthet som tidligere var sett på som et individuelt problem til et yrkesfenomen. Utbrenthet er sammensatt og kommer fra press utenfra til å bry seg om pasienter, organisatoriske rammebetingelser, usunt arbeidsmiljø, dårlig kommunikasjon, stigma mm. Compassion fatigue og utbrenthet er velkjente terminologier de siste tiårene som en beskrivelse av helsetilstanden til helsepersonell.

Bell et al. (2003b) fant i sin studie at det har vært lite fokus på hvordan organisatoriske strukturer kan påvirke vikarierende traumatisering hos personal. Bell (1998, 1999, gjengitt i Bell et.al. 2003) foreslår elementer i arbeidsmiljøet som en forebyggende faktor for vikarierende traumatisering. Følgende kan ha betydning for vikarierende traumatisering: lite støtte fra administrasjon, lite utfordring i profesjonsutøvelse, lav lønn, og utfordringer med å yte hjelp. I artikkelen foreslår forfatteren følgende endringer i organisasjonen: arbeidsmengde,

gruppeveiledning, tilsyn, egen ivaretagelse, og et arbeidsmiljø som forebygger vikarierende traumatisering hos de ansatte.

Cocker and Joss (2016) forsøkte å evaluere compassion-fatigue intervensjoner i helsevesenet. Til tross for bevissthet rundt compassion-fatigue hos utsatte arbeidstakere, avslørte resultatene at det mangler informasjon og bevis på effektive strategier på arbeidsplassen. Det anbefales mer forskning på anerkjente individuelle og organisatoriske risikofaktorer på hvordan man kan beskytte den ansatte (Cocker & Joss, 2016).

Hensel, Ruiz, Finney, and Dewa (2015) har gjort en meta-analyse om risikofaktorer for sekundærtraumatisk stress i arbeid med traumepasienter. Studien fokuserte på ulikt helsepersonell i arbeid med traumatiserte pasienter. Studien sier at utdanning om sekundærtraumatisk stress ikke er nødvendig for å redusere risikoen, men at det er viktig å informere og lære studenter om overførte reaksjoner fra klient materialet (Sexton, 1999, gjengitt i Hensel et al., 2015).

## **1.5 Oppsummering av tidligere forskning**

Ut ifra presentert teori og forskning som grunnlag for problemstillinga vet vi at helsepersonell står i en særposisjon for å bli belastet i sitt arbeid med traumepasienter. Det viser seg at organisatorisk tilrettelegging er en forebyggende faktor for sekundærtraumatisering, compassion-fatigue, vikarierende traumatisering og utbrenthet. I tidligere teori og forskning ble funnet lite om individuelle strategier hos helsepersonell og strategier for selvivaretagelse for forebygging av sekundærtraumatisering. Det vil i dette prosjektet avdekkes hvilke forebyggende tiltak avdelingene har, og hvilke strategier den ansatte har for å forebygge sekundærtraumatisering.

## 2 Metodologi og metode

I dette kapittelet presenteres metodologisk utgangspunkt, forskningsdesign og valg av forskningsmetode som er anvendt for å besvare prosjektets problemstilling. Det redegjøres for fremgangsmåte for datainnsamling, arbeid med utvalg og rekruttering, gjennomføring av intervju og transkripsjon, analyse av datamateriale samt etiske og metodiske overveielser. Det kommer frem hvordan valg av metodisk tilnærming egner seg til å besvare prosjektets problemstilling:

*Hvilke faktorer har betydning for å forebygge sekundærtraumatisering for helsepersonell som arbeidet med traumebevisst omsorg i spesialisthelsetjenesten?*

### 2.1 Fenomenologisk- hermeneutisk inspirert tilnærming

For å kunne forklare og forstå de felles erfaringer deltakerne har i arbeid med traumepasienter, og for å kunne identifisere forebyggende faktorer som har betydning for sekundærtraumatisering, har jeg valgt å bruke en fenomenologisk- hermeneutisk inspirert tilnærming.

Begrepet *fenomenologi* betyr *læren om det som kommer til syne og viser seg* (Thornquist, 2009: 83). Med deltakernes erfaringer om sosial forankring; hverdagslivets tenkning, praksis og samhandling skal jeg komme frem til ny kunnskap (Thornquist, 2009: 88). Det er av betydning at deltakerne deler av sine opplevelser rundt sitt arbeid med traumepasienter under intervjuet. De besitter kunnskapen og erfaringa fra det fenomenet forskninga søker tilgang til (Thornquist, 2009: 85).

*Hermeneutikken* vektlegger også erfaring, men da er erfaringene knyttet sammen med forståelses utvikling og gyldige fortolkninger (Thornquist, 2009: 15). Kunnskapsproduksjon skjer under samspillet i dialogen med deltakerne. Spørsmål og svar som genererer nye spørsmål former ny innsikt i helheten. Å forske er et omfattende arbeid. Det letes konstant etter å gjenkjenne mønster i materialet og kunnskapen utvikles i sammenheng med forskerens perspektiv og blick (Malterud, 2017: 43). Forskeren må hele tiden stille spørsmål til egne fremgangsmåter og konklusjoner som en sentral del av prosessen (Malterud, 2017: 19). På bakgrunn av egne erfaringer gjort i arbeid med traumepasienter vil det som umiddelbart legges merke til være grunnet i forkunnskaper fra eget arbeid. Den bagasjen vi har med oss er med på å bestemme det vi forstår og fortolker (Thornquist, 2009: 142). Forskerens forståelse ligger i grunn for alt vi oppfatter og er en slags motsetning til «tom stirren» (Wormnæs, 1984:

209, gjengitt i Thornquist, 2009: 141). Når vi er klar over vår forutinntatthet, kan teksten få stå i sin *annerledeshet* og den saklige sannhet kan ses opp mot sine egne foroppfatninger (Gadamer & Holm-Hansen, 2010: 306).

## **2.2 Prosjektets forskningsdesign**

Prosjektet tar utgangspunkt i å intervju fire deltakere som arbeider i spesialisthelsetjenesten på døgnposter som anvender traumebevisst omsorg (TBO) som forståelsesramme. Forskeren vil få tilgang til sosiale og kulturelle fenomener slik det oppleves for deltakerne i sin naturlige sammenheng (Malterud, 2017: 36).

### **2.2.1 Kvalitativ metode**

Som metodisk tilnærming er det valgt kvalitative dybdeintervju for å besvare prosjektets problemstilling. Kvalitativ metode søker å gå i dybden for å få innsikt og forståelse for ulike typer fenomener (Tjora, 2017: 24), vi er med andre ord ute etter deltakerens *livsverden*, (Kvale, 1997, gjengitt i Tjora, 2017: 24). Erfaringene skal formidle kunnskap om hvilke faktorer som har betydning for deltakeren for å forebygge sekundærtraumatisering i arbeid med traumepasienter.

## **2.3 Forskningsmetode**

I dette kapitlet gis en beskrivelse av fremgangsmåter og vurdering underveis i prosjektet i arbeidet med å komme frem til datamateriale. For å komme frem til ny kunnskap må en anvende en metode (Dalland, 2012: 112). I prosjektet er dybdeintervju anvendt som metode for datainnsamling, fordi den er egnet for å få tilgang til meninger, holdninger og erfaringer (Tjora, 2017: 114). For å øke forståelsen rundt erfaringene som er gjort i praksisfeltet er systematisk tekstkondensering (STC) anvendt som metode (Malterud, 2017: 97). Metoden tar sikte på å gi en enkel innføring i hvordan analyseprosessen skal gjennomføres på en systematisk måte og kan brukes som empiriske data (Malterud, 2017: 97)

### **2.3.1 Utvalg og rekruttering**

Prosjektet ble meldt inn til Norsk Senter for forskningsdata (NSD) og ble godkjent 02.11.2019 (vedlegg 2). Etter å ha fått godkjenning startet prosessen med å rekruttere deltakere som bakgrunn for datainnsamling. Ved å velge personer som har bestemt kunnskap eller erfaringer om noe, gjør du et strategisk utvalg (Dalland, 2012: 163). Inklusjonskriteriene for å være med i prosjektet var treårig bachelor i vernepleie eller sykepleie. I tillegg måtte deltakerne jobbe på en døgnpost i spesialisthelsetjenesten som arbeider ut ifra traumebevisst omsorg (TBO). Som et utgangspunkt til prosjektet var det ønskelige å kun intervju fire

vernepleiere. Det lot seg ikke gjøre å innhente nok deltakere, og derfor ble sykepleiere også inkludert i prosjektet. Vernepleiere har både en sosial- og helsefaglig kompetanse og sykepleiere har en helsefaglig kompetanse. Begge profesjoner har treårig bachelor med kunnskap om medikamenthåndtering, psykisk helse, psykosomatikk og somatikk for å nevne noen fellesnevnerne. Denne kompetansen anses som viktig i møte med traumatiserte pasienter og deltakerne deler i dette prosjektet viktige erfaringer fra sine døgnposter. I arbeid med rekrutteringen endte studien opp med to vernepleiere og to sykepleiere, to kvinner og to menn som fører til balanse i yrke og kjønn.

Prosjektveileder kontaktet klinikksjef ved et utvalgt sykehus for å få tilgang til avdelinger som arbeidet ut ifra TBO. Det ble deretter opprettet kontakt med enhetsledere tilhørende to ulike døgnposter via e-post. Deretter ble kontaktinformasjon på aktuelle deltakere mottatt, og informasjonsskriv og samtykkeskjema ble sendt til fire deltakere på e-post (vedlegg 3). Mal for informasjonsskriv og samtykkeskjema ble anvendt fra UiT, og i samråd med veileder ble denne tilpasset prosjektet. Informasjonsskrivet var formelt og inneholdt detaljer om forskningsprosjektets rammer for å sørge for ivaretagelse som skaper trygghet hos deltakeren. I kvalitative studier har ofte datainnsamlingen en personlig karakter, der dialogen mellom deltaker og forsker forutsetter gjensidig tillit og respekt (Malterud, 2017: 211). I informasjonsskrivet ble det beskrevet hvordan sensitiv informasjon skulle håndteres og oppbevares under prosjektet og etter prosjektets slutt. Det ble presisert at sensitiv informasjon blir slettet etter prosjektets slutt. Det kommer tydelig frem at deltakerens samtykke kan avbrytes uten grunn, og da uten negative konsekvenser for deltakeren (Tjora, 2017: 47).

Når deltakerne hadde meldt sin interesse for deltakelse ble det avtalt tidspunkt og møtested for å gjennomføre intervju. En uke i forveien for ett av intervjuene var det en deltaker som trakk seg, men vedkommende var behjelpelig med å finne en ny deltaker fra samme avdeling.

Underveis tok jeg en vurdering på om Distriktpsikiatrisk Senter (DPS) kunne inkluderes i dette prosjektet. Dette fordi de er en del av spesialisthelsetjenesten, og hadde vernepleiere og sykepleiere som kunne være aktuelle deltakere til prosjektet. Pasientene på de utvalgte døgnpostene tenkes å ha et høyere symptomtrykk enn pasienter på DPS. I prosjektet kunne det ha blitt en betydelig forskjell i datamaterialet med tanke på symptomtrykk som helsepersonell opplever på de ulike avdelingene fra døgnpost til DPS. Derfor konkluderte jeg med at det ville være hensiktsmessig for prosjektet å intervju to døgnposter som har de

samme betingelsene og som finner sted på samme sykehus, i stedet for å reise ut til distriktene å intervju postene der.

### **2.3.2 Pilotintervju**

Det ble gjennomført et prøveintervju med en psykolog som arbeider på Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling. Intervjuet ble tatt opp med en båndopptaker som var lånt fra UiT. Etter endt intervju slo jeg av båndopptakeren, og vi utvekslet da erfaringer fra intervjuet. Deltakeren opplevde spørsmålene som upresise og dette hadde konsekvenser for samtalens flyt. Det skapte også rom for tolkning av spørsmålene, noe som i et intervju til datainnsamling kunne komme til å skape konsekvenser for kunnskapsutvesklingen. Erfaringer fra pilotintervjuet førte til endringer i intervjuguiden og spørsmålene ble omformulert til intervjuene skulle gjennomføres.

### **2.3.3 Intervju**

Målet med det kvalitative dybdeintervju er å innhente erfaringer fra praksisfeltet om hvilke faktorer som er av betydning for forebygging av sekundærtraumatisering blant helsepersonell. Deltakerne ble intervjuet én og én i løpet av tre uker. Intervjuet var basert på tema som begge parter er opptatte av, og gjennom spørsmål og svar påvirket vi hverandre (Dalland, 2012: 162). Spørsmålene i intervjuguiden ledet oss gjennom intervjuet og gjennom samtalen ble det innhentet ny kunnskap (Dalland, 2012: 167). Spørsmålene i intervjuguiden er utformet slik at deltakerne fikk mulighet til å dele erfaringer fra kulturelle og sosiale systemer på arbeidsplassen. Det var hensiktsmessig for intervjuet å skape en avslappet stemning under samtalen, slik at deltakeren fikk ro til å reflektere over egne meninger (Tjora, 2017: 118). Den semistrukturerte intervjuformen skapte en halvfast struktur (Tjora, 2017: 264), som førte til en friere samtale rundt forhåndsbestemte spesifikke temaer (Tjora, 2017:113). Ved bruk av denne metoden for datagenerering var en ikke fastlåst til en rekkefølge av spørsmål og forskeren kunne i større grad la seg engasjere i det som ble formidlet av deltakeren.

I starten av intervjuet brukte vi tid på å bli litt kjent og til å snakke om dagligdagse tema for å sette i gang en naturlig samtale. Informasjonsskrivet ble oppsummert etterfulgt av innhenting av skriftlig samtykke til deltakelse. Deretter ble deltakeren informert om intervjuguidens oppbygning. Den inneholdt 11 hovedspørsmål samt oppfølgingsspørsmål (vedlegg 1). Spørsmålene var oppdelt i to temaer: *Arbeidssituasjon* og *egne erfaringer i arbeid med traumepasienter*. Hensikten med å dele opp intervjuguiden var å innhente bred erfaring om både det organisatoriske som skjer på arbeidsplassen, og *egne erfaringer* for å gi deltakeren

mulighet til å dele det som for den enkelte var av betydning for forebygging av sekundærtraumatisering.

Etter at båndopptakeren var avslått drakk vi kaffe og evaluerte intervjuet. Deltakerne uttrykte ikke hast med å forlate intervju lokalet på det utvalgte sykehuset. Av den grunn ble det prioritert å bruke tid på evaluering. Selve intervjuene varte i 40-50 minutter. Hele møtet varte ca. 1 time. Med god tid skapes gode forutsetninger for en romslig tidsramme for å la deltakeren reflektere over egne meninger og erfaringer som knyttes til det aktuelle tema (Tjora, 2017: 113). Underveis i intervjuet noterte jeg ned spørsmål og tanker som dannet meg etter hvert som samtalen gikk, og som jeg ville spørre deltakeren om etter de hadde fullført et resonnement. Etter deltakeren var gått fortsatte jeg å notere umiddelbare tanker, refleksjoner og erfaringer jeg hadde fra intervjusituasjonen.

Underveis i intervjuet snakket deltakerne utfyllende rundt hvert spørsmål og intervjuet ble som en samtale. Det førte til at noen av spørsmålene ble stilt på nytt igjen når vi var kommet over i den andre kategorien. Dette kan ha sammenheng med spesifikke spørsmål i en bred intervjuguide. Når formålet er å få vite noe forskeren ikke visste fra før er det viktig å ikke gjøre intervjuguiden for detaljert eller følge den systematisk (Malterud, 2017: 133).

Deltakerne ga uttrykk for at de hadde en klar forståelse for hva samtalen skulle dreie seg om, og poengterte det selv når de havnet litt utenom tema. De hentet seg selv inn med å si «men nå sporet jeg litt av», eller «det var vel ikke dette vi snakket om». Det viser seg at ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide vil det kunne åpne seg muligheter for å snakke om temaer som er relevant for deltakeren selv.

Når forskeren samler kvalitativ data gjennom samtaler, vil konteksten omkring samtalen være en viktig ramme for kunnskapsutvekslingen (Malterud, 2017: 133). Måten deltakeren i det første intervjuet delte erfaringer på, ga en bekreftelse på at intervjuguiden fungerte. Det antas at deltakeren i tillegg har opplevd intervjusituasjonen som trygg og ønsker derfor å dele. Dalland (2012: 167) forklarer at det er viktig å opparbeide tillit hos deltakerne, og at dette kommer etter hvert som man snakker seg varm. Erfaringa etter det første intervjuet førte til at fokuset i de tre neste intervjuene lå på å skape en tillitsvekkende intervjusituasjon der målet var å gi deltakerne en opplevelse av å være ivaretatt.

#### **2.3.4 Ethiske overveielser**

Å ta etiske hensyn i forhold til forskningsprosjektet handler om å være reflektert i måten man forholder seg til prosjektet på (Bjørndal, 2002: 125). Prosjektet ble meldt inn til Norsk Senter



for Forskningsdata (NSD) (vedlegg 2) da prosjektet innhentet personidentifiserbare materiale. Medisinsk forskning er underlagt etiske standarder og retningslinjer som skal fremme respekt for alle mennesker og beskytter deres helse og rettigheter (Malterud, 2017: 211). Målet med intervjuet var å få tilgang til praksisnære erfaringer og dette kunne resultere i detaljerte og emosjonelt belastende fortellinger fra deltakerne. En beskrivende informasjon om prosjektets formål kan være med på å øke forventningene til deltakelsen og skape en forutsigbarhet rundt hvilken problematikk som blir diskutert. I tillegg kan en slik forutsigbarhet minske risikoen for at deltakeren trekker sitt samtykke.

Som student ved et universitet forholder vi oss til universitets- og høyskolelovens §4-6 om taushetsplikt: *En student som i studiesammenheng får kjennskap til noens personlige forhold, har taushetsplikt etter de regler som gjelder for yrkesutøvere på vedkommende livsområde* (Universitets- og høyskoleloven, 2005).

