

Helsepersonells ressurser i møte med utfordrende opplevelser på  
arbeidsplassen

*En kvalitativ studie av ansattes erfaringer i sikkerhetspsykiatrien*

Ane Johansen Heggernes og Siri Munthe-Kaas



Masteroppgave, Vår 2021

Masterprogram i helsefremmende arbeid og helsepsykologi

Det Psykologiske Fakultet

HEMIL-senteret

Universitetet i Bergen

## Forord

Valg av tema for masteroppgaven kan vi med stor sikkerhet si er preget av at vi kommer fra samme bachelor i psykologi, kombinert med mange års erfaring innen psykiatrifeltet. Å kunne bruke et helt år på å dypdykke ned i helsepersonells ressurser i et helsefremmende og positivt perspektiv har vært både spennende og lærerikt. Det har vært fint å jobbe ut ifra en innfallsvinkel som har fokus på ressurser, fremfor å kun forsvinne inn i problemer og utfordringer, slik man ofte ubevist gjør i hverdagen. Gjennom hele prosjektet har vi begge jobbet på de ulike kapitlene, vi har fordelt arbeidet basert på temaer og delkapitler. I etterkant har vi gått over hverandres arbeid, korrigert, redigert og eventuelt bidratt med mer. Dette gjør det vanskelig å lage et tydelig skille mellom hvem som har produsert hva, da samarbeidet har vært såpass flytende. Vi er fornøyde med hvordan vi har valgt å fordele arbeidsmengden og oppgavene, og opplever å ha hatt et godt samarbeid. Det blir rart, men samtidig fint å levere fra seg noe vi har holdt på med over så lang tid. Mon tro hva man skal bruke fritiden som plutselig vil åpne seg nå til!

Vi ønsker å rette en stor takk til våre to veiledere, Fungisai Puleng Gwanzura Ottemöller og Ingrid Holsen som begge har gitt gode råd, delt av sin erfaring og motivert oss gjennom ulike deler av oppgaven. Takk til våre kontaktpersoner som samlet deltakere og organiserte tid og rom for intervjuene for oss. Sist, men absolutt ikke minst, en stor takk til hver enkelt deltaker som har tatt del i intervjuene. Vi setter stor pris på at dere tok dere tid og valgte å dele av deres erfaringer med oss.

Til min masterpartner in crime Siri, en alltid tilstedeværende motivator. Et så utrolig ukomplisert skrivepartnerskap finner jeg nok ikke igjen. Takk! Vi er i mål!! Til min uvurderlige familie. Dette året hadde ikke gått uten dere, på alle mulige måter. En spesiell takk til vaktmesteren. - Ane

Denne reisen hadde på ingen måte blitt den samme uten min kjære Dory (Ane). Vi har hele veien jobbet etter det kjente sitatet «*fortsett å svømme, fortsett å svømme*», og nå har vi endelig funnet Nemo. Takk for oppdraget, jeg ville ikke vært foruten! Til min fine familie (spesielt mine søstre) og samboer. Takk for både hjelp, støtte og motivasjon hele veien. - Siri

Ane Johansen Heggernes og Siri Munthe-Kaas, Oslo 2021

## Innholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	I
<b>Sammendrag</b> .....	VI
<b>Abstract</b> .....	VII
<b>1.0 Innledning</b> .....	1
<b>1.1 Bakgrunn for prosjektet</b> .....	1
<b>1.2 Norsk Psykiatri</b> .....	3
<b>1.2.1 Sikkehetspsykiatri</b> .....	3
<b>1.3 Begrepsavklaring</b> .....	4
<b>1.3.1 Resiliens</b> .....	4
<b>1.3.2 Ressurser</b> .....	4
<b>1.3.3 Helsepersonell</b> .....	5
<b>1.3.4 Helsefremmende arbeid og helsepsykologi</b> .....	5
<b>1.4 Prosjektets relevans i feltet</b> .....	7
<b>1.5 Disposisjon for oppgaven</b> .....	7
<b>2.0 Teoretisk rammeverk</b> .....	8
<b>2.1 Utvikling av teorien</b> .....	8
<b>2.2 Resiliens</b> .....	10
<b>2.2.1 Definisjonsgrunnlag og resiliens som begrep</b> .....	10
<b>2.2.2 Risiko og beskyttelsesfaktorer</b> .....	11
<b>2.3 Det sosioøkologiske rammeverket</b> .....	12
<b>2.4 Resiliensteori og helsefremmende arbeid</b> .....	14
<b>2.5 The Job Demands-Resources Model</b> .....	15
<b>2.5.1 Utvikling av modellen</b> .....	16
<b>2.6 Jobbkra-ressursmodellens relevans for prosjektet</b> .....	18
<b>3.0 Litteraturgjennomgang</b> .....	19
<b>3.1 Litteratursøk</b> .....	19