UiT har retningslinjer i forhold til oppbevaring av sensitiv informasjon der opptak skal tas på en båndopptaker tilhørende UiT. Opptakene skulle lagres på en kryptert minnepenn. Transkripsjonene inneholder ikke opplysninger for hvem som er intervjuet, men nummerert med *Deltaker 1, 2, 3 og 4*. I prosjektet blir deltakerne omtalt med fiktive navn. Det ligger forventninger til forskerens rolle i et forskningsprosjekt. Det innebærer at deltakerens data ikke blir misbrukt(..) og forskeren må kjenne ansvar for å håndtere det som blir sagt, som best mulig samsvarer med hvordan det var ment i intervjuet (Malterud, 2017: 212).

### **2.3.5 Transkripsjonen**

I arbeidet med transkripsjonen ble det skrevet latter som (ler), og tenkepauser som (eehm), og flere punktumer etter en annen for å vise at det er et stopp eller kort pause. Selv om det bare er en tekst, dreier det seg også om filtrerings- og tolkningsledd (Lapadat og Lindsey, 1999 gjengitt i Malterud, 2017: 80). Formålet med skriftliggjøringen var å fange opp samtalen i en form som best mulig formidlet det som deltakeren ville meddele (Malterud, 2017: 78). Under transkripsjonen ble sitatene skrevet bokstavelig slik deltakerne formidlet det. Det førte til at flere setninger ble stående uten kontekst. Når intervjuene ble lest i etterkant var det nødvendig å sette sammen sitater for å fjerne lange pauser, eller lage mellomrom for å vise at deltakeren har byttet tema. Forskeren skal være oppmerksom på risikoen for å latterliggjøre deltakerens uttrykk ved å tilstrebe en mest mulig ordrett skriftliggjøring av en samtale (Kvale, 2007, gjengitt i Malterud, 2017: 78).

Intervjuene ble transkribert ved hjelp av en pause/start pedal. Lyden var klar, og det var uproblematisk å høre hva deltakerne formidlet under intervjuet. Dataene ble transkribert på bokmål for å ivareta deltakernes anonymitet og for å få en oversiktlig tekst. Det var flere av deltakerne som hadde dialekt, men jeg valgte likevel å transkribere på bokmål. Fra et språklig perspektiv er transkripsjonene derimot oversettelser fra talespråk til skriftspråk der konstruksjonene underveis krever en rekke vurderinger og beslutninger (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009: 186-187). Det opplevdes ingen utfordringer i forhold til dialekt og begrepsbruk.

## **2.4 Analysemetode**

Til å analysere data ble Malteruds analysemetode anvendt. Metoden er utviklet med røtter i fenomenologien, inspirert av Giorgi (Malterud, 2017: 115). Tekstanalysen er delt inn i fire trinn og kalles for systematisk tekstkondensering (STC) og beskriver en fremgangsmåte for analyse av datamateriale som er lett forståelig for nybegynnere (Malterud, 2017: 91). Under presenteres arbeidet med de fire trinn:

### **Trinn 1**

På dette trinnet ble det jobbet aktivt med å sette forforståelse og teoretiske referanseramme i parentes når jeg leste intervjuene og lyttet til opptakene. I arbeidet med transkripsjonene var dette nødvendig for å få et mest mulig helhetlig bilde av materiale. Problemstillinga ble imidlertid ikke glemt (Malterud, 2017: 99). Det var flere meningsbærende enheter som fanget min oppmerksomhet i arbeid med å lese og lytte til intervjuene. Det ble gjort et forsøk på å motstå trangen til å systematisere underveis (Malterud, 2017: 99), til tross for at det var umiddelbart flere foreløpige temaer som fanget min interesse. Notatene som ble tatt underveis var for å ikke glemme hva som hadde vist seg som faktorer som kunne være med på å besvare problemstillingen.

### **Trinn 2**

I andre del av analysetrinnet ble delen av materialet som skulle studeres nærmere organisert, og resten ble lagt til side (Malterud, 2017: 100). Etter å ha lest igjennom hele teksten satt jeg med 10 ulike temaer som deltakerne hadde snakket om, og som jeg hadde lagt merke til i analysens første trinn.

Hele teksten ble gjennomgått flere ganger for å se hvilke temaer deltakerne vektla mest, også for å legge bort min egen forforståelse og interesse rundt ulike temaer. *Meningsbærende enheter* som viste seg i teksten ble kopiert inn i et nytt Word-dokument tilhørende denne deltakeren. Det samme ble gjort for alle fire deltakere. For å sikre at sentrale faktorer for sekundærtraumatisering ikke ble oversett i arbeidet med analysen, ble det nødvendig å identifisere blinde flekker ved å gjennomgå datamaterialet sammen med noen andre (Malterud, 2017: 42). Det førte til at flere *meningsbærende enheter* ble satt inn under foreløpige koder, og skapte en oversikt over sammenfallende egenskaper i teksten. Koding innebærer en systematisk dekontekstualisering, der deler av teksten hentes ut fra sin opprinnelige sammenheng for senere å leses i sammenheng med beslektede tekstelementer i lys av de teoretiske perspektivene (Malterud, 2017: 104). Linje tall ble brukt for å vite hvor sitatet var hentet fra i det transkriberte intervjuet.

De 10 ulike kategoriene var i løpet av denne prosessen blitt til 3.

### **Trinn 3**

I analysens tredje trinn ble den sorterte informasjonen fra andre analysetrinn abstrahert ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene (Malterud, 2017: 105). Sitatene ble kopiert inn i ei ny Word-fil og fikk fargekoder tilhørende sin kodegruppe og subgruppe. Kodene ble utviklet og justert etter hvert som materialet ga innspill og ideer (Malterud, 2017: 102). Kodene har fått navnene «psykososialt arbeidsmiljø», «strategier for selvivaretagelse» og «å finne mening i arbeidet». Det er laget sub grupper under hver kodegruppe for å nyansere innholdet som har vist seg i de meningsbærende enhetene. Det er like farger og navn på kodegruppene og sub gruppene for alle fire deltakerne. Hensikten med sub grupper var ikke å lage en felles konsensus, men rom for flere tolkninger under de ulike kategoriene (Malterud, 2017: 106). Etter å ha utført de tre første stegene ble intervjuene lest igjennom på nytt. Det var fortsatt innhold i teksten som var relevant for å besvare problemstillingen som ble hentet ut og plassert i riktig kodegruppe.

### **Steg 4**

De meningsbærende enhetene ble brukt til å lage kunstige sitater for hver subgruppe og kodegruppe. De kunstige sitatene tilhørende hver enkelt deltaker ble skrevet inn i et nytt Word-dokument der sammenfatningen ble formidlet på en måte som er lojal ovenfor deltakernes stemmer. Sitatene presenterer ulike faktorer som har betydning for å forebygge

sekundærtraumatisering hos helsepersonell. De kunstige sitatene blir presentert i resultatdelen i kapittel 3 og blir grunnlag for diskusjon i kapittel 4.

## **2.5 Metodiske overveielser**

I dette delkapittel redegjøres det for forforståelsens betydning for forskningsprosjektet og avklaring av forskerrollen. Videre deles erfaringer gjort i arbeid med gjennomføring av intervju og arbeid med analyse. Tilslutt vurderes prosjektets validitet og reliabilitet.

### **2.5.1 Avklaring av forskerrollen**

Refleksivitet er en aktiv holdning- en posisjon som forskeren må forsøke å oppsøke og vedlikeholde (Malterud, 2017: 19). Både før, under og etter intervjuene har det vært nødvendig å være bevisst sine forkunnskaper og sin forutinntatthet som jeg besitter på bakgrunn av egen erfaring fra feltet, eller kunnskap om hva som er viktig for deltakernes ivaretagelse. Som forsker er det nødvendig med et åpent sinn og gjøre plass til tvil, ettertanke og uventede konklusjoner (Malterud, 2017: 19). Da det ikke er et likeverdig forhold mellom intervjuer og deltaker må en ta hensyn til at temaer jeg bringer frem ikke nødvendigvis gir de svar som var forventet med intervjuguiden. Denne ubalansen i forholdet kommer av at forskeren har jobbet med å utvide sin forståelse rundt traumepasienter i en teoretisk kontekst, og deltakerne jobber direkte med traumepasienter. Denne ubalansen lager rom for å komme frem til ny kunnskap med at deltakeren får snakke fritt, som også er viktig for den fenomenologiske forskningsmetoden.

En ubalanse mellom forsker og deltaker kan også føre til at deltakerne sier det de tror forskeren ønsker å høre. Det kan være en utfordring for datainnsamlingen når der finnes en ubalanse i maktforholdet. At deltakerne kom med konstruktiv tilbakemelding og poengterte at «nei, jeg er ikke helt enig med det du sier der, men..» så tenkes det at de ikke har latt seg farge i stor grad av ubalanse i forholdet mellom forsker og deltaker. Det kan være av betydning at deltakerne følte at de satt på «fasiten» under intervjuet, og jeg var den som var avhengig av deltakerne for å fullføre prosjektet. I tillegg var det helsepersonell som intervjuet helsepersonell som også er med på å gjøre situasjonen mer likeverdig, og alle fire deltakere ga uttrykk for at det var nyttig å være deltaker i denne prosessen.

Proessen fra å utarbeide intervjuguiden til det ferdige, har krevd at egen erfaring og interesse må legges til side for å se datamaterialet slik det *står*, og ikke slik det *forstås*.

## 2.5.2 Vurdering av prosjektets validitet og reliabilitet

I det følgende vurderes prosjektets gyldighet, pålitelighet og generaliserbarhet. Dette er tre indikatorer som sier noe om kriterier for kvaliteten på kvalitativ forskning (Tjora, 2017: 231).

*Pålitelighet handler om intern logikk eller sammenheng gjennom hele forskningsprosjektet* (Tjora, 2017: 231). Når forskning skal utføres er det viktig å være sikker på hva og hvem som skal undersøkes. Det må også vurderes hvem som er riktige deltakere for å fremskaffe ny kunnskap. Ved bruk av intervjuguide må det for det første sørges for at intervjuguiden inneholder spørsmål som er i samsvar med problemstillingen. Deltakerne representerte to ulike poster, og alle fire deltakernes erfaringer blir representert ut ifra den virkelige arbeidssituasjonen. Deltakerne svarte utfyllende på alle spørsmål, og viste interesse av å dele sine opplevelser.

*Gyldighet handler om en logisk sammenheng mellom prosjektets utforming og funn, og de spørsmål man søker å finne svar på* (Tjora, 2017: 231). Anvendt metode for datainnsamling har skapt kunnskap om praksisnære erfaringer og opplevelser fra deltakerne. Resultatene som er presentert i kapittel 3 indikerer at det er en sammenheng mellom prosjektets mål og de funn som er fremkommet. Antall deltakere kan være tilstrekkelig for å gi et rikt datamateriale (Malterud, 2017: 64). Gyldighet knyttes også til hvorvidt svarene vi har fått i vår forskning, er svar på spørsmålene vi stilte (Tjora, 2017: 232). Spørsmålene er konkrete og deltakerne snakket utfyllende om hvert spørsmål. Dette fører til et intervju der deltakeren får formidle egne opplevelser og erfaringer slik at en får tilgang til faktorer som har betydning for sekundærtraumatisering.

Arbeidet med analysen ble ikke utført rett første gang og bar preg av at stegene i analysemetoden ikke var fulgt opp. Det var mest hensiktsmessig å legge bort alle gamle notater og gjøre hele analysen på nytt. Dette tenkes å være til fordel for prosjektet da risikoen med å ikke utføre analysen godt nok er ødeleggende for kunnskapsutviklingen. Etter å ha utført ny analyse kom viktigheten med å lete etter samtlige meningsbærende enheter frem. Det førte til at de dekontekstualiserte sitatene ble robuste etter andre forsøk, og data gjenspeiler det deltakeren formidler. Analysearbeidet er nå preget av en mer nøye utført og bearbeidet materiale som legges frem på en lojal måte ovenfor deltakerne.

*Generaliserbarhet er knyttet til forskningens relevans utover de enheter som faktisk er undersøkt* (Tjora, 2017: 231). Det kan tenkes at døgnposter som arbeider med traumepasienter i spesialisthelsetjenesten kan ha nytte av å lese dette forskningsprosjektet da de kan relatere

seg til praksisnære eksempler fra deltakerne. Det vil være opp til hver enkelt leser av dette prosjektet å vurdere om resultatene kan være anvendbar for andre. Resultatene legger ikke klare føringer i hvilke faktorer som har betydning for forebygging av sekundærtraumatisering, da det viser seg å være personavhengig av hva som er viktig for egenivaretagelse. Resultatene viser likevel at faktorer som kollegastøtte, organisatorisk tilrettelegging, å ha fokus på selvivaretagelse både på fritida og på jobb er viktig for samtlige deltakere. Deltakerne presenterer faktorer som forebygger sekundærtraumatisering som også er bekreftet i relevant teori. Dette skaper en forventning om at det som er gjeldene på disse avdelingene, også kan være gjeldende for andre avdelinger.

## 3 Resultat

Kapitlet inneholder resultatene som kom frem i arbeidet med analysen i henhold til prosjektets forskningsspørsmål. Resultatene presenteres i kategorier med tilhørende sitater fra deltakerne i studien. Deltakerne har fått fiktive navn i presentasjon av sitater.

Resultatdelen er bygd opp med tre hovedkategorier med tilhørende subgrupper:

1. *Psykososialt arbeidsmiljø*
  - *Uformell kollegastøtte*
  - *Forebyggende tiltak på arbeidsplassen*
2. *Selvivaretakelse*
  - *Selvivaretakelse i arbeidstida*
  - *Selvivaretakelse på fritida*
3. *Å finne mening i arbeidet*

### 3.1 Psykososialt arbeidsmiljø

Et godt psykososialt arbeidsmiljø på døgnposten utpeker seg som betydningsfullt for deltakerne. De utvalgte sitatene beskriver sentrale faktorer for god uformell kollegastøtte blant deltakerne og betydninga av forebyggende tiltak på arbeidsplassen. Sitatene presenteres i to underkategorier.

#### 3.1.1 Uformell kollegastøtte

Den kollegiale støtten mellom helsepersonell beskrives av alle deltakerne som viktig i sitt arbeid på døgnposten. En av deltakerne forteller at hun i sin arbeidshverdag ikke kunne vært foruten muligheten til å snakke med sine kollegaer om utfordrende situasjoner som oppstår på arbeidsplassen. Fordelen som beskrives med kollegastøtte er at samtalepartnerne gjerne kjenner til pasientene og kan relatere seg til det den andre har behov for å reflektere om:

*Vi kollegaer er avhengig av å ha støtte i hverandre i den forstand at vi sammen kan reflektere rundt vanskelige eller utfordrende situasjoner på arbeidsplassen (Eva).*

En annen faktor for et støttende miljø er kolleger som er villig til å lytte dersom noen inviterer til en samtale. Det forventes av en kollega at de kan ta imot det man har behov for å dele, og komme med tilbakemelding eller egne erfaringer om den gjeldende utfordringa. På denne måten slipper personal å være bærende på utfordringer alene. En av deltakerne beskriver dette som følger:

*Vi tar selv initiativ til samtale med en eller flere av våre kolleger dersom vi trenger hjelp eller trenger noen som bare kan lytte. Vi bruker hverandre til råd eller veiledning og jeg opplever at det er et veldig godt og støttende miljø når jeg trenger å spørre om råd eller bare luften tankene litt. Det viktigste er at jeg ikke sitter og kverner på det alene (Maria).*

En annen deltaker, Eva, forteller at en samtale har virkning når hun får dele sine bekymringer og opplevelser som oppstår i relasjonene med henne og pasientene. En viktig faktor for Eva er at hun har noen kollegaer tilgjengelig som kan lytte og forstå problemstillinga hennes når behovet oppstår. Kvaliteten av kollegastøtte avhenger ikke av rammebetingelsene som; at møtet er planlagt med tid og sted og må foregå på et møterom, men heller muligheten for å samtale med noen når behovet melder seg. Eva forteller dette slik:

*På avdelinga vår reflekterer vi en god del om hendelser og hvordan ting knytta til en spesifikk hendelse kunne vært gjort annerledes. Det trenger ikke være formalisert for at det skal ha virkning, så lenge jeg har noen å prate med kan det skje hvor som helst. For meg er det viktig at jeg får ventilere det jeg opplever så jeg slipper å stå i det alene (Eva).*

En annen deltaker, Martin, formidler også at rammebetingelsene for å oppleve kollegastøtte ikke er det viktigste. Deltakeren viser ikke til nedskrevne rutiner i forhold til det å bli ivarettat når behovet for *debriefing* oppstår, men opplever å få hensiktsmessig hjelp av sine kolleger ved behov. Dette anses som en arbeidskultur som ivaretar personalet tilstrekkelig. Deltakeren beskriver også at det er en felles enighet om å ta en samtale når det blir anledning:

*På arbeidsplassen vår har vi en veldig god uformell kollegastøtte, mener jeg. Vi har ikke noen nedskrevne rutiner i forhold til hvordan vi gjør det dersom det oppstår behov for *debriefing* i kollegiale- hos en eller flere. Vi planlegger heller ikke å sette oss ned på et bestemt tidspunkt for å samtale om det vi har opplevd, men vi har en felles forståelse om at vi tar denne samtalen når det blir anledning i løpet av arbeidsdagen. For min del blir det gjerne den der typiske vaktroms- eller kjøkkenpraten. Den har jeg med en kollega som jeg stoler på. For mitt vedkommende har jeg i alle fall ikke noen problemer med å snakke med en kollega eller flere, om caser og hendelser jeg synes har vært vanskelig. Eller som jeg opplever er vanskelig for pasienten (Martin).*

En slik åpen arbeidskultur som nevnt overfor, opplever også Trond på sin døgnpast. Han beskriver her at det er opp til den enkelte å vurdere sitt behov for ventilering eller *debriefing* i



en arbeidshverdag. Trond legger til at det i mindre grad er anledning for å sette seg ned med en eller flere i personalgruppa for debriefing, på grunn av at det ikke er tilstrekkelig med tid:

*Det er i mindre grad tid til å sette seg ned med flere i personalgruppa for debriefing, så det blir opp til den enkelte å «huke tak» i noen for å få den daglige debriefinga eller ventileringa som jeg kaller det. Men det blir ofte noe vi tar i «forbifarta» (Trond).*