3.2 Helsepersonell og utvikling av resiliens.....	21
3.3 Ressursbasert forskning hos helsepersonell.....	22
3.4 Ressursbasert forskning hos helsepersonell i psykiatrien .....	25
3.4.1 Personlige egenskaper .....	25
3.4.2 Sosiale og strukturelle ressurser .....	27
3.5 Oppsummering av litteraturgjennomgang .....	28
3.6 Formål og forskningsspørsmål.....	29
4.0 Metode .....	31
4.1 Epistemologisk tilnærming.....	31
4.2 Forskningsdesign.....	32
4.2.1 Intervju.....	32
4.2.2 Fokusgruppeintervju.....	33
4.2.3 Utforming av intervjuguide.....	33
4.2.4 Studieområde .....	34
4.2.5 Utvalg.....	35
4.2.6 Rekruttering.....	36
4.2.7 Deltakere .....	36
4.3 Datainnsamling .....	37
4.3.1 Forberedelser og pilotintervju .....	37
4.3.2 Gjennomføring av intervjuene .....	38
4.4 Bearbeiding og analyse av datamaterialet .....	41
4.4.1 Transkribering.....	41
4.4.2 Oppbevaring .....	43
4.4.3 Dataanalyse .....	43
4.4.4 Induktiv og deduktiv metode.....	44
4.4.5 Tematisk nettverksanalyse .....	44
4.5 Kvalitetssikring.....	48

4.5.1 Pålitelighet og troverdighet .....	48
4.5.2 Overførbarhet .....	49
4.5.3 Bekreftbarhet .....	49
4.5.4 Refleksivitet og forskerens rolle .....	50
4.6 Etikk .....	51
4.6.1 Ethiske betraktninger .....	51
4.6.2 Informert samtykke .....	52
4.6.3 Konfidensialitet .....	52
5.0 Resultater .....	54
5.1 Personlige ressurser .....	55
5.1.1 Forståelse og medfølelse for andre .....	56
5.1.2 Ivaretagelse av egen helse .....	57
5.1.3 Personlig egnethet i psykiatrien .....	59
5.2 Sosiale ressurser .....	60
5.2.1 Å føle trygghet på jobb .....	60
5.2.2 Takhøyde på arbeidsplassen .....	62
5.2.3 Å kunne støtte seg på noen, både på og utenfor arbeidsplassen .....	64
5.2.4 Teamarbeid .....	66
5.3 Strukturelle ressurser .....	68
5.3.1 En aktiv ledelse er utslagsgivende .....	68
5.3.2 Fokus på faglig kompetanse gjør det lettere å håndtere en krevende jobbhverdag .....	70
5.3.3 Psykiatriens økonomiske og politiske side .....	71
5.3.4 Sikkerhet og gode rutiner etter utfordrende hendelser .....	71
5.4 utfordringer på arbeidsplassen .....	73
5.4.1 Strukturelle utfordringer .....	73
6. Diskusjon .....	77

<b>6.1 Oppsummering av resultatene .....</b>	<b>77</b>
<b>6.2 Personlige ressurser .....</b>	<b>77</b>
<b>6.2.1 Opplevelse av kontroll og mestring .....</b>	<b>78</b>
<b>6.2.2 Å ha en mening med arbeidet.....</b>	<b>78</b>
<b>6.2.3 Personlig egnethet i arbeid med pasienter med psykiske lidelser .....</b>	<b>79</b>
<b>6.3 Sosiale ressurser .....</b>	<b>80</b>
<b>6.3.1 Sosial støtte.....</b>	<b>81</b>
<b>6.3.2 Teamarbeid .....</b>	<b>82</b>
<b>6.3.3 Trygghet og takhøyde .....</b>	<b>82</b>
<b>6.4 Strukturelle ressurser .....</b>	<b>84</b>
<b>6.4.1 Kunnskap, kompetanse og muligheter .....</b>	<b>84</b>
<b>6.4.2 Økonomi, lederskap og utfordringer.....</b>	<b>85</b>
<b>6.4.3 Sikkerhet .....</b>	<b>86</b>
<b>6.5 Metodiske betraktninger .....</b>	<b>88</b>
<b>6.6 Ressurser og helsefremmende arbeid i psykiatrien .....</b>	<b>89</b>
<b>6.7 Implikasjoner for videre forskning.....</b>	<b>90</b>
<b>7. Oppsummering og veien videre.....</b>	<b>92</b>
<b>Referanser .....</b>	<b>93</b>
<b>Vedlegg 1. Godkjenning NSD.....</b>	<b>103</b>
<b>Vedlegg 2. Informasjonsskriv og samtykkeskjema .....</b>	<b>106</b>
<b>Vedlegg 3. Intervjugudie.....</b>	<b>109</b>

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Temaet for masteroppgaven er “*Helsepersonells erfaringer om hvilke personlige, sosiale og strukturelle ressurser som hjelper ansatte i sikkerhetspsykiatrien å bli værende i en krevende jobb over tid*”. Sikkerhetspsykiatrien er en arbeidsplass som tidvis kan være preget av vold og utagerende hendelser. Dette kan være en påkjenning for helsepersonell både psykisk og fysisk. Forskningsspørsmålet har vært ressursfokusert og preget av en helsefremmende tilnærming. Hensikten har vært å undersøke hvilke ressurser som er både fremtredende og nyttige for helsepersonell i sikkerhetspsykiatrien.

**Metode:** Prosjektet er gjennomført kvalitativt med fokusgruppeintervjuer som metode for innsamling av data, med en fenomenologisk vinkling. Utvalget er tre av Norges regionale sikkerhetspsykiatriavdelinger hvor deltakerne er fast ansatte helsepersonell. Datamaterialet fra fokusgruppene har gjennomgått en tematisk nettverksanalyse.

**Resultat:** Funnene viser at både personlige, sosiale og strukturelle ressurser er viktige byggesteiner for ansatte i sikkerhetspsykiatrien. Til sammen utgjør disse ressursene en base som gir tryggere ansatte, som blir i jobben til tross for en utfordrende jobbhverdag. Funnene bidrar med en dybdeforståelse av hvilke ressurser ansatte som fortsatt er i arbeid anser som hensiktsmessige og gunstige.

**Diskusjon og oppsummering:** Forskning viser at det har blitt et økt fokus på hvilken betydning ressurser har for ivaretagelse av egen helse og utvikling av resiliens i møte med utfordringer på arbeidsplassen. Dette viser til et helsefremmende fokus innenfor ulike profesjoner i helsesektoren. Denne studien er med å bygge opp under hva tidligere forskning sier om ressursers betydning for helsepersonell i møte med utfordringer på arbeidsplassen.

**Nøkkelord:** Ressurser, resiliens, helsefremmende arbeid, sikkerhetspsykiatri, helsepersonell

## Abstract

**Background:** The theme of this thesis is *'Healthcare professionals' experiences with personal, social and structural resources in the face of challenging experiences in the workplace'*. Forensic psychiatry is a field that occasionally can be characterized by violence and extravagant events. These experiences can be a strain for health professionals both mentally and physically. The research question has been resource-focused and based on a health promoting approach. The purpose of this thesis is exploring healthcare professionals' experiences with work related resources.

**Method:** This thesis has a phenomenological angle, carried out qualitatively with focus group interviews. The selection is three of Norway's regional safety psychiatric wards and the participants are permanently employed healthcare professionals. The data material from the focus groups has undergone a thematic network analysis.

**Results:** Findings show that both personal, social and structural resources are important building blocks for employees in forensic psychiatry. Together, these resources form a base that provides more resilient employees who remains longer in their job despite a challenging workday. The findings have also provided in-depth information on which resources healthcare professionals consider beneficial and why.

**Discussion and summary:** Research indicates that there has been an increasing focus on the importance of resources for safeguarding one's own health and the development of resilience given challenges faced in the workplace. This refers to a health-promoting focus within various professions in the health sector. This thesis helps to build on what previous research states about the importance of resources for healthcare professionals.