Trond opplever at tid er en viktig faktor for det psykososiale arbeidsmiljø. Å ha tilstrekkelig med tid vil føre til mulighet for flere i personalgruppa til å sitte ned sammen og samtale om overførte reaksjoner fra pasientene. Konsekvensene av å ikke ha *tid* til å sette seg ned med flere i personalgruppa for å dele sine emosjonelle belastninger kan ha store konsekvenser for den ansatte. Trond forteller det slik:

*Gjennom interaksjon og dialog med pasienter, får vi ofte kjenne på pasientenes tristhet, frustrasjon og sinne som er relatert til deres traumatiske opplevelser. Dette spekteret av emosjoner blir ukentlig overført fra våre pasienter, til oss. Dette skaper et behov hos oss i kollegiale, til å dele dette gjennom kollegastøtte. Hvis vi ikke får mulighet til å prate sammen, og mulighet til å ha en fortløpende dialog om disse overførte reaksjonene, blir vi bærende på ganske mange vanskelige følelser og tanker etter endt arbeidsuke (Trond).*

På døgnposter i spesialisthelsetjenesten er det i enkelte tilfeller behov for å bruke tvang. Bruk av tvang etter psykisk helsevernloven som utøves ovenfor traumepasienter blir i intervjuet med denne deltakeren, opplevd som noe av det vanskeligste han møter i jobben sin. Han opplever det som spesielt vanskelig dersom pasienten bærer en historie med misbruk eller andre voldelige situasjoner, eksempelvis situasjoner som inneholder å bli holdt fast av noen. Frykten for at pasienten skal få den samme opplevelse under en tvangs injeksjon, som han eller hun fikk under en mishandling, er stor. Deltakeren vil unngå å gjøre situasjonen så utfordrende for pasienten at han eller hun blir retraumatisert. Som helsepersonell på lukkede avdelinger kan det være behov for å gjennomføre injeksjon under tvang. Det beskrives under av Martin hvilke behov som melder seg etter å ha vært i en tvangssituasjon:

*På den avdelingen jeg jobber på må vi ofte utøve tvang. Maktbruk på traumepasienter er den største utfordringa for meg. Spesielt vanskelig er det når det er snakk om fysisk tvang som for eksempel når vi må holde en pasient fast. Dette er ofte nødvendig når det skal gis injeksjon på en pasient. Det jeg er mest redd for er å retraumatisere pasienter i tvangssituasjoner, da vet jeg at det har vært et overgrep. I etterkant kan jeg samtale med kollegaer, heldigvis har vi en*

*naturlig utadvendt personalgruppe som er veldig bra. Jeg har ikke problemer med å vise hva jeg føler, og trenger jeg noen å prate med, så gjør jeg det (Martin).*

Deltakeren opplever det som betryggende å vite at det er flere i personalgruppa som har erfaring med hendelser som dette. Ofte etter slike situasjoner har han behov for å samtale med noen kolleger for å dele følelsene som oppstod i situasjonen.

### **3.1.2 Forebyggende tiltak på arbeidsplassen**

I tillegg til den uformelle kollegastøtten er den formelle kollegastøtten av betydning for hvordan deltakerne opplever å bli ivaretatt i arbeidstida. Det presenteres tiltak som er gjort på arbeidsplassen for å øke kunnskapen om traume i personalgruppa og hvordan arbeidsplassen tilrettelegger for å ivareta sine ansatte.

Ifølge Trond er de *avhengige* av å ha jevnlige refleksjonsmøter. Refleksjonsmøtene er planlagte og deltakeren opplever en forutsigbarhet om at en ukentlig har mulighet til å utdype sine opplevelser rundt utvalgte situasjoner. De to sitatene under beskriver en form for organisatorisk tilrettelegging for de ansatte:

*Annenhver uke har vi case-refleksjon og annenhver uke etisk refleksjon der vi drøfter pasientforløp eller sykdom. Dette er vi helt avhengige av å ha (Trond).*

En annen deltaker forklarer det slik:

*Vi har planlagte refleksjonsmøter knyttet opp mot spesifikke hendelser eller pasienter hver uke. Der drøfter vi utfordringer og diskuterer tverrfaglig hvordan vi kan håndtere de utfordringene vi møter på. De refleksjonene vi har er planlagte og fastsatt en gang i uka. Fra uke til uke ser vi hva som er aktuelt å ta opp. Da er det jo ikke nødvendigvis debriefing, men da går det mer ut ifra den aktuelle situasjonen og knyttet opp mot behandling da. Utenom disse refleksjonsmøtene så savner personale debriefing (Maria).*

På refleksjonsmøtene drøftes tema som er aktuelt den uka og ikke bestemt på forhånd. For Maria er refleksjonsmøter et fora for å dele de utfordringene hun møter på i sitt arbeid.

To av deltakerne forklarer at de på sin avdeling innhenter kompetanse utenfra. Gjennom kurs og veiledning får de ansatte økt kompetanse i traumebevisst omsorg. Veiledning til personalet med utgangspunkt i en utvalg pasientsituasjon sørger for en mer tilpasset behandling for pasienten og medfører en trygghet i personalgruppa.

*Hele personalgruppa har fått tilgang til «Stø-kurs» som er et E-læringskurs i traumearbeid, det anså jeg som nyttig (Martin).*

En annen deltaker forklarer hvordan de på sin avdeling øker kompetansen på døgnposten:

*Vi innhenter også kompetanse utenfra ved behov fra RVTS, eller psykomotorisk fysioterapeut som har mer erfaring på traumefeltet. Det er viktig å innhente kunnskap utenfra for å øke forståelsen om traume blant kollegaene på avdelinga. Ikke nødvendigvis bare for de ansatte som står nærmest i traumebehandlingen (Eva).*

Å lære om traumearbeid øker kunnskapen i hele personalgruppa og vil medføre at flere får forståelse om hva traume arbeidet går ut på. Med økt kompetanse i gruppa åpner det opp for at flere kan bidra til både å gi, og få kollegastøtte. Det er en fordel at flere personer har kunnskap og forståelse av hva traume arbeidet innebærer.

Deltakerne beskriver debrifing som en annen form for kollegastøtte som forebyggende tiltak på arbeidsplassen. To av deltakerne deler hvilke rutiner de har for debrifing på sin døgnpost. Slik Martin forklarer det blir debrifingen situasjonsbetinget ut ifra hvem som er på vakt og det blir opp til den enkelte å si ifra om en har behov for debrifing eller ikke.

*Vi har ikke en strukturert plan for hvordan vi håndterer vanskelige situasjoner etter voldsomme hendelser. Likevel har vi, etter bruk av tvang eller utageringssituasjoner, ofte debrifing med personal. Men det er sporadisk og avhengig av hvem som er på vakt (Martin).*

På Trond sin avdeling har de klare retningslinjer for når de gjennomfører debrifing. De vet at det foreligger en rutine på hvordan en situasjon skal håndteres på døgnposten. Dette fører til at personalet opplever en trygghet i form av ivaretagelse, uansett hvor stort eller lite behovet er for debrifing. En slik trygghet fører til at personalet slipper å ha en bekymring i forhold til om de blir ivare tatt eller ikke, og anses som en faktor for forutsigbarhet på sin arbeidsplass.

*Vi skal egentlig ha debrifing tidligst mulig etter en hendelse og helst før vi går av vakt (Trond).*

### **3.2 Selv ivaretagelse**

Deltakerne beskriver selv ivaretagelse som en beskyttende faktor for å forebygge sekundærtraumatisering. Noen strategier brukes for deltakerne til å regulere følelser, unngå

vanskelige situasjoner eller for å koble seg av arbeidet. Deltakerne deler ulike strategier både i arbeidstida og på jobb og sitatene presenteres i kapitlene under.

### **3.2.1 Strategier for selvivaretagelse i arbeidstida**

Alle deltakerne uttrykker behov for å ivareta eller beskytte seg selv i arbeidstida, og de deler erfaringer med å gi eksempler på hvordan de har måtte beskyttet seg selv fra emosjonelt belastende situasjoner. Som helsepersonell blir en vitne til historiene og fortellingene fra pasientene. Det er ikke alltid like lett for deltakerne og håndtere de overførte reaksjonene som kommer fra pasientene. I sitatet under beskrives det hvordan en forsvarsmekanisme som ble brukt da deltakeren ikke klarte å regulere egne følelser under en samtale med en pasient:

*En del av jobben vår er jo å regulere andres emosjoner og det kan bli en utfordring dersom vi sliter med å regulere våre egne. Det har jo hendt at jeg har måttet avslutte en samtale og trukket meg tilbake. Tårene trillet og jeg hadde ikke sjans å holde igjen. Jeg får så vondt på pasientenes vegne. Og de kan nok se at jeg blir veldig trist. Noen er jo veldig åpne om sine traumer og det går veldig inn på meg (Maria).*

En annen deltaker, Eva, deler opplevelsen av å være vitne til en dissosiativ tilstand hos en pasient. Eva forklarer her at hun aktivt forsøker å forstå dissosiasjon som en forsvarsmekanisme for pasienten. I stedet for å sette seg inn i pasientens opplevelse rundt dissosiasjon; hvor vondt det kan gjøre, eller hvor ubehagelig det er, så forsøker hun å reflektere rundt hva som ligger til grunn for denne hendelsen. Kanskje oppsto det en trigger, kanskje kan det være samtalen de hadde tidligere, kanskje så pasienten en person som minnet henne om en annen. Å forstå dissosiasjon som en forsvarsmekanisme til hjelp for pasienten, hjelper Eva med å unngå å tenke på de vanskelige følelsene til pasienten som vekkes i henne når hun er vitne til dissosiasjon.

*Når pasienter opplever dissosiasjon eller er i en dissosiativ tilstand, kan det være belastende for personal og stå i traumearbeid over tid. Det er ikke alltid like lett for oss å beholde roen når pasienten dissosierer. Noen ganger blir jeg redd, og jeg har opplevd en hendelse som innebar fysisk tvang, for å hindre pasienten i å skade seg under dissosiasjon. Denne følelsen sitter fortsatt i kroppen. For å håndtere alle de vanskelige følelsene dette vekker i meg, må jeg forsøke å forstå dissosiasjon som et forsvar mot tidligere traumatiserende hendelser (Eva).*

En annen deltaker delte sine erfaringer med medisinerings under tvang som skjedde for noen år siden. Erfaringer fra hendelsen bruker Martin for å tilrettelegge for en mer vellykket

medisinering med andre pasienter. Han sier at han var restriktiv i forhold til medisinering i etterkant, noe som anses som en strategi for selvivaretagelse:

*I etterkant av en uheldig gjennomført tvangsmedisinering noen år tilbake var jeg noe restriktiv i forhold til tvangsmedisinering. Det var behov for fem menn for å holde en pasient, og jeg som sjette mann skulle injisere. Pasienten var tilsynelatende psykotisk i øyeblikket. Da jeg skulle injisere han intramuskulært i baken ble han brått klar og sa «nei, det er min intimsone, skal jeg ha sprøyta, så skal jeg ha den i armen». Jeg har brukt erfaringa mi fra denne hendelsen til å planlegge injeksjoner og å være mer bevisst på hvordan en går frem for å unngå en slik uheldig situasjon preget av støy og kaos. Det er jo viktig for både personale og pasienten at tvangsmedisinering blir så ryddig som mulig (Martin).*

Flere strategier er beskrevet for hvordan en kan jobbe med selvivaretagelse i arbeidstida, men Evas beskrivelse skiller seg ut i forhold til de andre deltakerne. Maria forteller at hun trekker seg ut av ubehagelige situasjoner og beskytter på denne måten seg selv. Martin bruker sine erfaringer til å forebygge andre uheldige situasjoner under tvangs injeksjon for å skåne seg selv for å bli vitne til andre mulige hendelser. Eva forklarer at i etterkant av situasjoner som har gjort henne stresset eller anspent, løser hun opp spenninga med å riste kroppen for at kroppen skulle slippe tak i stresset. Å gjøre dette hver gang hun føler seg anspent kan være med på å forebygge at reaksjonene setter seg i kroppen:

*Jeg lærte av en kunstterapeut å «riste av» meg en kroppslig spenning. Hvis det for eksempel har skjedd noe ubehagelig eller jeg har vært i en tvangsmedisinerings situasjon der jeg kjenner meg stresset (Eva).*

En annen deltaker forklarer hvordan konsekvenser det kan ha å stå i nær relasjon til en pasient. Det hender at en havner i en venninne eller kompis- relasjon der pasienten også kan komme til å forvente mer av deg personlig, enn det som er forventet av deg som helsepersonell. Risikoen blir da at en bruker av fritida til å tenke på pasienten fordi man selv har latt seg engasjere på et mer personlig plan. Som en forsvarsmekanisme forklarer deltakeren at det er en fordel å fokusere på arbeidet en skal utføre, og ikke la seg bli styrt av følelser som igjen fører til at terapeuten føler seg uprofesjonell:

*Jeg havnet i teamet til en pasient som hadde opplevd alvorlige traumer i årevis. Det hendte at jeg ikke klarte å legge historiene fra meg og jeg tok de med meg hjem. Dette fikk meg til å tenke at jeg ikke var profesjonell. Jeg ble utrolig emosjonell av historiene og det hadde*

*betydning for relasjonen til pasientene. Jeg hadde bare lyst til å vise omsorg og yte hjelp. Men jeg måtte holde tunga beint i munnen for å ivareta rollen jeg har som terapeut. Du skal ikke være venninne eller kompis til en pasient, det tror jeg kan være en risiko for seg selv (Maria).*

I relasjonsbygging til pasientene bruker Eva humor som et samlingspunkt om noe hyggelig. Humor tillater at en viser en personlige side med seg selv uten å bli personlig i den forstand at man krysser noen etiske grenser. Dette kan for pasienten skape tillit til deg som terapeut.

*Humor er et godt virkemiddel som man kan nå langt med. Og det er virkelig gøy når man møter pasienter som har samme humor som seg selv. Det er jo bra både for meg og pasienten, at ikke alt blir tungt, trist og leit (Eva).*

### **3.2.2 Strategier for selvivaretagelse på fritida**

Trond sier at tydelige og forutsigbare aktiviteter og relasjoner på fritiden har en stor betydning for hans selvivaretagelse med tanke på utdanning og arbeidssted. I eget nettverk velger deltakeren relasjonene sine selv, men det er det ikke muligheter for på hans arbeidsplass. Der må han tilpasse seg miljøet og de personene som er tilknyttet døgnposten. Trond presenterer en faktor for forutsigbarhet som skaper en balanse mellom jobb og fritid. Det presenteres i sitatet under:

*Jeg sørger vel som folk flest for at det er stabilt og godt hjemme, jeg velger sosiale relasjoner som er stabile, trygge, forutsigbare- der en vet hvor en har folk. Litt motsatt av jobben som noen gang kan oppleves som uforutsigbar. Man gjør jo også aktiviteter som gjør at en har det bra som trening og å gå tur med hunden (Trond).*

Martin beskriver at den hektiske familiesituasjonen hjemme gjør at han ikke har tid til å tenke på arbeidet sitt i den grad som han gjorde før. Det sier noe om at man skal ha overskudd eller kapasitet til å tenke på arbeidsrelaterte hendelser. Dette kan anses som en ubevist strategi som fungerer for Martin:

*De siste årene har jeg ikke gjort så mye annet på fritida enn å stelle barn, sove og jobbe. Jeg har mye familierelatert å fylle dagene med. Situasjonen hjemme gjør at jeg ikke har så mye rom lengre til å tenke over arbeidsrelaterte utfordringer eller hendelser (Martin).*

Martin forteller at han har mulighet til å snakke med sin kone om arbeidet i psykiatrien og at det oppleves som betydningsfullt, da kona selv har erfaringer fra denne type arbeid. Sammen

har de vært åpen i diskusjon og han føler god støtte hos sin kone som har økt kunnskap og forståelse om tematikken. Det anses som en faktor for forebygging at det å snakke med noen som har en forståelse om hvordan dette kan oppleves, er av større karakter enn å snakke med noen som ikke vet hvordan arbeidet kan oppleves.

*Jeg er heldig da, som har en ektefelle hjemme som har jobbet i psykiatrien, så jeg kan snakke med partneren min om jeg tenker på noe jobberelatert en dag (Martin).*

En annen deltaker beskriver hvordan hun har latt seg berøre av pasientens historier. Når det oppstår tanker som angår pasientene hjelper det for Maria å ha fokus på å lese om hvordan hun kan hjelpe pasienten. Å fokusere på fag istedenfor pasientens vonde opplevelser gjør henne mer rusta i det arbeidet hun skal utføre og gir henne en opplevelse av å hjelpe selv om hun ikke er fysisk på jobb:

*Noen ganger tenker jeg på pasientenes opplevelser og da kjenner jeg at det stikker. Det som har fungert for meg da er å rett og slett ta et dypdykk inn i fagstoffet og forsøke å finne ut hvordan jeg kan hjelpe. Jeg tenker at det er bedre for meg å tenke på det faglige ståstedet istedenfor å kjenne på de vanskelige følelsene til pasienten (Maria).*

### **3.3 Å finne mening i arbeidet**

Alle deltakerne forklarer at det i perioder kan være vanskelig og arbeide med traumepasienter på grunn av svingning i tilfriskningsprosessen. Til tross for dette deler deltakerne noen faktorer som er med på å gjøre arbeidet meningsfullt og som gjør at en klarer å holde ut i arbeidet sitt. Sitatene blir presentert under for å vise hvordan deltakernes perspektiv på sitt arbeid er med på å skape mening.