**Keywords:** Resources, resilience, health promotion, psychiatric ward, forensic psychiatry, healthcare professionals



## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for prosjektet

Ved enkelte arbeidsplasser i helse- og sosialsektor blir ansatte utsatt for utfordrende og tidvis traumatiske opplevelser som en del av deres hverdag. Blant disse er operativt helsepersonell godt representert (Robertson et al., 2016). Dette omfatter yrker hvor man eksempelvis ankommer først til et ulykkessted eller behandler mennesker med ulike grader av somatisk og psykisk skade. Det kan også innebære behandling av mennesker som har gjort stor skade på seg selv eller andre, og som kan ha behov for tett oppfølging i etterkant. Arbeidsgruppene vi i den sammenheng tenker på er blant annet ambulanse, brann og politi, store deler av psykiatrien, fengselsvesenet og barnevernet.

Helsepersonell opplever ulike stressmomenter i løpet av en jobbhverdag. Eksempler som stor arbeidsmengde, risikosituasjoner, traumatiske hendelser, tidspress og sekundærtraumatisering er bare et fåtall av disse. Dette kan resultere i mental eller fysisk utmattelse over tid, samt traumatisk stresslignende symptomer (McCann et al., 2013). Utmattelse og stress kan igjen føre til høyere sykefravær og hurtigere utskiftning av personell (Johnson et al., 2011). Negativt stress kan påvirke både helse og velvære hos helsepersonell, men også deres evne og mulighet til å levere gode helsetjenester til de som skulle trenge det (McCann et al., 2013).

På grunn av det krevende arbeidet i psykiatrien er det både økt risiko for utbrenthet, sekundærtraumatisering, redusert medarbeidertilfredshet og hyppig utskiftninger av personal (Johnson et al., 2011). En rekke studier viser også at helsepersonell er den yrkesgruppen med høyest selvmordsrate, både blant kvinner og menn (Robertson et al., 2016). I tillegg til tidvis fulle avdelinger og overveldende arbeidsoppgaver, møter ansatte i psykiatrien mange andre utfordringer det for andre yrker kanskje er mindre vanlig å oppleve (Kristiansen, 2020). Mange av pasientene har høy utagerings- og voldsrisiko, som gir et kronisk forhøyet farelement i en allerede travel arbeidshverdag. Dette viser at psykiatrien og psykiatriske institusjoner er krevende steder å jobbe (Johnson et al., 2011). I tillegg til utageringsrisikoen opplever ansatte i psykiatrien en variert hverdag preget av alvorlig emosjonelt stress som følge av arbeid med pasienter med psykiske lidelser (Frajo-Apor et al., 2016). Pasientene kan bære med seg følelser som fortvilelse, håpløshet og deserasjon. Å være vitne til dette kan

oppleves vondt og voldsomt for hjelperen (helsepersonellet), og kan skape opplevelser på jobb som kan være vanskelig å bearbeide (Isdal, 2017, 31-33).

Det bør ikke bli normalt å oppleve vold, trusler eller andre utfordringer på daglig basis. Likevel er dette arbeidshverdagen til overraskende mange mennesker. Noen hevder de lærer seg å leve med det, mens andre forsvinner raskt ut i sykemeldinger. I helse- og sosialsektoren var sykefraværet 7,3 % i 2018. Dette er en høy prosent for en sektor som sysselsetter hver femte arbeidstaker i landet. Til sammenligning var dette 50% høyere enn landsgjennomsnittet samme år (SSB, 2021). Siste kvartal av 2020 viste et sykefravær på hele 9,7 % for samtlige sektorer under helse- og sosialtjenester. Dette er en økning fra 2018. Hva som er utløsende faktorer for denne økningen kan være så mangt, og man må ta koronapandemien med i betraktningen. Tall fra fjerde kvartal 2019 viser derimot et samlet sykefravær på 9 % (SSB, 2021). Dette var en tid uten korona, som tilsier at sykefraværet må være påvirket av andre faktorer. Sykefraværet kan gjenspeile en problematikk som omfatter overarbeid, høye krav, stress og utfordrende arbeidsoppgaver. Tall fra de siste tre årene viser derfor en økning i sykefravær. Det betyr en trend som ikke går mot det bedre. Dette i seg selv argumenterer for at det er behov for tiltak, samt forebyggende og målrettet arbeid for å få ned sykefraværet.

Til tross for de utfordringene helsepersonell daglig blir utsatt for er det ønskelig at de skal klare å forbli i jobben, opprettholde effektivitet, arbeidsstyrke og være tilpasningsdyktige (Robertson et al., 2016). Det er derfor viktig å ha en preventiv tilnærming til god helse på arbeidsplassen, og en forståelse av ressurser som fremmer resiliens for slik å kunne redusere negative og øke positive utfall av stressorer (McCann et al., 2011). Tidligere forskning viser at resiliens hos helsepersonell kan fungere preventivt på utbrenthet som er relatert til stress på arbeidsplassen (Robertson et al., 2016). Enkelte helsepersonell velger å bli i en jobb med mye stress år etter år, mens andre forsvinner etter kortere tid. Den enkelte ansattes ressurser kan være utslagsgivende for hvordan man møter utfordrende opplevelser på jobb. Det ser ut til at fokuset på resiliens blant helsepersonell har økt og blitt mer anerkjent, men at det fortsatt er behov for utdypende forskning (Robertson et al., 2016). I den forbindelse er det ønskelig å se hvilke ressurser som fører til motstandsdyktige ansatte på arbeidsplassen, samt kunne høre hvilke erfaringer ansatte i psykiatrien har med personlige, sosiale og strukturelle ressurser på jobb.

Problematikken redegjort ovenfor er med å utgjøre bakgrunnen for det som har blitt prosjekts tema: helsepersonells erfaringer med personlige, sosiale og strukturelle ressurser i møte med traumatiske og utfordrende hendelser på arbeidsplassen.

## **1.2 Norsk Psykiatri**

Lovverket som regulerer psykiatri i Norge er sammensatt og finnes i psykisk helsevernloven (1999), spesialisthelsetjenesteloven (1999), helse- og omsorgstjenesteloven (2011) og pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lovene utgjør rammeverket for organiseringen av arbeid med landets psykiske helsevern og psykiske helsearbeid. Ansvar for tilbud og behandling er fordelt i samfunnet mellom statlige, distriktpsykiatriske, kommunale og private aktører.

### **1.2.1 Sikkerhetspsykiatri**

Sikkerhetspsykiatri som begrep er særnorsk. I våre naboland Sverige og Danmark er sikkerhetspsykiatri, rettspsykiatri og fengselspsykiatri samlet under en paraply. Her brukes rettspsykiatri eller 'forensic psychiatry' som begrep. I disse landene reguleres rettspsykiatrien av et eget strafferettslig lovverk. I Norge er ikke sikkerhetspsykiatrien særskilt regulert, men reguleres blant annet av sivilrettslig lovverk som psykisk helsevernloven (1999). Hvordan psykisk syke mennesker med voldsproblematikk blir behandlet har de siste årene fått økt mediedekning og interesse. I tillegg til frivillig eller tvangsmessig behandling etter psykisk helsevernloven (1999) arbeides det også i sikkerhetspsykiatrien med en stadig voksende gruppe pasienter som opptar plassene på disse avdelingene. Dette er pasienter som er lagt inn etter ulike strafferettslige grunnlag som følge av en domsavgjørelse. Denne gruppen medfører særlige konsekvenser for hvordan avdelingens ressurser, kompetanse og antall plasser blir fordelt. Dersom vi også tar i betraktning det synkende antall plasser i psykisk helsevern landet over, setter dette ekstra press på sikkerhetspsykiatrien. Nasjonalt kompetansenettverk i sikkerhet-, fengsels-, og rettspsykiatri (SIFER) viser i sin rapport også til en ulik fordeling av ressurser på de forskjellige sikkerhetspsykiatriske avdelingene landet over (Sifer, 2019).

Der det i oppgaven refereres til regionale sikkerhetsavdelinger, er dette sikkerhetsavdelinger tilknyttet kompetansesenter for sikkerhet-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER). I dag finnes det totalt fire slike regionale avdelinger: Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord.

## **1.3 Begrepsavklaring**

Sentrale begreper i dette prosjektet er resiliens, ressurser, helsepersonell, helsepsykologi og helsefremmende arbeid. I det følgende delkapitlet vil det redegjøres for hvordan disse begrepene er forstått, hva vi legger i begrepenes innhold og hvilken kontekst de vil bli benyttet i oppgaven.