Maria forteller under hvordan hun får motivasjon til å holde ut i arbeidet sitt. En slik tilbakemelding fra pasienten som hun beskriver, er med på å gi anerkjennelse til den ansatte om at arbeidet som utføres er godt nok. Maria forklarer i intervjuet at det er sjeldent at en får tilbakemelding i form for et «tak» hos en pasient, men når hun ser at hun har vært med å formidle et håp så er det godt nok. Maria forklarer i sitatet under hvor viktig det er med tilbakemelding fra pasienten:

*Det største er når du ser glimtet hos pasienten av håp, som har vært fraværende en stund. Og når du får en slags anerkjennelse på at «du har faktisk hjulpet meg». Det topper alt det*

*vanskelige å gjør det hele verdt det. Det er en sånn lykkerus som du kan få og når du ser at de er på bedringens vei (Maria).*

Alle deltakerne beskriver det som viktig at pasienten har et inntrykk av at helsepersonell tåler å stå i relasjonen, og tåle å lytte til det pasienten ønsker å formidle. Martin deler i sitatet under erfaringer med at budskapet pasientene formidler kan være vanskelig å lytte til fordi det er grusomme ting de kan fortelle. Han har tillagt seg en strategi i form for forsvarsmekanisme som gjør at begge parter tjener på situasjonen; pasienten får dele sine erfaringer og Martin fremstår som en trygghet i rollen som helsepersonell fordi han bevisst forsøker å ikke la historiene gå inn på seg. Han beskriver det slik:

*Dersom pasienten er kommet dit at han eller hun har noe å fortelle, så skal vi ikke syntes at det er vanskelig å høre på. Jeg lar ikke historien gå inn på meg, men er opptatt av at pasienten skal få snakke ut (Martin).*

En annen deltaker presenterer et bevisst forhold til sin profesjonsutøvelse der deltakeren uttrykker at det finnes en fallgrube dersom en lar seg berøre i voldsom stor grad. For å holde ut i jobben er det viktig å ha et bevisst forhold til hvordan innvirkning det kan ha på ansatte å jobbe med traumepasienter. For å ikke bli berørt i stor grad har deltakeren tillagt seg en type strategi som han benytter seg av. Han ser seg selv som en av mange hjelpere og det er ikke opp til Trond alene å hjelpe pasientene. Det skaper reelle forventninger til seg selv og egen prestasjon.

*Den sterkeste ressursen min innen egenivaretagelse er å skille det at man er en yrkesutøver som hjelper folk som sliter, uten å la seg bevege i så voldsom stor grad. Og i tillegg forstå at det vi jobber med er som et ledd av ei behandling innenfor en helsetjeneste vi yter. Å klare å se seg selv i et system som er satt for å hjelpe andre mennesker med utfordringer, tror jeg kan være med på å gjøre jobben litt enklere å stå i over tid (Trond).*

For Maria er det betydningsfullt at arbeidsplassen legger til rette for at pasientene kan bygge relasjon til flere av de ansatte. Dette beskrives som en beskyttende faktor slik at den ansatte slipper å oppleve å stå alene om ansvar for pasientens behandling og opphold. For å være en trygghet, som Maria forklarer, så må en også ha rammer for å kunne formidle trygghet:



*Vi skal være en trygghet for våre pasienter, fremme indre styrke, motivasjon og ha fokus på ressurser og trygge relasjoner. Det er viktig at denne tryggheten oppleves rundt flere enn ett eller to personale (Maria).*

Det kreves tålmodighet å være en terapeut i stabiliseringsfasen, da det er vanskelig å si noe om tidsperspektivet i behandlingen. Å ha fokus på det friske hos en pasient tenkes å være med på å gjøre det lettere for begge parter å stå i denne fasen som strekker seg over tid. Deltakeren forklarer her at hun retter fokuset mot hvordan de kan arbeide med å ivareta pasientens ressurser og områder som pasienten mestrer:

*Stabiliseringsfasen kan ofte ta lang tid, flere år. Og en bruker i denne perioden mye tid på dagligdagse ufarlige ting som trygger. Også kan man ha fokus hvordan ting er nå og ivareta de funksjonene som pasienten får til selv (Eva).*

Eva er opptatt av å fokusere på pasientens ressurser, og bære det frem som en styrke i behandlingen. Dette hjelper henne, og andre terapeuter, med å se på det som fungerer og styrke det. Trond deler at det i relasjon til pasienter er viktig å ikke fokusere på det pasienten ikke mestrer, slik pasienten mestret det før sykdommen. I stedet velger han å ha hovedfokus på det som pasienten mestrer og får til. I tillegg må man formidle håpet på at ting kan bli som før. Han forklarer det slik:

*Det har vært, og er fortsatt utrolig lite fokus på hva som holder folk friske. For våre pasienter blir sykdommen altoppslukende i livene deres, og det er ikke nødvendigvis sunt å gå rundt å være syke hele tiden. Vi må formidle håpet og troen på at man kan påvirke sitt eget liv, og ha fokus på tilgjengelige ressurser hos den enkelte (Trond).*

En annen deltaker deler hvordan hun etter å ha brukt tvang mot pasienter har et behov for å samtale om hendelsen med pasienten. I situasjoner der Eva har forhindret suicid eller selvskading under dissosiasjon hos en pasient opplever hun at det er viktig å informere pasienten om hva som skjedde. Eva beskriver at samtalen går ut på å fortelle pasienten hva Eva forhindret med å bruke tvang, og hvilket behov pasienten hadde for å bli beskytta mot å skade seg selv. Eva forklarer det slik:

*For meg er det svært utfordrende om pasienten dissosierer og jeg ikke oppnår kontakt. Især hvis jeg fysisk må holde fast noen fra å skade seg selv eller kutte seg selv fordi vedkommende ikke vet hva de selv gjør. Det er vanskelig, og jeg snakker som regel med pasientene i*

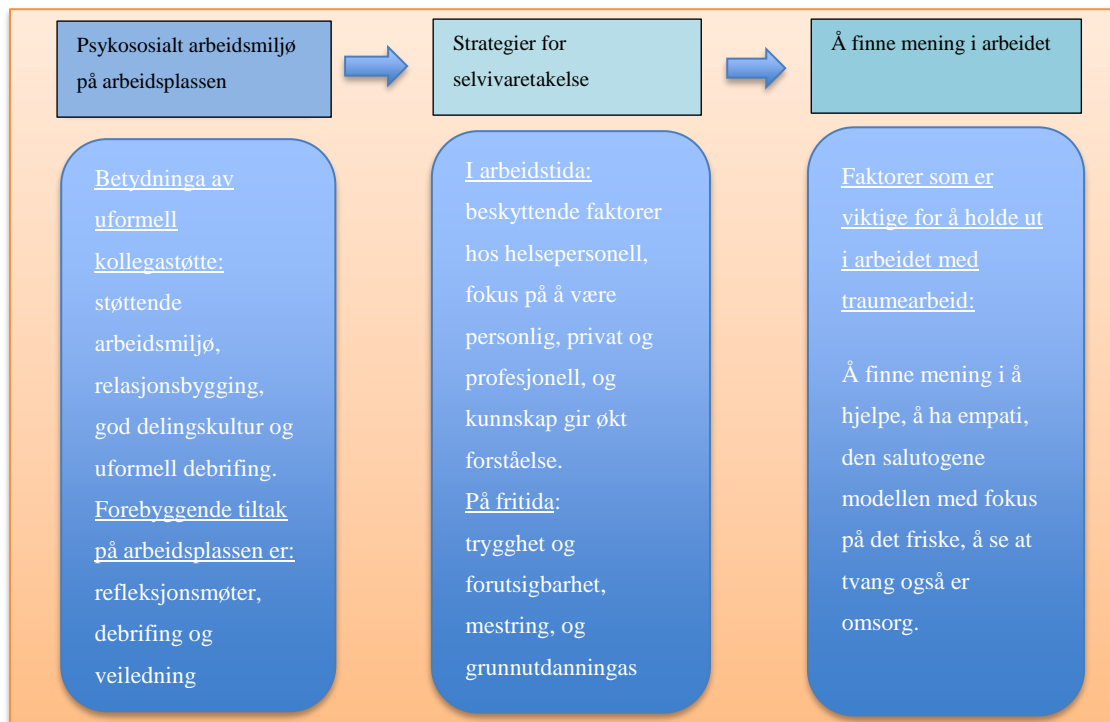
*etterkant for å fortelle hva som skjedde. Da får jeg som regel bekreftet at pasienten var glad for at jeg hadde grepet inn for at de skulle unngå å skade seg (Eva).*

Den anerkjennelsen som Eva får med å snakke sammen med pasienten etterpå kan være med på å gjøre henne mer trygg under bruk av tvang, og generelt i sitt arbeid med pasienter som dissosierer.

## 4 Diskusjon

Diskusjonskapitlet er oppbygd etter en strukturert modell med en innledende drøfting av selve metoden og de erfaringer jeg har gjort meg i anledning kvalitativt prosjektarbeid.

Videre følger diskusjon av resultater i lys av utvalgt teori og tidligere forskning.



Figur 2

Hver kategori vil bli diskutert strukturert og uten sammenblanding forøvrig. Teori og tidligere forskning vil trekkes inn fortløpende under tilhørende tematiske kategori. I datamaterialet ble det presentert forventninger til de tre ulike kategoriene. For å sortere data ble det nødvendig å fordele ansvar og strategier som forklart i skjema over.

### 4.1 Metode diskusjon

Hensikten med dette prosjektet grunner i et dyptgående ønske om å tilegne meg kunnskap og kompetanse om faktorer som virker i forebyggende hensikt på sekundærtraumatisering hos helsepersonell. Prosjektets gang og gjennomføring har vært en utfordrende, men spennende prosess. Da dette er min første erfaring med å benytte kvalitativ forskningsmetode i et selvstendig prosjekt uten øvrige samarbeidspartnere, viste det seg å by på utfordringer særlig i forhold til dataanalyse. I første omgang framsto analyse materialet som lett overkommelig og arbeidet fortonet seg som enkelt. Det ble etter hvert tydelig at jeg ikke fulgte stegs-prosessen i

analysen nøye nok, og at jeg i stedet for å kategorisere tekst som «råmateriale» tilla dataene egen fortolkning som til en viss grad ble styrt av min egen forforståelse. Jeg avspeilet i for stor grad intervjuene i min tidligere arbeidserfaring både fra sengepost i spesialisthelsetjenesten, ulike praksiser i primærhelsetjenesten i forbindelse med vernepleiestudiet, samt mitt nåværende arbeid i privathelsetjenesten. Erfaringene fra sengepost i spesialisthelsetjenesten ble likevel det som lå nærmest opp mot tematikken i intervjuene og erfaringene herfra ble vanskelig for meg å utelukke i arbeidet. Da jeg gjennom veiledning underveis i analyseprosessen ble gjort oppmerksom på at min egen forforståelse kom i veien for kritisk lesning, ble det nødvendig å utføre analysen om igjen.

Som nevnt i kapittel 2.1 om hermeneutikk vektlegger Malterud viktigheten av forskerens evne til å stille spørsmål til egne framgangsmåter og konklusjoner. Dette vil på generelt grunnlag gjelde i alle faser av prosjektet, men spesielt blir forskerens evne til kritisk distanse til sitt eget stoff tydeliggjort i analysedelen. Da jobber man inngående med et materiale hvor man bør, og skal, metodisk gjenkjenne mønstre for prosjektets videre utvikling. En av metodens styrker er den muligheten et systematisert datamateriale gir for kategorisering av funn, som igjen via videre komprimering og analyse gir et forskningsresultat.

En svakhet jeg ønsker å nevne er at mitt, forskerens, blikk og forforståelse aldri kan fullstendig neglisjeres eller objektiviseres. Da en del av datamaterialet fremsto som interessant og fengende for meg som fagperson, men ikke relevant for å kunne gi svar på problemstillingen, måtte min bevissthet omkring egeninteresse og forutinntatthet skjerpes og holdes fokusert.

Selvbevisstheten som jeg gradvis utviklet ble et viktig verktøy for å kretse oppmerksomheten om temaer som var relevante for prosjektet, og ikke bare interessante for meg med mitt perspektiv som fagperson.

Slik vil min kunnskap utvikles i tråd med mitt perspektiv, og produktet av en kvalitativ tilnærming blir farget av blant annet av min utdanning som helsepersonell, øvrig livserfaring og verdigrunnlag.

For å belyse dette på en annen måte har min forforståelse hatt direktepåvirkning på de forventninger jeg hadde til deltakernes opplevelser. Deltakernes subjektive svar var i stor grad gjenkjennelig sett med mitt blikk, men det fremkom likevel informasjon som overrasket meg.

I arbeidet med metoden og analyse av data ble det viktig for meg å være bevisst min forforståelse i deltakernes fortellinger om erfaringer i arbeid med traumepasienter.

En svakhet med metoden som blir tidlig tydelig er allerede i arbeidet med utforming av intervjuguiden. Med en intervjuguide begrenser man samtalen til å kretse om gitte temaer, samtidig som man lar intervjuobjektet snakke fritt innenfor temaet. Denne avgrensingen kan gjøre at deltakeren kan la viktige faktorer og informasjon utebli, som ellers i et åpent intervju kunne tatt stor plass.

Jeg ønsker å belyse et av spørsmålene i min intervjuguide som hadde til hensikt å avdekke hvilke strategier helsepersonell har på fritiden for selvivaretagelse. Av datamaterialet fremkom det få konkrete valgte strategier utover nettverk og trygge relasjoner, trening og liknende. Da vi vet at nyere forskning blant annet viser at teknikker som mindfulness kan virke forebyggende på sekundærtraumatisering var det i mine forventninger at blant annet dette ville bli delt som en strategi. Dette ble ikke tematisert, med mindre det inngår under temaet trening som ble nevnt av to deltakerne. I min semi-strukturerte intervjuguide hadde jeg ikke lagt opp til oppfølgingsspørsmål på det aktuelle temaet og har dermed ikke oppfordret deltakerne til å gå i dybden på hva som ligger under samlebegrepet «trening», som her er tatt som eksempel.

En annen oppdagelse fra intervjusituasjonen som jeg vil belyse er tilbakemeldinger fra deltakerne som var med på å sette prosjektet i nye perspektiver. I etterkant av intervjuet ble det notert ned umiddelbare opplevelser fra intervjuet. Deltakerne hadde tilbakemeldinger til prosjektet som gjorde meg usikker på prosjektets validitet. Det fremkom spørsmål om det utelukkede fokuset intervjuet hadde på traumepasienter da dette er en diagnose som sjeldent oppstår alene, men ofte sammen med andre diagnoser. En annen deltaker problematiserte at det er avdelinger i spesialisthelsetjenesten som har et større omfang av denne pasientgruppa, og deltakeren tenkte det ville vært mer hensiktsmessig å utføre intervjuene der. Av en annen deltaker ble problemstillingen omtalt som «*noe av høy relevans som man bør vite mer om*». Tilbakemeldingene har jeg diskutert med min veileder, men vi konkluderte med at vi ikke var ute etter å gjøre forskning på de avdelingene det er mest symptomtrykk. Dette er grunnet i at jeg med dette prosjektet har til hensikt å øke kunnskapen om hvilke faktorer som har betydning for å ivareta seg selv, og få innsikt i hva helsepersonell som jobber på døgnposter med traumepasienter har for å forebygge sekundærtraumatisering.

Ved kvalitativ metode har jeg fått kjennskap til historier og fortellinger som deltakerne anså som betydningsfull å dele under intervjuet.

Den sterke siden med prosjektet er at jeg forsker på egen kultur der jeg med min erfaring kan høste ytterligere erfaring fra annet helsepersonell. Hadde jeg hatt en annen utdanning, og ingen erfaring fra spesialisthelsetjenesten ville jeg tatt med meg andre perspektiver inn i prosjektet.

## **4.2 Psykososialt arbeidsmiljø**

Alle deltakerne deler i intervjuet behovet for et godt psykososialt arbeidsmiljø på arbeidsplassen. Vi kan se i presentasjonen av sitater i resultatdelen at det ligger forebyggende faktorer i både den uformelle kollegastøtten, og i tiltak satt i gang på arbeidsplassen som er med på å ivareta den enkelte ansatte. Det er lovfestet hvordan ansatte skal beskyttes i sitt arbeid i arbeidsmiljøloven § 1-1 bokstav a) som i hovedsak sørger for trygghet mot psykiske og fysiske skadevirkninger. *Både sekundærtraumatisering, compassion-fatigue og utbrenthet kommer inn under kategorien psykiske skadevirkninger* (Isdal, 2017: 36). Ansatte som lider resulterer i en redusert kvalitet i tjenesten som ytes til pasientene (Bell et al., 2003a). Det kan være nyttig å vite noe om hvilke faktorer helsepersonell anser viktig for å forebygge sekundærtraumatisering, compassion-fatigue, utbrenthet og vikarierende traumatisering. Samt hva de kjennetegner et godt psykososialt arbeidsmiljø. Det finnes tre nivåer av ansvar hos den enkelte 1) arbeidsgivers ansvar 2) kollegaenes ansvar for hverandre 3) arbeidstaker/ individets ansvar for seg selv (Isdal, 2017: 35). Dette er tema som deltakerne bringer frem selv, og som blir gjennomgående tema i kapitlet om psykososialt arbeidsmiljø.

I dette kapittel om psykososialt arbeidsmiljø ligger arbeidsmiljøloven som en paraply for å ivareta personell på døgnposter. Psykososiale arbeidsbelastninger kan medføre risiko (Haavik & Toven, 2020: 59), og i kapittel 4.2.1 *Uformell kollegastøtte* og 4.2.2 *Forebyggende tiltak på arbeidsplassen* presenteres hvilke faktorer deltakerne anser som viktige for å forebygge psykososiale arbeidsbelastninger.

### **4.2.1 Uformell kollegastøtte**

Den uformelle kollegastøtten er en faktor som blir vektlagt av alle deltakerne og som har stor betydning for den enkeltes opplevelse av støtte og hjelp av sine kolleger. Når en står i krevende og belastende jobber er det viktig med et godt og støttende arbeidsmiljø (Isdal, 2017: 39). I uformell kollegastøtte er det flere fenomener som er viktig å belyse. I det følgende vil faktorer som er blitt presentert av deltakerne diskuteres.