### **1.3.1 Resiliens**

Resiliens omhandler samspill mellom individ og motgang, og hvordan individet møter ulike utfordringer i sitt miljø (Borge, 2010, s. 14-15). Teoriens fokus er mestringsprosesser i møte med varierende motgang. Det har blitt et økt fokus på resiliens hos helsepersonell, slik at de på best mulig måte skal klare å håndtere de opplevelse de blir utsatt for (Robertson et al., 2016). Ansatte i helse- og sosialsektoren kan over lengre tid ha opparbeidet seg en form for motstandsdyktighet (Gevaux & Petty, 2018). Dette innebærer ressurser som gjør at man håndterer jobbhverdagens anstrengelser og utfordringer, uten at disse går nevneverdig ut over privatliv eller egen fysiske og psykiske form.

Resiliens er et direkte oversatt begrep, i mangel på et heldekkende norsk ord er både motstandsdyktighet, motstandskraft, fleksibilitet, mestring og håndtering forsøkt (Borge, 2010, s. 12). I vår studie vil i all hovedsak bruke resiliens som begrep, enkelte ganger vil vi også benytte motstandsdyktighet og resiliente egenskaper.

### **1.3.2 Ressurser**

Ressurser er å anse som en sentral del av det helsefremmende arbeidet, og er noe av hovedfokuset for dette prosjektet. Ressurser kan omtales i mange ulike kontekster og fremstår i ulike former. Persvold (2020) definerer en ressurs som noe som kan utnyttes økonomisk, eller som er til nytte på en annen måte. For dette prosjektet vil ressurser omfatte ressurser på det personlige, sosiale og strukturelle plan. Vi er mer opptatt av å undersøke hvilke nyttige ressurser som er tilgjengelige for helsepersonell i sikkerhetspsykiatrien, fremfor hvordan de kan utnyttes økonomisk. Ressurser vil undersøkes gjennom et salutogent, helsepsykologisk og helsefremmende perspektiv.

### 1.3.3 Helsepersonell

I Norge er definisjonen av helsepersonell knyttet til yrkesgrupper som har autorisasjon fra Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (Helsedirektoratet, u.å.). Dette inkluderer blant annet yrkesgrupper som leger, sykepleiere, psykologer og tannleger. Listen er ikke uttømmende. Den mer dagligdagse bruken av ordet helsepersonell er ofte langt bredere, og benyttes gjerne om alle som jobber i helse- og sosialsektor. I dette masterprosjektet benyttes begrepet 'helsepersonell' om de ansatte som vi har intervjuet i sikkerhetspsykiatrien, uavhengig av formell autorisasjon.

### 1.3.4 Helsefremmende arbeid og helsepsykologi

På bakgrunn av vår helsefremmende og helsepsykologiske studieretning ansees det nødvendig med en redegjørelse av retningene for å gi en grunnleggende forståelse for hvilken kontekst vi baserer forskningsspørsmålet på.

Før det avdekkes hva helsefremmende arbeid er, vil en presentasjon av helse være hensiktsmessig. Helse er et sammensatt begrep hvor det er vanskelig å komme til enighet om hva som definerer helse. Både kontekst og subjektivitet spiller en stor rolle for hva den enkelte anser som helse (Jackie Green et al., 2015, s. 2). Til tross for dette kan man med en viss sikkerhet si at helse er en betydelig verdi i menneskers liv. WHO (Verdens helseorganisasjon) kom i 1948 med en definisjon på helse som sier at «helse er en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke kun fravær av sykdom eller lidelser» (egen oversettelse). Definisjonen får blant annet frem at helse ikke kun handler om å være frisk eller syk (Hanson, 2012). Det inkluderes et salutogent fokus som gir flere faktorerers påvirkning på hva som er å anse som god helse. Samtidig får definisjonen frem at helse ikke kun er fraværet av sykdom, som er typisk for det patogene, sykdomsorienterte fokuset. Man er avhengige av å ha en forståelse for helse for å klare å utarbeide strategier for å promotere det (Jackie Green et al., 2015, s. 2). WHO sin definisjon av helse inspirerte utarbeidelsen av Ottawa-charteret, som har vært bidragsyteren til å sette helsefremmende arbeid på dagsordenen 19.05.2021 14.33.00.

Den første internasjonale konferansen om helsefremmende arbeid ble avholdt i Ottawa i 1986 (WHO, 1986b). Formålet med konferansen var å respondere på den økte forventningen om en ny folkehelse i verden, i tillegg til å involvere mennesket som aktivt deltagende i eget liv

(Jackie Green et al., 2015, s. 12–13; WHO, 1986b). Helsefremmende arbeid defineres som «prosessen som gjør det mulig for mennesker å øke kontrollen over og forbedre sin egen helse» (egen oversettelse) (WHO, 1986a). WHO (1986b) mener fundamentale forhold og ressurser som fred, husly, utdanning, mat, inntekt, et stabilt økosystem, bærekraftige ressurser og sosial rettferdighet og likhet må ligge til rette for forbedring av helse. Ved helsefremmende arbeid havner derfor fokus på rett bruk av positive ressurser i menneskers liv, og hvordan de kan være med å forbedre helse. Helsefremmende arbeid krever også en interaksjon mellom flere enheter i samfunnet, hvor noen grunnleggende fundamenter må ligge i bunn. Ottawa-charteret utviklet og definerte derfor fem strategier som relevante for det helsefremmende arbeidet: bygge opp en sunn helsepolitikk, skape et støttende miljø, styrke lokalmiljøets muligheter for handling, utvikle personlige ferdigheter og tilpasse helsetjenesten (WHO, 1986a). Disse satsningsområdene har vært sentrale og nyttige i arbeidet med folkehelseutfordringer (Jackie Green et al., 2015, s. 14).

Helsepsykologi representerer en nyere utvikling av faget, hvor psykologi inkluderes i forståelsen av helse. Helsepsykologi dreier seg om hvordan følelser, psykiske tilstander eller ulike typer atferd påvirker vår helsetilstand (Espnes & Smedslund, 2017, s. 20). Matarazzo (1980) definerer helsepsykologi som «det samlede bidrag psykologien gir for å forstå helse og velvære». Denne psykologiske retningen er både opptatt av individuell atferd, gruppeatferd og samfunnsatferd, og har blant annet derfor et bidrag til både bedring av helse, identifisering av helsemessige risikofaktorer og utvikling og forbedring av helsetjenesten generelt og primærhelsetjenesten. Helsepsykologien baserer seg på den bio-psyko-sosiale modellen, som sier at helse blant annet påvirkes av tanker og følelser hos mennesker, relasjoner mennesker imellom og forhold i lokal- og storsamfunnet. Denne psykologiske retningen er også mer opptatt av å finne løsninger enn å fokusere på problemer (Espnes & Smedslund, 2017, s. 21). Dette prosjektet er tydelig preget av helsepsykologiens grunnleggende fokusområder, som følge av at vi er ute etter de positive ressursene helsepersonell har tilgjengelig på arbeidsplassen. Prosjektet har et løsningsbasert fokus, som både inkluderer individuell atferd, gruppeatferd og strukturelle forhold. Dette i tydelig kombinasjon med et helsefremmende arbeid, hvor nyttig bruk av tilgjengelige ressurser vektlegges.

## 1.4 Prosjektets relevans i feltet

Vi har valgt å sette søkelys på helsepersonell i psykiatrien, med fokus på regional sikkerhetspsykiatri. I den forbindelse fremkommer det også enkelte forskjeller fra andre operative innsatser. En av disse er at de ansatte opplever akutte utfordrende hendelser, men også forhøyet voldsrisiko og psykisk belastning over tid. Dette er en belastning som vil ha innvirkning på individets helse, trygghet og velvære, både på jobb og utenfor arbeidstid (Fothergill et al., 2004). Vi har derfor ansett det som et viktig felt, da vi er interesserte i erfaringer og opplevelser om hvilke ressurser som anses som viktige for å opprettholde god egenhelse og motstandsdyktighet på arbeidsplassen. Den kvalitative vinklingen på prosjektet er særlig egnet da det synes å være noe manglende informasjon på individets erfaringer og opplevelser rundt dette tema, spesielt i Norge.