### ***Støttende arbeidsmiljø***

For deltakerne oppleves det som belastende å måtte bære på pasientenes tunge historier alene. Ifølge en av deltakerne ville ikke arbeidet vært holdbart om det ikke hadde vært for den uformelle kollegastøtten. Det beskriver Eva med dette sitatet «*Hvis ikke så tror jeg ikke at en holder ut, man er nødt til å ha en plass å ventilere det man opplever som utfordrende eller vanskelig*» (Eva). Haavik og Toven poengterer at man også skal vurdere hva man ventilerer ut til sine kolleger, da også de blir bærende på din opplevelse (Haavik & Toven, 2020: 66). Gruppens ansvar for hverandre kan også handle om hvordan oppgaver og klienter fordeles slik at de tøffeste belastningene blir jevnt fordelt (Isdal, 2017: 39). En fordel som følge av dette kan være at personalet har kjennskap til flere av pasientene og deres utfordringer, og det vil være flere å søke kollegastøtte hos når behovet oppstår. I tillegg er større variasjon i arbeidsmengde assosiert med redusert vikarierende traumatisering (Bell et al., 2003a). Det anses som en faktor for støttende arbeidsmiljø at det tas bevisste valg i forhold til fordeling av arbeidsoppgaver.

Under praksis i spesialisthelsetjenesten fikk jeg kjennskap til hvordan primærkontaktens rolle praktiseres, og hvordan enkelte ansatte blir plassert i behandlerteamet til pasienter med større psykiske helseplager enn andre. For disse ansatte kan det være større helserisiko å stå i denne rollen over lengre tid. Å ha fokus på at den ansatte ikke skal oppleve overbelastning og ensidig arbeid er forebyggende for utbrenthet (Isdal, 2017: 146-147). Det kan være en fordel for den ansatte at denne rollen rulleres på underveis. Arbeidsgivers rolle i denne type ivaretagelse av personell er avgjørende (Haavik & Toven, 2020: 58). En slik rulling vil naturligvis skape ringvirkninger også for pasienten, da pasienten må bli kjent med nytt personal, og på nytt dele sine historier og opplevelser.

### ***Relasjonsbygging***

For å kunne etablere en god relasjon til sine kolleger der en kan oppleve trygghet i samhandling med hverandre er det viktig å ha tid og rom til å bli kjent. *En relasjon blir dyp først når to parter kan se hverandres sårbarhet og ha en medfølende måte å være på i møtet med denne sårbarheten* (Binder, 2014: 12). Med uformell kollegastøtte der en kjenner til hverandres personlige grenser i samhandling med pasienter, kan en være i forkant og forebygge uheldige situasjoner.

Flere arbeidsplasser legger til rette for aktiviteter på fritida som «bedriftsfotball» og «lønningspils» som skaper rom for å bli bedre kjent. Dette kan føre til at kolleger på en mer personlig måte lærer hverandre å kjenne, som kan være til fordel for arbeid man skal utføre sammen.

Dersom en ikke samtaler jevnlig med sine kollegaer kan det også oppstå konflikter eller misforståelser bunnet i uvitenhet om hverandres behov i samhandling med pasienter.

### ***Delingskultur***

En god kultur for å dele sine opplevelser og erfaringer med sine kolleger innad døgnpostene oppleves som en viktig faktor for uformell kollegastøtte for deltakerne. Ved å dele opplevelser og erfaringer lærer kollegaene å kjenne deg og dine behov. Vi er alle avhengige av de rundt oss, og især når det omhandler fare i samhandling med pasienter (Isdal, 2017: 39). Åpenhet og god delingskultur kan være med på å minske barrieren for å be om hjelp eller støtte. For en av deltakerne er tillit viktig for en god delingskultur; tillit til den man velger å prate sammen med om det man har opplevd. Løgstrup (1956) forklarer at tillit er å utlevere seg, og i kommunikasjon gjøre seg sårbar for den andre (gjengitt i Martinsen & Eriksson, 2003: 86). En annen fordel med delingskultur er at vi kan ha tillit til at våre kolleger vet når det oppstår et behov for hjelp. Til eksempel i en samtale en skal ta der en vet det kan bli utfordring med utagering, eller at samtalen tar en retning som blir emosjonelt belastende for terapeuten. Tillit mellom kollegaer skapes dersom en kollega gir deg, som sin kollega, støtte etter en utfordrende pasientsituasjon. Denne type trygghet kan være med på å redusere stress blant usikkerhet om egen trygghet på arbeidsplassen (Devilly et al., 2009).

Hvis det ikke eksisterer rom for delingskultur vil det være vanskelig å kjenne hverandres grenser og behov, som kan føre til at en ansatt føler seg utrygg på jobb. Gjennom å lytte kan kollegaene få en god forståelse av en annens problemer og behov, og en må skille mellom å *lytte* og å *høre* (Skau, 2011: 89). Informantene bruker begrepet *lytte* som en faktor for et støttende arbeidsmiljø, men det er uvisst om det er konsekvent. Vi lytter for å kunne hjelpe en annen med å dele sine tanker og følelser (Skau, 2011: 89). Å være bevisst forskjellen på å lytte og å høre kan være til hjelp for egen bevissthet rundt å være med å bidra til et godt miljø på arbeidsplassen.



## *Uformell debrifing*

Når den ansatte tar initiativ til samtale eller uttrykker et behov for hjelp er det viktig at dette blir tatt på alvor. *Den uformelle debrifingen skjer spontant, eller ad hoc, det er den følelsen vi har når vi bare må snakke med noen* (Isdal, 2017: 195). Hvis behov for støtte bli neglisjert kan det hende at barrieren blir større for å søke støtte neste gang. Dette handler om å gjøre seg sårbar som terapeut og tenkes å være et tema som kunne vært mer omdiskutert på døgnposter og andre arbeidsplasser. Dersom det du sier ikke blir tatt imot på en god måte, kan det føre til at du slutter å dele det du faktisk opplever som belastende i din arbeidshverdag. På denne måten kan du sette deg selv og også andre i fare. Et ansvarlig lederskap skaper et miljø der helsepersonell føler seg trygg i å uttrykke frykt, bekymringer og mangler (Bell et al., 2003a). Konsekvenser av å ikke dele overførte reaksjoner, og resultat av et stort lidelsestrykk i personal gruppa kan gå ut over pasientene. Dersom de ansatte er preget av utbrenthet, klarer de ikke å være godt nok tilstede og involvert i pasientene på avdelingen (Kelly, 2020).

Den uformelle kollegastøtten er ikke fanget opp i ett system på arbeidsplassen, men er mer avhengig av personlige egenskaper hos de ansatte. De som ikke opplever å bli hørt og sett av sine kolleger kan tenkes å sitte igjen med en følelse av et mindre godt arbeidsmiljø. Dette kan føre til en opplevelse av et usunt arbeidsmiljø og dårlig kommunikasjon, som igjen kan føre til utbrenthet (Kelly, 2020). Dette samstemmer med egenskaper for en negativ delingskultur.

Et eksempel på hvordan uformell kollegastøtte ikke alene er nok for å ivareta personalets behov for ivaretagelse presenteres her. *«Etter mer voldssomme hendelser og primært med bruk av tvang eller utageringssituasjoner så har vi ofte debrifing med personal. Men det er sporadisk, spørts litt hvem som er på vakt»* (Martin). Det kan virke som om at det ikke er tydelige rammer for hvordan tiltak en skal sette i gang etter slike situasjoner som kan kreve debrifing. Dette kan skape konsekvenser for den ansatte især hvis det er personavhengig om det blir debrifing eller ikke. For den i personalgruppa som ikke besitter de personlige egenskapene om å uttrykke behov for debrifing kan dette bli en uheldig situasjon. Det innebærer at denne ansatte kan kjenne på å ikke bli møtt på sitt behov om å bli ivaretatt og som derfor havner i risikogrupper for utfordringer i helsetilstanden. Det vil alltid være noen i personalgruppa som har en «sterk personlighet» og som er motstandsdyktig, men da burde det kanskje ikke være opp til denne enkelte å si noe om behovet for debrifing.

Det er derfor viktig at det er en formell kollegastøtte på lik linje med den uformelle. Tiltak som deltakerne har presentert drøftes i kapitlet under.

#### **4.2.2 Forebyggende tiltak på arbeidsplassen**

Hovedfokuset på å forhindre og minske symptomer på compassion-fatigue, sekundærtraumatisering og vikarierende traumatisering har i all hovedsak vært på individnivå, i senere tid viser det seg at mange viktige faktorer for forebygging også ligger på arbeidsplassen (Bercier & Maynard, 2015). Det er en sammenheng mellom personlige og organisatoriske faktorer for utbrenthet (Bell et al., 2003b). Uansett hvor mange regler og rammer som styrer personalets handlinger, vil arbeidshverdagen bestå av situasjoner som krever personlig dømmekraft og faglig skjønn i øyeblikket i samhandling med pasienter (Skau, 2013: 134).

For å få tilgang til hvilke forebyggende faktorer som finnes på arbeidsplassen spurte jeg deltakerne om hvordan de opplever at arbeidsplassen tilrettelegger for å ivareta sine ansatte. Arbeidsplassen har et ansvar for å ivareta sine ansatte, slik vi leste i kapittel 4.3. Arbeid med traumepasienter øker risikoen for økt stressreaksjoner hos helsepersonell (Chrestman, 1995; Pearlman & Mac Ian, 1995, gjengitt i Bell et al., 2003a). En støttende organisasjon skaper mulighet for den ansatte for tilpasset arbeidsmengde, arbeidsaktiviteter, å ta seg fri når det oppstår sykdom, ta etterutdanning og sette av tid til egenomsorg (Bell et al., 2003a). Å tilbringe tid i andre arbeidsaktiviteter og ha en større variasjon i arbeidsoppgaver og pasienter, minsker risikoen for traumatisk eksponering (Bell et al., 2003a). I dette underkapittel skal det diskuteres hvilke forebyggende faktorer organisatoriske tilrettelegging kan medføre.

#### ***Refleksjonsmøter***

Deltakerne presenterer hvilke tiltak som er satt i gang på døgnposten for at de ansatte skal få mulighet til å kunne samtale med sine kolleger om hendelser. Organisatoriske intervensjoner blir brukt for å redusere symptomer og innebærer veiledning, workshops og en støttende organisasjonskultur (Inbar & Ganor, 2003, gjengitt i Bercier & Maynard, 2015). De ukentlige refleksjonsmøtene for de ansatte på døgnpostene er planlagte og satt av tid til, noe som medfører en forutsigbarhet om at personal får dele det en bærer på. Å ha avtalte veiledninger anses som en ivaretakende struktur på døgnposten (Haavik & Toven, 2020: 66). Det fører også til at de ansatte gis mulighet til å bruke god tid til å reflektere og ikke skynde seg med å ventilere til en kollega på kjøkkenet eller vaktrommet «i et ledig øyeblikk».

For en ansatt som har opplevd noe vanskelig, eller har hørt en tung historie fra en av sine pasienter, vil det være belastende å ikke vite når det vil bli mulighet til å snakke med en kollega, eller motta veiledning. Når en daglig er mottaker av historier og opplevelser fra pasienter, som gjør inntrykk og skaper stress hos den ansatte, uten at de ansatte får dele, kan compassion-fatigue etter tid utvikle seg (Hamilton, Tran, & Jamieson, 2016). Isdal (2017) sier at compassion-fatigue *er en gradvis nedbryting av vårt engasjement, vår involvering og vår empati med en påfølgende slitenhet eller utmattelse knyttet til det å hjelpe* (Isdal, 2017: 131). Med jevnlig refleksjonsmøter tenkes det at engasjementet for pasientene vedlikeholdes, og refleksjonsmøtene kan anses som en forebyggende faktor for compassion-fatigue, eller medfølelsestretthet.

Å motta andre perspektiver fra kolleger rundt pasienter tenkes å være med på å øke både kunnskapen om diagnoser eller personlighetstrekk og forståelsen om pasientens handlinger. Det anses som en måte skaffe seg flere verktøy i samhandling med pasienter på, og kan derfor anses som en forebyggende faktor for å opprettholde ansattes engasjement. Ansatte som deltar på refleksjonsmøter vil kunne ha ulik oppfatning av hva som er aktuelt og ta opp. I intervjuene ble det sagt at temaer som er aktuelle den uken blir drøftet. Det kan bety at de som deltar på møtene kan ha ulik oppfatning av hva som er viktig å snakke om, siden temaene og hendelsene som vil bli tatt opp ikke vil være like aktuelt for alle involverte, og hva de har opplevd siden forrige møte. Allikevel blir en mottaker av innspill og ideer på disse møtene som kan ha betydning for det arbeidet en skal utføre i samhandling med de andre pasientene på døgnposten. *Arbeid med faglig fordypning gir variasjon i arbeidsdagene, noe som er ivaretagende i seg selv* (Haavik & Toven, 2020: 66). Men på den annen side kan det virke mindre betydningsfullt for den ansatte som har et annet behov på veiledninga en det en blir mottaker av. Derfor er det også av betydning å ha debriefing som et alternativ tilpasset den ansattes behov.

### ***Debriefing***

Den formelle debriefingen eller veiledningen er planlagt og det er satt av tid og sted, den er strukturert og foregår i et eget rom; ulempen kan være at debriefingen ikke finner sted i det øyeblikket en trenger det (Isdal, 2017: 195). «*Vi har planlagte refleksjonsmøter knyttet opp mot spesifikke hendelser eller pasienter. Utenom dette så savner personale debriefing*» (Maria). Årsaken til at personal savner debriefing kan være at refleksjonsmøtene ikke er individuelt tilpasset slik at personal kan bearbeide og avgifte opplevelser (Isdal, 2017: 190).

Isdal forklarer at *debriefing er noe vi gjør når vi forteller en annen person noe vi har opplevd, og den personen lytter og mottar* (Isdal, 2017: 190). Det er også her av betydning at man i kollegiet vet noe om hvordan en skal lytte til hverandre, og hvordan en skal være mottaker. Det er viktig at det er rom for å dele sine opplevelser og at arbeidsplassen sørger for at de ansatte føler at det er rom for å dele sine opplevelser. Rosenbloom, Pratt, and Pearlman (1995 s.77) skriver at de jobber sammen for å utvikle en atmosfære der det anses som uunngåelig å bli påvirket av sitt arbeid (gjengitt i Bell et al., 2003a). Arbeidsplassen må ta ansvar for å legge merke til- og forebygge utbrenthet gjennom organisatorisk endring og tilrettelegging (Kelly, 2020). Dersom dette omtales som kjente utfall i arbeid med traumepasienter vil terskelen for å dele sine opplevelser bli lavere. Hjelpere kan bagatellisere vonde jobb opplevelser fordi de ikke ønsker å vedkjenne seg noen reaksjoner og vil vise at de tåler en støyt, eller fordi de vil glemme hva som skjedde og komme seg videre (Haavik & Toven, 2020: 66). Å ha kunnskap om hvorfor man ikke skal bagatellisere og neglisjere opplevelser for den enkelte er viktig for å forebygge nedsatt og uønsket helsetilstand hos ansatte.

Det er ikke uvanlig at helsepersonell føler seg ineffektiv, ufaglært og maktesløs på grunn av arbeidet med traume (Bell et al., 2003a). Helsepersonell trenger et sted der de kan vise sårbarhet, man kan være eksperter i terapirommet, men usikker på hvordan en skal ivareta seg selv. Man kan oppleve at en ikke vil belaste sine kollegaer eller vise seg sårbar, men på sikt kan det føre til at en ikke får den hjelpen en trenger eller at en blir skadet som hjelper. Det handler om å forebygge helseplager, hvis ikke terapeuten viser et behov for støtte og omsorg vil det skje en skjevutvikling som strider imot behovene som er belyst av deltakerne i intervjuet. Vi har et ansvar til å si ifra til arbeidsgiver eller kolleger hvordan vi har det for at de skal kunne skjønne at vi er overbelastet eller i faresonen for å utvikle sykdom (Isdal, 2017: 40). *Skjer det sånne alvorlige hendelser så er man jo på en måte godt ivaretatt med debriefing og at leder ringer og sjekker hvordan det går (Eva)*. Det Eva deler i intervjuet er gode egenskaper hos ledere som kan være med på å trygge og sørge for at den ansatte får den hjelpen som behøves etter hendelser.

### ***Veiledning***

I arbeidsgruppa på døgnpostene innhentes kompetanse utenfra for å øke kunnskap om traumearbeid. Å lære mer om hvordan man skal utføre arbeidet i en gitt situasjon kan føre til mestring (jf. Pethybridge 2004, gjengitt i Willumsen, 2009: 59). Når veiledning er rettet mot ulike pasienter og situasjoner, og ikke generelt mot diagnoser, tenkes utbyttet å være større

for de ansatte. Det vil medføre en økt forståelse rundt traumefeltet og som samtidig sørger for en mer tilpasset behandling som øker kvaliteten i arbeidsutførelsen. Manglende kompetanse og dårlige holdninger kan føre til at en utfører et dårlig arbeid (Haavik & Toven, 2020: 91). Det kan i tillegg være motiverende og varierende for personalet og jobbe ut ifra andre metoder og se pasienter i et annet perspektiv som også fører til mestring, eller ny giv til å utføre arbeidsoppgaver. I tillegg kan man jobbe sammen i team rundt utvalgte pasienter, for å sørge for en bredere forståelse rundt pasientens behov. I de fleste sammenhenger er det forbundet med forhøyet helserisiko og jobbe alene, da belastning tåles bedre når man jobber sammen med andre (Isdal, 2017: 77). Å jobbe sammen vil ofte medføre mindre press på den enkelte. Sammen kan en dele ansvar i behandlingsopplegg som blir bestemt og vedtatt. En vil føle seg tryggere i diskusjon med en kollega på de resultater som fremkommer av behandlingens effekt om det er hensiktsmessig eller uhensiktsmessig behandling.

### **4.3 Selvivaretakelse**

Selvivaretakelse er et begrep som skal beskrive behovet helsepersonell har for å sørge for egenomsorg for å beskytte seg og sin helse i tøffe jobber (Isdal, 2017: 225). Et annet begrepet er medfølelsetretthet, det inntreffer iblant helsepersonell, og særlig hos behandlere som jobber med mennesker som har vært eksponert for traumer (Figley, 2002, gjengitt i Binder, 2014: 210). For helsepersonell er det viktig å vite noe om hvilken innvirkning arbeidet de utfører kan ha for egen helse, og de må få kjennskap til og bli i besittelse av kunnskap om hvorfor selvivaretakelse er viktig. «*We are not referring to the most difficult story you've ever heard; we are talking about the thousands of stories you don't even remember hearing*». (Francoise Mathieu, 2011, gjengitt i Hamilton et al., 2016). Å arbeide med traumepasienter kan medføre en negativ påvirkning som: et stort spekter av emosjonelle og atferdsmessige konsekvenser, inkludert mareritt, påtrengende tanker, urovekkende bilder; sinne, tristhet og angst, som speiler pasientens emosjonelle tilstand (McCann & Pearlman, 1990, gjengitt i Bell et al., 2003a). Det er lite grunn til å tro at en overbelastet hjelper vil yte god hjelp over tid, derfor går overbelastningene utover klientene (Isdal, 2017: 41).

Intervjuguiden hadde til hensikt å avdekke blant annet hva deltakeren hadde av strategier for å ikke glemme egenomsorg i arbeidet som baseres på å gi omsorg til andre. Deltakerne presenterte faktorer som hadde betydning både i arbeidstida (kapittel 4.3.1) og på fritida (kapittel 4.3.2). Deltakerne hadde alle en strategi for selvivaretakelse, noen hadde bevisste strategier, og andre hadde ubevisste strategier.

### 4.3.1 Selvivaretakelse i arbeidstida

En organisasjonskultur som «normaliserer» risikoen av å jobbe med traumepasienter kan gi et støttende miljø for helsepersonell og gir samtidig en tillatelse til helsepersonell for å ta vare på seg selv (Bell et al., 2003a). Dersom det eksisterer et arbeidsmiljø som er mottakelig for å lytte til andres opplevelser, og støtte hverandre i ulike situasjoner, slik deltakerne forklarer, vil det være en positiv gevinst for helsepersonell. «*En ustelt soldat kan bli en svak soldat*» (Isdal, 2017: 239), og vi må forhindre at hjelpeyrker blir sett på som noe man bare blir betalt for å gjøre, uten å tenke at det kan ha noe større innvirkning til den enkelte ansatte. «Er vi ikke betalt for å tåle dette?» har Haavik og Toven på forsiden til boken sin *Ivaretagelse av hjelpere*, og dette spørsmålet oppsummerer hva som egentlig forventes av helsepersonell. Når man utfører et arbeid som krever at en er empatisk og omsorgsfull, så slutter ikke arbeidet når du har gått ut døra på jobb. En betaling for alle «overtidstimene» du bruker hjemme til å tenke på dine pasienter vil du aldri få rettferdig lønn for.

Kroppen inngår i regulering av sosialt liv og uttrykker ikke bare enkeltpersoners følelsesmessige tilstand (Thornquist, 2009: 34), hvilket betyr at reaksjoner som overføres fra pasienten kan ha konsekvenser for helsepersonell. Når en arbeider med vanskelige saker kan noen ansatte oppleve økt emosjoner som sinne, sorg og fortvilelse og bli hypersensitive for vold og stress (Pearlman, 1993, gjengitt i Tehrani, 2007: 328). Det kan da oppstå et behov for å beskytte seg mot andres smerte. Deltakerne hadde flere ulike strategier de brukte i sin arbeidshverdag for å sørge for selvivaretakelse. Opplevelsen av et behov for å beskytte seg selv kunne oppstå etter for eksempel en vanskelig samtale med en pasient, etter en tvangsmedisinering eller etter å ha brukt tvang i andre sammenhenger.

Det er nødvendig å si noe om de ansatte som har opplevd traumatiske hendelser selv, og deres arbeid med andres traumatiske opplevelser. Disse personene kan bli retraumatiserte dersom de lytter til klienters uavklarte overgrep situasjoner lik deres egen opplevelse (Salston & Figley, 2003, gjengitt i Hensel et al., 2015). For arbeidsgivere kan det være nyttig å vite noe om personalets livssituasjoner for å tilrettelegge arbeidsoppgaver for den ansatte (Isdal, 2017: 76). Dette beskyttelsesansvaret og organiseringen av arbeidsoppgaver og rammene rundt det er et lederansvar (Haavik & Toven, 2020: 60). Dette er med på å skåne den ansatte for uheldige opplevelser i sitt arbeid.

## ***Beskyttelsesfaktorer hos helsepersonell***

I dette underpunktet vil jeg presentere hvilke beskyttelsesfaktorer som fremkom i datamaterialet. De aktuelle eksemplene fremstilles av deltakerne som bevisste for sin selvivaretagelse i arbeidstida.

Den ene deltakeren, Maria, forklarte hvordan hun under en samtale med en pasient hadde behov for å trekke seg tilbake og avslutte samtalen fordi pasienten delte erfaringer og opplevelser som ble overstrømmende for personal. I litteraturen beskrives alle følelser som smittsomme- både de som er hyggelige og ubehagelige (Rothschild & Rand, 2006, p.9, gjengitt i Hadad & Ben-Sahar, 2012). Dersom en ikke innehar de nødvendige verktøyene man trenger for å beskytte og regulere seg selv mot vonde følelser, eller å stå i en utfordrende situasjon kan det komme til skade både for seg selv og pasienten. Pasienten kan få inntrykk av at helsepersonell ikke tåler å høre det pasienten har behov for å fortelle, og i verste fall slutte å dele fordi vedkommende ønsker å skåne helsepersonell fra deler av historiene. Dermed kan pasienten unnlate å dele informasjon som er viktig for videre behandling. For den ansatte kan det oppleves som om at en ikke mestrer å bygge en god nok relasjon med pasienten, og at arbeidet en utfører ikke gir de resultatene som er ønskelig.

Å kjenne etter og å være oppmerksom på egne følelser er en grunnleggende form for emosjonsregulering (Ekman, 2008, gjengitt i Binder, 2014: 210). «*I arbeid med traumepasienter er en av de viktigste oppgavene å klare å regulere seg selv emosjonelt*» (Maria). Maria reflekterer omkring emosjoner som noe det er mulig å kontrollere. Emosjonsregulering innebærer å erkjenne og akseptere egne reaksjoner (Haavik & Toven, 2020: 91). Ifølge Haavik og Toven (ibid) deles denne reguleringsstrategien først i en erkjennelse, deretter en aksept. I erkjennelsesfasen ligger det en bevissthet om egne emosjoner; hvorfor de oppstår eller trigges og forventede reaksjonsmønstre. Gjennom en slik selvinnsikt vil helsepersonell bli gjort oppmerksom på både styrker og svakheter i sin egen emosjonsregulering.

Videre vil en aksept for ens styrker og svakheter bli en ivaretagende faktor som beskytter helsepersonell mot ukontrollerte emosjoner. For å belyse dette med et eksempel kan man se for seg en samtalsituasjon hvor pasienten deler historier som berører helsepersonell og som fremkaller tårer hos mottaker. Dersom helsepersonell aksepterer sin emosjonelle reaksjon og

velger å gråte i samme rom som pasienten, kan dette være med å styrke relasjonen da en viser at man kan stå i det vanskelige sammen med pasienten.

I den konkrete situasjonen som Maria beskriver innledningsvis velger hun å beskytte seg selv ved å trekke seg ut fra situasjonen, noe som vitner om en erkjennelse av egne emosjoner. Videre sier hun at om hun ikke hadde valgt denne handlingen kunne det medføre en følelse av svekket profesjonsutøvelse og utilstrekkelighet i sin håndtering av situasjonen.

Eva forklarer at hun bruker humor som et bevisst virkemiddel for å regulere seg selv fra å kjenne på det som er tungt, leit og trist. En spøk som letter på trykket i en presset situasjon uten å bryte den profesjonelle rammen (Skau, 2011: 46), kan gjøre dagen litt bedre for både terapeuten og pasienten, og gjør det lettere for begge parter å stå i behandlingssituasjonen.

Eva hadde en annen strategi som hun brukte etter for eksempel etter en tvangsmedisinering eller etter bruk av tvang. I intervjuet sammenlignet hun dette med den måten hunden rister seg etter å ha vært ute. Terapeuter blir daglig aktivert i møte med klienter, og det kan føre til kronisk overaktivering, og arbeidshverdagen gir ikke alltid mulighet til å *komme ned på* og avspenne kroppen (Isdal, 2017: 104). Slik Eva forklarte dette tar det ikke lang tid å gjøre denne øvelsen som hun også har anbefalt sine kolleger å gjøre, med god effekt ifølge Eva. Babette Rotschild (2006) forklarer at arbeidet med menneskers lidelser og traumer fører til kroppslig aktivering og hvis vi ikke forholder oss til kroppen kan det medføre en helserisiko (gjengitt i Isdal, 2017: 104).

For traumatiserte pasienter er det viktig å sikre at de ikke opplever ytterligere krenkelser eller skade, og at personer som har opplevd relasjonelle traumer blir forstått og møtt (Søviknes, 2016: 3). Maria delte en erfaring om å ha kjent på å være en trigger for pasienten. For de ansatte kan det være viktig å kjenne til hva som kan trigge pasienten slik at man for det første kan skåne pasienten for uheldige opplevelser, og for det andre kan en beskytte helsepersonell fra å bli utskjelt, utstøtt eller lignende. Martin sier at de på sin avdeling, til en viss grad, forsøker å legge til rette på døgnposten slik at de pasientene som kan knytte vonde minner opp mot utvalgt personell ikke får de i behandlingsgruppen eller som dagskontakt. Noen pasienter sier tydelig ifra dersom noen kan minne en om en overgriper, eller ha samme utseende og kroppsbygning som overgriperen. En slik tilrettelegging tar hensyn til både personal og helsepersonell. Det vil være en beskyttende faktor for personalet da de slipper å



oppleve avvisning eller kommentarer som sårer. Og beskyttende for pasienten da vedkommende slipper å omgås en som minner om en overgriper.

En annen deltaker beskrev at «*man må se seg selv som et ledd av en behandling*» (Trond). Slik denne strategien ble presentert av deltakeren tolker jeg det som en beskyttende faktor hvor deltakeren er oppmerksom på sin rolle, som en av mange hjelpere i pasientens forløp. Dermed uttrykker ikke deltakeren sin rolle som mindre betydningsfull sammenlignet med andre hjelpere i andre instanser. Snarere, tvert imot, skal en være bevisst på hvordan en forholder oss til pasienten og pasientens personlige opplevelse av å være i behandling. Som helsepersonell bør og skal en være oppmerksom på språkbruken slik at vi ikke «tingliggjør» det personlige (Skau, 2011: 48). En bevissthet rundt språkbruk og uttrykksmåte er viktig både i pasient/ behandler kontakt, men også i måten vi omtaler pasienter på sammen med våre kollegaer.

En beskyttelsesfaktor Trond velger er å fremstille seg som *et ledd* i en behandlingkjede, og ikke det *eneste* leddet. Med en slik tilnærming til sin rolle unngår han sannsynligvis å bli berørt i den grad at hans emosjoner kan komme til hinder for relasjonen eller videre behandling. Som helsepersonell vil normale menneskelige reaksjoner komme til uttrykk i større eller mindre grad. Et instrument har ingen følelser, ingen vilje eller sjel (Skau, 2011: 48). En mekanisk eller statisk samhandling med pasienten kan være til nytte ved enkelte somatiske lidelser, men som helsepersonell i psykiatri må man kunne involvere seg tilstrekkelig emosjonelt, og samtidig være oppmerksom på egne personlige og private grenser.

Det kan tenkes at en pasient som erfarer at helsepersonell er medfølende i samhandling, der helsepersonell ikke ser seg selv som et instrument, vil ha opplevelse av en trygg relasjon som kan føre til en bedre behandling. Å fremme trygghet, bygge gode relasjon og sørge for tilknytning kjennetegner TBO-modellen (Søviknes, 2016: 3), som døgnposten har som forståelsesramme i sitt arbeid med traumatiserte pasienter.

### ***Personlig, privat og profesjonell***

Pasienter er ofte åpne om sine historier og velger å dele sine opplevelser med noen de har tillit til. Som helsepersonell er man innerst i nettverket til mange pasienter. Pasienter kan for eksempel miste kontakt med familien, bestemme seg for å ikke ville ha kontakt med nærmeste familie, eller familien velger å ta avstand fra pasienten. Det er ikke unormalt at er familien er bosatt langt unna institusjonen eller behandlingsstedet. Fokus på nettverk vil være en viktig

faktor for miljøarbeid for å skape gode relasjoner mellom ansatte og brukere (Gundersen, Moynahan, & Olsen, 2006: 30). Desto viktigere er det å være bevisst på forholdet mellom personlig, profesjonell og privat. En av deltakerne bemerket hvordan det i opplæringa kunne vært mer fokus på det å være personlig og privat, da han selv hadde erfart at det var utfordringer rundt å vite hvor grensa går i forhold til hva man bør dele å ikke dele med pasienten. «I opplæringsarket vårt på jobb står det «personlig og privat» og så blir det opp til den enkelte som har opplæring med den nyansatte å forklare dette» (Trond). En mer utdypende og eksemplifisert utgave av *personlig og privat* vil kunne skåne personal fra å gjøre feil i samhandling med pasienter. Trond mener at det burde vært mer utdypa i opplæringsarket hvordan man skal forholde seg til profesjonell, personlig og privat i samhandling med pasienter. Figley (1995) beskriver at pleierens trivsel kan forbedres med klare definerte retningslinjer mellom profesjonelle bånd og grenser (Tehrani, 2007). Definerte grenser eller anbefalinger kan bidra til at den nyansatte føler seg mer forberedt på hva som vil møte en, og den nyansatte kan gjøre seg opp noen tanker om hva en tenker er hensiktsmessig å dele og hva som ikke bør deles. Dette er en faktor for selvivaretagelse som beskytter den ansatte fra å ikke gjøre seg selv mer sårbar for pasienten enn det den allerede er.

Helsepersonell som har egne erfaringer med opplevd traume står i en særposisjon for å erfare vikarierende traumatisering, Pearlman & Saakvitne, gjengitt i Devilly et al. (2009), og det tenkes at det er en fordel for helsepersonell som havner i denne kategorien å ha et avklart forhold til egne opplevelser før en velger å dele sine erfaringer med andre. I tillegg bør en være observant på sitt empatiske engasjement slik at en ikke involverer seg mer i pasientens historier enn det som er til sitt eget beste (Pearlman & Saakvitne, 1995a, p. 31, gjengitt i Bell et al., 2003a). Det er viktig å ha god balanse i den omsorgen du har for andre, og den omsorgen du har for deg selv (Isdal, 2017).

I intervjuet delte deltakerne at ting de hadde sagt før, som var av en noe privat karakter, hadde blitt brukt mot en i en annen kontekst senere. Å vise hvem man er, og hva man selv tenker og føler kan bidra til å skape tillit og styrke i arbeidsalliansen (Eide & Eide, 2004: 262). En hjelper kan godt gi uttrykk for sin personlige erfaring og kompetanse for å bygge tillit for å i det hele tatt komme i en hjelpeposisjon (Skau, 2013: 72). I enkelte settinger kan det være helt naturlig å dele egne erfaringer med pasienten, og det kan til og med være betryggende for pasienten å høre om at helsepersonell også har vært utsatt for vold, eller hatt lignende situasjoner som pasienten, med tanke på videre behandling, tillit, forståelse og ansatte som sitter i behandlerteamet. Det er ikke alltid like lett å vite hva det vil si å være profesjonell og

hvorvidt det bare er av det gode å være det (Skau, 2011: 47). Å opptre profesjonelt i møte med klienter innebærer å nyttiggjøre seg en bestemt teoretisk kunnskap i møtet med den andre, og å være en person i dette møtet og dermed gi den andre anledning til det samme, å skille mellom seg selv; sak/ person, og å skape kontakt (Skau, 2011: 47).

Altså er personlig, privat og profesjonell fenomener som ikke har noe fasitsvar, men det kan tenkes at dersom en deler noe med sine pasienter så bør det være i den kategorien at det ikke vil såre deg å få kommentarer på dette ved en senere anledning.

### ***Kunnskap gir økt forståelse***

Terapeuten står i en posisjon der en skal balansere mellom profesjonell kommunikasjon med pasientene og samtidig sørge for en god terapeutisk relasjon. Det er tilfeller hvor en må bruke tvang med pasientene for å sørge for deres liv og helse der helsepersonell føler at det blir brist i den terapeutiske relasjonen.

Eva delte i intervjuet sine erfaringer med bruk av tvang og hvordan hun aktivt måtte unngå å kjenne på de vanskelige følelsene under dissosiasjon hos traumepasienter. «*For å håndtere alle de vanskelige følelsene dette vekker i meg, må jeg forsøke å forstå dissosiasjon som et forsvar mot tidligere traumatiserende hendelser*» (Eva). Dette sitatet handler om å forstå pasientens opplevelser, historie, handlinger og diagnoser i ett. Det krever forkunnskaper hos terapeuten slik at en kan evne å se hva som ligger bak pasientens dissosiasjon. Dersom en ikke hadde klart å se dette som *et forsvar mot tidligere traumatiserende hendelser*, ville en sett et menneske som det er vanskelig å få kontakt med, som er stiv i kroppen, og vedkommende kan handle til stemmene i hodet som kan oppfordre til suicid. Dissosiasjon hører til komplekst traume (Håkonsen, 2000: 89) og kjennskap til at pasienter med denne type livshistorie kan dissosiere er viktig for terapeuten. Med forkunnskaper om denne type tilstand hos en pasient kan en være forberedt og handle ut ifra det som er anbefalt i samhandling med den aktuelle pasienten. Dersom en ikke vet hvordan en skal agere under et slikt tilfelle kan terapeuten føle seg udugelig, og mislykket og over tid kan dette i verste fall føre til utbrenthet (Isdal, 2017: 146-147).

Dalton (2001) fant at helsepersonell med mastergrad hadde lavere sjanse for sekundærtraumatisering sammenlignet med helsepersonell med bachelorgrad (Bell et al., 2003a). Dette kan også anses som en implikasjon på at kompetanse og kunnskap er en forebyggende faktor for somatisering hos terapeuten.

### 4.3.2 Selvivaretakelse på fritida

For å ivareta seg selv på fritida, eller for å unngå å tenke på pasientenes vanskelige historier hadde alle deltakerne en strategi for å beskytte seg selv. For å sørge for selvivaretakelse kan det hjelpe å trene og å opprettholde fysisk helse (Figley, 1995, gjengitt i Tehrani, 2007). En tenker kanskje at selvivaretakelse er synonymt med en aktivitet eller en form for trening, men dette var i mindre grad noe deltakerne la vekt på under intervjuet. Det ble åpenbart at deltakeren hadde flere former for selvivaretakelse som ikke innebar fysisk aktivitet.

Deltakerne hadde strategier som var av en forebyggende karakter hvor de hadde tatt valg i sitt nettverk, eller funnet andre metoder for å unngå å kjenne på pasientens vonde opplevelser. Horwitz (1983) hevder at overføring av egne ubehagelige tanker til den andre kan føre til en psykisk omorganisering, som om at psykisk materiale brøt seg inn i sin egen psyke (gjengitt i Hadad & Ben-Sahar, 2012). Ingen av deltakerne hadde opplevd å slite med pasientens materiale på fritida, men hadde kolleger som i perioder hadde utfordringer med nattesøvn fordi de hadde tenkt på pasient relaterte utfordringer.

#### *Trygghet og forutsigbarhet*

Trond poengterte at han hadde gjort bevisste valg i sitt nettverk slik at han hadde en trygg og forutsigbar omgangskrets. Dette presenterte han som en beskyttende faktor for å ha et tydelig skille mellom jobb og fritid. Han la til at arbeidet han har er uforutsigbart i samhandling med traumepasienter, og denne uforutsigbarheten ønsket han ikke hjemme i tillegg. Et eksempel på uforutsigbarheten han møter på i sitt arbeid er presentert her: *«Jeg sitter i en samtale med en pasient og vi hadde hatt en grei time. Plutselig ber pasienten meg reise til helvete og anklager meg for å forsøke å beføle vedkommende. Jeg forlot rommet. Et kvarter etterpå kom pasienten å spurte om vi skulle gå til brusautomaten sammen, og da er alt OK på et vis»* (Trond). Det kreves en god tilpasning av helsepersonell for å følge pasientenes emosjonelle berg- og dalbane. Og en må være ydmyk for å la kommentarer som Trond opplever her passere. Hvis Trond skulle hatt den samme uforutsigbarheten på fritida ville det blitt slitsomt, og hele tiden tilpasse seg omgivelsene krav og behov. God egenomsorg handler om hvordan vi unngår faktorer som kan virke nedbrytende på oss (Isdal, 2017: 41), og å ta bevisste valg for hvordan en på fritida blir eksponert for de samme utfordringene som på arbeidsplassen kan være viktig for å oppleve trygghet og forutsigbarhet.

## ***Mestringsstrategi***

Maria forklarte at det for henne fungerer «å ta et dypdykk inn i faglitteratur» når tankene om pasientene blir for påtrengende. Dette tenkes å være med på å styrke hennes kompetanse i arbeidet med traumepasienter. Det anses som en mestringsstrategi og en avledningsmanøver. Det vi møter av plager på fritida må vi bli flinkere til å sette i kontekst med det vi møter av traumatisk stimuli i jobben (Isdal, 2017: 95). Vi føler med sorg, med sinne, med frykt og med glede med våre pasienter og blir fysiologisk aktivert i møtene med andres lidelse (Isdal, 2017: 95-96). Disse inntrykkene og følelsene tar vi med oss hjem. Pearlman, 1999, fant at det er nyttig for hjelpere å diskutere caser med kollegaer, delta på veiledninger, bruke tid med familie og venner, ha ferie, være sosial, trene, ha begrenset arbeidsmengde og å opprettholde et spirituelt liv (gjengitt i Tehrani, 2007). Å ta kontroll over egne følelser og tanker blir da en mestringsstrategi som fungerer for Maria, men som hun også i intervjuet forklarte tok lang tid å finne ut av. I starten, da hun begynte i jobben, sa hun at hun tok jobben med seg hjem, men at hun nå hadde funnet en løsning på det. Det kan fortelle oss at nyutdannede spesielt trenger veiledning tidlig i yrkeskarrieren. Det sier også at det kan bli et økt fokus på hva som venter oss i arbeidslivet på grunnutdanninga. Dette kommer jeg tilbake til i neste kapittel.

Martin forklarte at sin familiesituasjon hjemme med små barn førte til at ettermiddag og kveld går til «mat og stell» til barna. Han forklarte at det ikke blir tid til å sette seg ned å tenke på jobben i den grad som han kanskje ville gjort hvis familiesituasjonen hadde vært annerledes. Han forklarer at han har en ektefelle hjemme som han kan samtale med når et behov oppstår, og det blir på en måte hans ivaretagelse på fritida. Hvilken sosial støtte som har mest betydning for å dempe sekundærtraumatisk stress av familie og venner, eller veiledere og kolleger er uvisst (Badger et al., 2008; Slattery & Goodman, 2009, gjengitt i Hensel et al., 2015 s. 88)

## ***Grunnutdanninga***

Ett spørsmål i intervjuguiden hadde med hensikt å avdekke hvordan deltakerne underveis i utdanningen ble rusta for hva som ville møte de i arbeidslivet. Jeg spurte deltakerne om de hadde lært noe på grunnutdanninga om selvivaretagelse. Trond svarte dette: «Jeg kan ikke huske at vi lærte noe på grunnutdanninga, det var veldig lite fokus på det. Det kunne vært mer fokus på det, og om det å regulere seg selv, om å bruke seg selv som instrument, og om hva det vil si og holde avstand til den man skal yte tjenester til». Det kan tenkes at en realistisk

innføring i hvordan det er å arbeide i psykiatri og med traumatiserte pasienter på studiet, ville vært med på å gjøre ansatte sterkere i nye relasjoner på nye arbeidsplasser etter endt utdanning.

#### **4.4 Å finne mening i arbeidet**

Mange av de som har valgt hjelpeyrket synes det er interessant, givende og man får følelsen av å bidra til at andre skal ha det bra, det gir *mening* (Haavik & Toven, 2020 :14). Man får komme tett inn på andres liv og blir kjent med mennesker og deres levde liv som kan være ganske ulikt sitt eget, og det kan være veldig spennende.

Til tross for at det å jobbe med traumatiserte pasienter kan gi hjelperen helseplager så gir det mening til å fortsette. Det viser seg at dersom traumepasienter opplever positive endringer, kan det forventes at det medfører positive endringer for den vikarierende traumatiserte også (Linley et al., 2005). Dette kan være en av årsakene til at en ønsker å bevare den jobben man har. Deltakerne hadde også beskrivelser av hva som ga mening og mot til å fortsette i jobben med traumepasienter.

#### ***Mening***

Deltakerne delte alle opplevelsen av å være til nytte for pasienten og nytten av «å frembringe håpet som for pasienten har vært fraværende en stund» (Maria). «Når du får en form for anerkjennelse om at «du har faktisk hjulpet meg» så topper det alt det vanskelige, og gjør det hele verdt det» (Maria). Med dette sitatet oppsummerer Maria hvordan hun opplever det å arbeide med traumepasienter. Hun forklarer også at det er vanskelige og urettferdige ting hun lytter til, og som hun enkelte ganger ikke klare legge igjen på arbeidsplassen. Men til motvekt for dette sier hun at opplevelsen av å hjelpe noen og å oppleve anerkjennelse fra pasienter, gjør det vanskelige verdt det.

I spesialisthelsetjenesten er det flere poster som arbeider ut ifra Traumebevisst omsorg (TBO). Dette er en metode som er anerkjent med barn og unge, men som også kan overføres til arbeid med voksne personer. Det baseres på trygghet, relasjonsbygging og regulering som hovedprinsipp (Søviknes, 2016: 3). Terapeuter som arbeider på poster der det er pasienter som har en traumediagnose eller som har opplevd en traumatisk enkelthendelse, jobber tett med pasientene og deres historier.

## ***Den salutogene modellen***

En av deltakerne, Trond, presenterte Antonowskys salutogene mestringsstrategi for å vise hvordan man skal være bevisst hvordan man kan påvirke eget liv. «*Den salutogene modellen handler om å ha tro på at man kan påvirke sitt eget liv, og det å ha tilgjengelige ressurser for mestrings*» (Trond). Å se mening i det meningsløse kan også være til hjelp for å snakke om de vanskelige tingene lettere enn før, eller oppleve økt modenhet og styrke (Dyregrov & Dyregrov, 2011). «*At man kan ta i bruk de ressursene tenker jeg er viktig for ikke bare traumepasienter, men alle pasienter. Det er så viktig for vår psykiske helse at vi har oversikt, og at vi opplever at ting henger sammen*» (Trond). Som helsepersonell blir det vår jobb å sørge for at vi kan bidra til at pasienten ser sin sykdom, sine handlinger og sine emosjonelle tilstander i kontekst. Samt hjelpe de å finne sine ressurser til å håndtere vanskelige hendelser. Den salutogene modellen er også til hjelp for helsepersonell for å øke forståelsen rundt å se ting i sammenheng og å oppleve mestrings i den jobben vi gjør.

## ***Empati***

I samhandling med traumepasienter er medfølelse en sentral del av arbeidet helsepersonell utfører, og en deltaker sier at «*Man skal jo selvfølgelig ha empati, men man kan ikke la seg bevege i så voldsom grad. For å kunne hjelpe folk så må man jo på en måte, ehm, klare å ta imot, og klare å bearbeide ting som de kanskje ikke har helt oversikt over, og som de kanskje sliter med*» (Trond). Evnen til empati er et redskap for vår medfølelse (Binder, 2014: 19). Ifølge Baron-Cohen (2011) har empati både en emosjonell og en kognitiv side, da vi kognitivt kan tenke oss til hvordan noen har det og vi kan spontant kjenne det og føle det på egen kropp (Binder, 2014: 19). Trond forklarer at man må ha empati for å forstå det pasienten formidler behov for, men for å kunne hjelpe pasienten må en klare å skille mellom det å bry seg og å la informasjonen gå inn på seg. Gjennom vår innlevelse og empati blir vi «vikarer» i møte med urettferdighet og de krenkelser våre klienter har opplevd (Isdal, 2017: 29). Å klare å sortere informasjonen en får kan være til nytte for terapeuten, og på denne måten kan en dele hendelser lettere med sine kolleger, og samtidig unngå å bære på de vonde historiene alene. «*Men så skal en jo møte folk på en god og empatisk måte, der pasientene skal føle at de møter et menneske og en har en slags nærhet og god terapeutisk relasjon, med forbehold*» (Trond). Her forklarer Trond hvilke forventninger han har til seg selv. Han ønsker at pasientene skal ha tillit til ham, slik at de kan bevare en terapeutisk relasjon, men samtidig tillater han seg å

fremstå som «sårbar» for denne pasienten. Trond presenterer en type avklart forhold til sin rolle som helsepersonell.

Empatiske terapeuter som opplever vikarierende traumatisering kan oppleve alvorlige konsekvenser i jobb og privatliv; tap av personlige forhold, og i noen tilfeller trengs det forebyggende endringer i jobb (Pearlman og Saakvitne, 1995, gjengitt i Canfield, 2005). Maria deler også erfaringer fra en situasjon der følelsene hennes ble synlig. «*Jeg føler veldig mye på det med empati for de her pasientene, og det er jo tunge ting vi hører, og det kan jo påvirke oss i den forstand at dem ser at vi blir gråtehabil og tenker at vi som hjelpere kanskje ikke er i stand til å tåle noe såpass tungt*» (Maria). Det er viktig å presisere at hjelperens profesjonalitetsbegrep må åpne opp for følelser, da følelser er en forutsetning for empati, og profesjonelt helsearbeid handler om mer enn det (Haavik & Toven, 2020: 21).

Haavik og Toven (2020) presenterer tre terapeutiske posisjoner for profesjonelt hjelpearbeid: (1) objektiviserende: det går ut på hjelperens handlinger (atferd, utsagn, vurderinger, refleksjoner), (2) empatiske: der hjelperen forsøker å sette seg inn i hjelpe mottakers situasjon og kjenne etter hvordan vedkommende har det, (3) autentiske: handlinger ut fra hjelperens egne reaksjoner (følelser, tanker, impulser) (Haavik & Toven, 2020: 21). Haavik og Toven (2020) legger til at alle disse tre er viktige posisjoner for godt hjelpearbeid (Haavik & Toven, 2020: 22). For hjelpere som tenker at det er uprofesjonelt å vise følelser, og i noen tilfeller ukontrollert, så kan det være betryggende å vite at det *ikke* er uprofesjonelt, men rent medmenneskelig.

### ***Tvang er også omsorg***

I rollen som helsepersonell følger det også bruk av tvang og makt på pasienter. I et ulikeverdig forhold er det viktig at terapeuter forstår sin dobbeltfunksjon (Skau, 2013: 61). Som helsepersonell kan en oppleve å måtte påføre andre smerte (Jens Bjørneboe, gjengitt i Skau, 2013: 32), og samtidig måtte være nødt til å opprettholde en god terapeutisk relasjon. Dette kan være en ubehagelig posisjon å stå i som helsepersonell og menneske. Desto viktigere er det å ha en støttende organisasjon rundt seg, som kan være til hjelp i tvangssituasjoner og styrke fokuset på at tvang også er omsorg. *Vi kan ikke alltid gjøre noe med visse ytre omstendigheter, men vi kan alltid gjøre noe med måten vi forholder oss til dem på* (Skau, 2011: 24). Martin forklarte at kollegastøtte og debrifing i etterkant av en tvangssituasjon var til god hjelp etter ubehagelige situasjoner, der kroppen er anspent og man



har følelser rundt hele situasjon som bør deles med noen. Arbeidsmiljøloven § 4-3 (4) sier at arbeidstaker skal, så langt det er mulig, beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre (Arbeidsmiljøloven, 2005). Gjentatte hendelser med bruk av tvang kan betegnes som *uheldige belastninger* og bør tas hensyn til blant ledere slik at man får systematisk hjelp etter slike situasjoner. Hvis man blir «vant» til å utøve tvang kan det føre til at respekt for handlingen og hele situasjonen forsvinner. Min opplevelse med bruk av tvang er at det gjør litt vondt i magen, og det *skal* gjøre vondt i magen. Tvang skal ifølge § 4-2 *Vern om personlig integritet* innskrenkes til det strengt nødvendige, og skal så langt det er mulig ta hensyn til pasientens syn på slike tiltak, og hvis mindre inngripende tiltak er tilstrekkelig skal det benyttes (Lov om psykisk helsevern, 2017).

Gjentatte hendelser med bruk av tvang kan også være knyttet til utbrenthet. Kelly (2020) sier at utbrenthet er sammensatt og kommer av blant annet organisatoriske rammebetingelser, usunt arbeidsmiljø og dårlig kommunikasjon (Kelly, 2020). Det er derfor viktig at personalet snakker sammen etter slike tvangssituasjoner som for personal kan være vanskelig å stå i alene. Martin sier at han forsøker å bruke vanskelige tvangssituasjoner der hvor hele situasjon har blitt en negativ opplevelse, til å unngå å havne i like situasjoner igjen. Å se tilbake på dårlig håndterte situasjoner og lære av dette krever at en kan akseptere at en som helsepersonell også kan komme til å gjøre feile vurdering i ulike situasjoner.

Empatiske terapeuter som står i behandlingsteam til utvalgte pasienter kan oppleve at behandling og tilbud avhenger av dem. Når personal havner i en situasjon som er preget av stress grunnet gradvis påvirkning og slitasje fra det å jobbe med mennesker kan det føre til compassion-fatigue (Isdal, 2017: 146-148). Compassion-fatigue kan føre til negativ mestringsatferd, nedsatt evne til å føle sympati og empati, og i verstefall nedsatt evne til å ta vare på pasienten (Cocker & Joss, 2016). Terapeuter må bli flinkere til å akseptere sine feil, og erkjenne at en i andre situasjoner gjør noe rett. En slik balanse tenkes å være med på å skape en balanse i arbeidet som helsepersonell, og det vil også være nyttig å huske på å anerkjenne hverandre.

Avslutningsvis ønsker jeg å fremheve hvordan brukermedvirkning i etterkant av bruk av tvang kan være med på å forebygge sekundærtraumatisering hos terapeuten. Å samtale med pasienten etter bruk av tvang tenkes å styrke Eva i sitt arbeid under tvang.

Eva forklarer at hun etter bruk av tvang snakker med pasienten for å informere om hva som skjedde under dissosiasjon når Eva var nødt for å bruke tvang for å forhindre død eller vesentlig skade hos pasienten. Det er viktig å snakke om det av flere grunner. For det første blir pasienten informert om at det ble benyttet tvang når pasienten selv ikke var mentalt tilstede, og får da en mulighet til å uttale seg om situasjon. Pasienten trenger heller ikke å bekymre seg over hva som skjedde under dissosiasjon, men kan få det forklart fra helsepersonell. For det andre kan pasienten få mer tillit til Eva og relasjonen kan forsterkes, som også kan føre til opplevelse av et bedre behandlingstilbud. Og med dette rettes det fokus mot bruk av tvang, som er med på å bevare respekten for en slik inngripen mot et annet menneske, og det blir ikke bare en handling man gjør når behovet oppstår.

## 5 Oppsummering

Prosjektets resultater viser at deltakerne ser på arbeidsmiljø, kollegastøtte og ivaretagelse på arbeidsplassen som nyttig. Kollegaer som har lik erfaring som seg selv i arbeid med traumatiserte pasienter er betydningsfullt å søke støtte og forståelse fra. Deltakerne deler betydninga av at det skal være enkelt og motta veiledning og støtte av sine kolleger da et behov kan oppstå raskt etter en samtale eller et møte.

Helsepersonell som over lengre tid er mottakere av historier som inneholder grusomme voldsepisoder, opplevelse av tap, og andre traumatiserende hendelser har også et behov for å ivareta seg selv på fritida. Et bevisst valg en deltaker gjorde på fritida var å velge hvem en ønsket å ha i sitt nettverk. Det ble presentert som en forebyggende faktor for å oppleve forutsigbarhet. Deltakeren forklarer at det noen ganger oppleves som uforutsigbart å arbeide med traumepasienter, og denne uforutsigbarheten er det ønskelig å unngå på fritida. Andre presenterer selvivaretakende strategier på fritida som trening, gå tur med hunden og å være sammen med familie.

Noe som alle deltakerne hadde til felles var opplevelsen av å føle at arbeidet var meningsfullt. Konkrete situasjoner som bidro til mestring og motivasjon til å fortsette er når pasienten gir et uttrykk for at en opplever håp, eller når helsepersonell fikk tilbakemelding på at de har gjort en god jobb i samhandling med pasienten.

### *For å mestre rollen som helsepersonell*

Det kan være utfordrende å stå i denne type arbeid og å være mottaker av andres historier og opplevelser. I løpet av prosjektet er det presentert utfordringer som kan føre til somatiske og psykiske plager i arbeid med andre mennesker, og helsepersonell må ha kjennskap til konsekvensene som kan komme som følge av dette. Deltakerne forklarte at påkjenningene i hovedsak er knyttet til alt det er vanskelige saker en må høre fra pasientene, detaljerte historier og de ansatte sitter igjen med fotografiske minner etter å ha lyttet til slike historier. Det er positivt at deltakerne ikke kunne fortelle om psykiske helseplager knyttet til sitt arbeid. Utfordringene som ble nevnt av deltakerne var at de noen ganger tenker på pasienten når de er kommet hjem fra vakt, og ikke klarer legge bort arbeidet. Deltakerne deler gode mestringsstrategier, og forebyggende teknikker for å ivareta både seg selv, og de andre ansatte

på døgnposten. At deltakerne ikke opplever helsemessige påkjenninger kan bety at deltakerne besitter gode strategier for selvivaretagelse. Det kan også ha sammenheng med at det på døgnposter, med ulike pasientgrupper og ikke bare traumepasienter, er god variasjon i arbeidsoppgaver.

For at helsepersonell skal kunne holde ut lengre i arbeid med traume er det betydelig at det er en god struktur for å bli ivaretatt på døgnposten. Hyppige intervaller med refleksjonsmøter, veiledning eller debriefing skaper rom for den ansatte til å dele bekymringer og utfordringer, og motta tilbakemelding og innspill fra sine kolleger. Slike møter skaper rom for en god samtale og refleksjoner rundt hendelser, noe man ikke vil oppleve på kjøkkenet eller på vaktrommet «i forbifarta», som ble nevnt i resultatdelen. Det viser seg at ansatte tar hånd om hverandre, og har fokus på et støttende arbeidsmiljø. En slik *hverandreivaretagelse* anbefaler jeg leseren av dette prosjektet å ta med seg videre til sin arbeidsplass.

Sett i et samfunnsøkonomisk perspektiv, med tanke på utbrenthet, compassion-fatigue, sekundærtraumatisering eller vikarierende traumatisering, er denne ivaretagelsen av sine ansatte en viktig del av jobben til ledere. Økt kompetanse, samarbeid med andre instanser, og kunnskap om hvordan en kan ivareta pasienten og å hjelpe best mulig, er med på å skape mestring i arbeidet, noe som deltakerne formidler som en viktig faktor for å oppleve mening. At flere instanser og tverrfaglige profesjoner jobber sammen er også nyttig for å øke kunnskapen blant alle deltakerne i møtet. For at et slikt samarbeid skal nå frem er det viktig at for eksempel RVTS og psykomotorisk fysioterapeut er enkelt å få tak i, og enkelt å samhandle med.

Å være bevisst hvilken påkjenning ansatte i spesialisthelsetjenesten står i er viktig å ta med seg både for ledere og helsepersonell. Arbeidsmiljøloven må tolkes i en sådan retning at en sørger for at helsepersonell får den psykososiale støtten, veiledning, tilrettelegging og oppfølging som er nødvendig for å holde ut lengst mulig i sitt arbeid, og dette bør og skal prioriteres.

### ***Andre perspektiver til videre undersøkelse***

I intervjuguiden ble deltakerne spurt om hvordan de på grunnutdanninga var forberedt på hva som kunne vente de ute i arbeidslivet. Bakgrunnen for at jeg spurte om dette er at det finnes mange sykepleiere og vernepleiere i spesialisthelsetjenesten som tenkes å bli berørt i

samhandling med traumatiserte pasienter. Deltakerne fortalte at de ikke hadde hatt noe av betydelig grad om hvordan en som hjelper selv kan bli berørt, eller sekundærtraumatisert, og heller ikke mye om selvivaretagelse. Når jeg ser tilbake på min grunnutdanning på vernepleien så kan jeg ikke huske at vi hadde noe om dette. Ettersom både vernepleiere, sykepleiere og andre hjelpere i ulike yrker kan komme til å jobbe på disse avdelingene kan det være forebyggende og ivaretagende allerede på grunnutdanninga å få kjennskap til disse fenomenene; selvivaretagelse og sekundærtraumatisering.

En deltaker kom med et forslag som skal være med å forebygge at personal ikke blir ytterligere sårbar i møte med pasienten. Deltakeren foreslo at opplæringsarket på døgnpostene skulle vært mer spesifisert på temaene *personlig, privat og profesjonell*. Dette er noe en kan ta med seg videre i opplæringsmodulen på flere arbeidsplasser.

### ***Til deg som hjelper***

Et økt fokus på å ivareta dine kolleger og deg selv, kan skape forandringer for deg og andre hjelpere i en arbeidshverdag med traumatiserte pasienter. Å finne, og å skape rom og tid for dette, tenkes å være av stor betydning for alle hjelpere der ute.

Vi er betalt for å «tåle» belastningen det medfører å jobbe med traumatiserte pasienter, men vi er også bare mennesker i møte med andre mennesker.

Med et inderlig ønske fra meg, og et håp for en ytterligere meningsfull arbeidshverdag og en opplevelse av økt mestring, til deg.

## Referanseliste

- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *11*(1), 11-18. doi:10.1093/heapro/11.1.11
- Baum, N. (2016). Secondary Traumatization in Mental Health Professionals: A Systematic Review of Gender Findings. *Trauma, Violence, & Abuse, 17*(2), 221-235. doi:10.1177/1524838015584357
- 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
- Bell, H., Kulkarni, S., & Dalton, L. (2003b). Organizational prevention of vicarious trauma.(Agency Culture). *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services, 84*(4), 463. doi:10.1606/1044-3894.131
- Bercier, M. L., & Maynard, B. R. (2015). Interventions for Secondary Traumatic Stress With Mental Health Workers: A Systematic Review. *Research on Social Work Practice, 25*(1), 81-89. doi:10.1177/104973151513517142
- Binder, P.-E. (2014). *Den som vil godt : om medfølelsens psykologi*. Bergen: Fagbokforl.
- Bjørndal, C. R. P. (2002). *Det vurderende øyet : observasjon, vurdering og utvikling i undervisning og veiledning*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- 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
- Canfield, J. (2005). Secondary Traumatization, Burnout, and Vicarious Traumatization: A Review of the Literature as It Relates to Therapists Who Treat Trauma. *Smith College Studies in Social Work, 75*(2), 81-101. doi:10.1300/J497v75n02\_06
- Cocker, F., & Joss, N. (2016). Compassion Fatigue among Healthcare, Emergency and Community Service Workers: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 13*(6), 618. doi:10.3390/ijerph13060618
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Devilly, G. J., Wright, R., & Varker, T. (2009). Vicarious Trauma, Secondary Traumatic Stress or Simply Burnout? Effect of Trauma Therapy on Mental Health Professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 43*(4), 373-385. doi:10.1080/00048670902721079
- Eide, T., & Eide, H. (2004). *Kommunikasjon i praksis : relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue : coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (Vol. no. 23). New York: Brunner/Mazel.
- Gadamer, H.-G., & Holm-Hansen, L. (2010). *Sannhet og metode : grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Pax.
- Gundersen, K., Moynahan, L., & Olsen, T. S. (2006). *Nettverk og sosial kompetanse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Haavik, M., & Toven, S. (2020). *Ivaretakelse av hjelpere : er vi ikke betalt for å tåle dette?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Hamilton, S., Tran, V., & Jamieson, J. (2016). Compassion fatigue in emergency medicine: The cost of caring. *Emergency Medicine Australasia, 28*(1), 100-103. doi:10.1111/1742-6723.12533
- Hensel, J. M., Ruiz, C., Finney, C., & Dewa, C. S. (2015). Meta - Analysis of Risk Factors for Secondary Traumatic Stress in Therapeutic Work With Trauma Victims. *Journal of Traumatic Stress, 28*(2), 83-91. doi:10.1002/jts.21998
- Håkonsen, K. M. (2000). *Mestring og lidelse : psykiatri for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Isdal, P. (2017). *Smittet av vold : om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelperyrkene*. Bergen: Fagbokforl.
- 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
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Linley, P. A., Joseph, S., & Loumidis, K. (2005). Trauma Work, Sense of Coherence, and Positive and Negative Changes in Therapists. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(3), 185-188. doi:10.1159/000084004
- Malterud, K. (2017). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- Martinsen, K., & Eriksson, K. (2003). *Fenomenologi og omsorg : tre dialoger* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Skau, G. M. (2011). *Gode fagfolk vokser : personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (4. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Skau, G. M. (2013). *Mellom makt og hjelp : om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Tehrani, N. (2007). The cost of caring-the impact of secondary trauma on assumptions, values and beliefs. *Counselling Psychology Quarterly*, 20(4), 325-339.  
doi:10.1080/09515070701690069
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon : teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Willumsen, E. (2009). Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning i helse- og sosialsektoren. In (pp. 16-32). Oslo: Universitetsforl., cop. 2009.

Ørnes, A. & Solhaug, P. (04.11.2016). *Traumebevisst system*. Hentet fra:  
<https://rvtssor.no/aktuelt/66/traumebevisst-system/>

#### Lover:

Arbeidsmiljøloven (2006). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. LOV-2005-06-17-62. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>

Psykisk helsevernloven (2017). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. LOV-1999-07-02-62. Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62/KAPITTEL\\_4#KAPITTEL\\_4](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4)

Universitets- og høyskoleloven (2005). Lov om universiteter og høyskoler. LOV-2005-04-01-15. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-04-01-15?q=Universitets-%20og%20h%C3%B8yskoleloven,%202005>

#### Forsidebilde:

Bilde til forside av Petr Vaclavek: <https://www.shutterstock.com/nb/image-illustration/floral-girl-silhouette-on-white-background-16698820>

# Vedlegg 1

*Spørsmålene som er understreket er hovedspørsmål. Spørsmålene som står med innrykk under hovedspm. er tilleggsspm. dersom de ikke besvares av hovedspm.*

---

Dette intervjuet vil ta ca. 1 time og vil innebære spørsmål om din arbeidssituasjon og erfaringer fra praksisfeltet med traumepasienter.

Minner om skriftlig samtykke som innebar anonymisering, formålet, når opptaket slettes og at samtykke kan trekkes tilbake når som helst og at jeg ikke trenger å høre noen grunn for avgjørelsen.

---

## Spørsmål til intervju

### **Starter taleopptak.**

#### **Innledning:**

- Hvor mange år er du?
- Når tok du utdanninga? evt. Videreutdanning?
- Hvilken relevant arbeidserfaring har du fra før?
- Kan du beskrive den nåværende arbeidsplassen din?

#### **Tema: Arbeidssituasjon**

Hvordan arbeider dere i kollegiet med å kanalisere vanskelige hendelser eller utfordrende problemstillinger ift. traumepasienter?

- Hva kan være en vanskelig hendelse for deg?
- Hvilken støtte får du av dine kolleger i krevende jobbsituasjoner med pasienter med traumelidelse?

Hvordan er det å jobbe med pasienter som har traumelidelse? Mtp egen belastning og følelser?

Hvordan legger arbeidsplassen til rette for at du skal få mulighet til å samle deg etter en krevende situasjon?



- F.eks med veiledning eller debrifing?
- Hvor lang tid pleier det å ta før du får hjelp?

Snakker dere på arbeidsplassen om hvordan innvirkning det kan ha på deg som ansatt å jobbe så tett med traumelidelser?

### **Tema: erfaringer med å jobbe med denne pasientgruppa**

- Hvilke situasjoner opplever du som spesielt utfordrende i samhandling med traumepasienter i din arbeidshverdag?
- Kan du fortelle en historie om en situasjon som har gjort inntrykk på deg, som du har tenkt på i ettertid?
- Hvordan bearbeider du slike situasjoner?
- Hender det at disse historiene kommer til deg i drømmer eller minner/ flashbacks?

Har du noen gang følt behov for å beskytte deg mot andres traume, hendelser/ sympt.?

- Har du opplevd at spørsmål du tidligere har stilt og fått svar på- gjør at du ikke tørr å spørre de samme spørsmålene om igjen?

Når du har opplevd en spesielt utfordrende hendelse som gir inntrykk på deg- hvilke behov melder seg da?

- Hva kan en slik hendelse innebære?
- Har du noen teknikker for å hente deg inn?
- Når du da har gjort det- føler du deg da rustet til å kunne gå inn i den samme situasjonen igjen?

Lærte du noe på grunnutdanningen om hvordan du kan ivareta deg selv som helsepersonell når du opplever vanskelige situasjoner relatert til pasientbehandling?

Hva tenker du er vpl / spl faglige styrke i samhandling med traumepasienter?

Hvordan er du med på å fremme trygghet, gode relasjoner og mestring i samhandling med pasientene?

**Og til slutt, kan du fortelle om hva du møter av gleder i ditt arbeid?**

Har du noen avsluttende kommentar eller spørsmål før vi stopper innspillingen?

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

# Vedlegg 2

18.4.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

## NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

### NSD sin vurdering

#### Prosjekttittel

Hvilken tilgang har vernepleiere til å sørge for selvivaretagelse i arbeid med traumepasienter på en døgnpost?

#### Referansenummer

695935

#### Registrert

11.09.2019 av Julie Karoline Viken - jvi016@post.uit.no

#### Behandlingsansvarlig institusjon

UIT – Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

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

Bente Agnes Steinholdt Simonsen , bente.a.simonsen@uit.no, tlf: 77660678

#### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

#### Kontaktinformasjon, student

Julie Karoline Viken, jooliaaa@hotmail.com, tlf: 95728687

#### Prosjektperiode

09.09.2019 - 12.06.2020

#### Status

04.11.2019 - Vurdert

### Vurdering (1)

#### 04.11.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 04.11.2019. Behandlingen kan starte.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5d76b174-8ff8-4fc8-a8cd-d7ac6b13e991>

1/2

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 12.06.2020.

#### LOVLIG GRUNNLAG

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

#### PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

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

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

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## Vedlegg 3

### Vil du delta i forskningsprosjektet:

*”Hva gjør personell med helsefaglig bachelor som arbeider med traumebevisst omsorg i spesialisthelsetjenesten for å forebygge sekundærtraumatisering?»*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se hva vernepleiere gjør for å forebygge sekundær traumatisering i Spesialisthelsetjenesten. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Jeg ønsker å intervju fire vernepleiere i spesialisthelsetjenesten som ansatt på en post der de arbeider ut ifra traumebevisst omsorg. Målet med prosjektet er å innhente informasjon fra informantene om hvordan de opplever det å arbeide med traumepasienter. Ved hjelp av intervju, som spisser seg mot vernepleierens egne erfaringer og opplevelser knyttet mot denne pasientgruppa, tenkes det at jeg vil kunne øke kunnskapsgrunnlaget om hvordan strategier og behov vernepleiere har for å «hente seg litt inn» eller «samle seg» litt etter en situasjon eller en samtale. Traumepasienter er en pasientgruppe som forskning beskriver som en utfordrende gruppe å jobbe med- på bakgrunn av blant annet deres emosjonelle tilstand.

Data fra intervju er også med på å si noe om hvordan vernepleiere opplever det å arbeide med traumepasienter. Dette kan for eksempel være etter en utfordrende hendelse på arbeidsplassen eller generelt etter en vanlig arbeidsdag. Formålet er også å avdekke hvilke behov og strategier den enkelte har for å ivareta seg selv i relasjon til denne type pasientgruppe.

Data fra intervjuet vil bli brukt i analysearbeidet i prosjektet som et utgangspunkt for forskninga sett opp mot forebygging av sekundær traumatisering. Faktorer som den enkelte presenterer i intervjuet vil bli analysert i et mastergradsprosjekt som er ferdig våren 2020.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Det helsevitenskapelige fakultet- UiT (Norges Arktiske Universitet) er ansvarlig for prosjektet og har klare retningslinjer for oppbevaring og behandling av innsamlet data fra informantene.

## **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

På bakgrunn av din profesjon ønsker jeg å vite mer om hvordan du opplever deg i samspill med pasienter som har en traumediagnose. Og hvordan erfaringer du har gjort deg i arbeid med denne pasientgruppa mtp. forebygging av sekundærtraumatisering.

## **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta blir du invitert med på intervju som bli å ta ca. 1 time. Intervjuguiden vil ikke bli delt ut på forhånd. 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 samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. 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 skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det er kun jeg som intervjuer som får tilgang til din informasjon
- For at ingen andre skal få tilgang til dataene skal jeg ha intervjuene på en kryptert minnepenn (med kode) innelåst i safe sammen med samtykkeskrivene. Navn og kontaktopplysninger vil byttes ut med kode. Etter at intervjuene er overført til minnepenn slettes opptakene.
- Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:
  - Innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg
  - Å få rettet personopplysninger om deg
  - Å få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet)
  - Å sende en klage til personvernombudet eller datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

## **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes [12.06.2020]. Personopplysninger slettes/ makuleres etter bestått eksamen. Det kan også 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 UiT-Norges Arktiske Universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

## **Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

- Gunn Pettersen (Emneansvarlig)- Helsevitenskapelige fakultet v/ UiT. Tlf.: 77666069
- Henriette Riley (Prosjektansvarlig)- [Henriette.riley@unn.no](mailto:Henriette.riley@unn.no)
- Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold, Tlf.: 77646322 eller [personvernombud@uit.no](mailto:personvernombud@uit.no)
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Julie Karoline Viken

Prosjektansvarlig

Henriette Riley, veileder

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *hva gjør vernepleiere som arbeider med traumebevisst omsorg i spesialisthelsetjenesten for å forebygge sekundær traumatisering?* og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i *intervju*

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. *12.06.2020*

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)