Det finnes mye forskning på resiliensfeltet, men dette omfatter ofte ikke alle typer helsepersonell, og forskningsmassen i seg selv er begrenset hos helsepersonell i psykiatrien som gruppe (Sanderson & Brewer, 2017). Psykiatrien er av interesse da det er spesielt høy utskiftning av personell (Johnson et al., 2011), sykefraværet er høyt og det forekommer hyppigere skademeldinger og erstatningssaker (Stami, 2016). Ved å undersøke hvilke ressurser helsepersonell i psykiatrien bruker i møte med risiko og motgang, håper vi å kunne bidra til økt kunnskap om helsegevinster og motstandsdyktighet i en krevende jobbhverdag.

## 1.5 Disposisjon for oppgaven

Til nå har vi vært gjennom en redegjørelse av bakgrunn og formål for prosjektet, sikkerhetspsykiatriens kjennetegn, en begrepsavklaring samt prosjektets relevans i feltet. Videre i oppgaven vil det teoretiske rammeverket legges frem, etterfulgt av en litteraturgjennomgang. Basert på bakgrunn, teori og litteraturgjennomgang presenteres forskningsspørsmålet for oppgaven. Deretter legger vi frem metoden som har blitt benyttet i prosjektet, etterfulgt av resultater. Videre blir resultater diskutert sett opp mot teori og tidligere litteratur, i tillegg til en gjennomgang av metodiske betraktninger. Avslutningsvis oppsummerer vi prosjektets viktigste funn og legger frem forslag for videre forskning på feltet.

## 2.0 Teoretisk rammeverk

I det følgende kapittelet vil det redegjøres for det teoretiske rammeverket for studien. En teori gir en generell forklaring på hva som er ønskelig å finne gjennom en studie, og setter rammer for forskeren. Valg av teori vil være veiledende for hvordan prosjektet tar form. Alt fra hva som vil bli vektlagt, hvilke spørsmål som stilles og hvordan vi velger å analysere dataene (Creswell & Creswell, 2018, s. 62). For prosjektet vil dette innebære et sosioøkologisk perspektiv på resiliens i kombinasjon med hvilke ressurser helsepersonell i psykiatrien har tilgjengelig. Videre i kapittelet vil først resiliensteorien gjennomgås, samt en dypere gjennomgang av det sosiøkologiske rammeverket til Ungar (2011). Deretter vil Job Demand – Resources (JD-R) modellen legges frem (Demerouti et al., 2001). Avslutningsvis knyttes teorien og modellen opp mot helsefremmende arbeid og prosjektets kontekst.

## 2.1 Utvikling av teorien

Resiliens er ikke et nytt fenomen og har røtter hele 50 til 60 år tilbake (Goldstein & Brooks, 2013, s. 3). På denne tiden lå fokuset hos høyrisiko befolkninger, med et spesielt fokus på ungdom som utviklet og demonstrerte motstandsdyktighet gitt emosjonelle, økonomiske og miljømessige utfordringer under oppveksten (Rutter, 1987). Forskningen på resiliens baserte seg på tanken om at barn som er i stand til å utvikle et resilient tankesett vil håndtere press, stress og hverdagslige utfordringer på en bedre måte (Goldstein & Brooks, 2013, s. 3). Omtrent samtlige av de tidligste studiene på resiliens fokuserte på individet som årsaken til endring (Ungar, 2012b, s. 13). Ungar (2012b, s. 13) refererer til dette individbaserte fokuset som «den første tolkningen av resiliens». Sosiale forhold ble under denne perioden til dels ansett som påvirkende, men det var de personlige egenskapene som i høyest grad ble vektlagt ved utvikling av resiliens. Mennesker med høy grad av self-esteem, self-efficacy og sense of coherence ble ansett å ha resiliente egenskaper av ulik grad (Ungar, 2012b, s. 13).

Det foreligger flere longitudinelle studier som har bidratt med identifisering av effektive ressurser for vellykket tilpasning gitt motstand. I tillegg har studiene bidratt til utvikling og avklaring av modeller bestående av beskyttelsesfaktorer (Goldstein & Brooks, 2013, s. 4). The Kauai Longitudinal Study er et av flere viktige bidrag til feltet (Werner, 1992). Studien hadde oppstart i 1955 med intensjon om å følge utviklingen til 698 nyfødte babyer på den Hawaiiske øyen Kauai. Utviklingen av deltakerne ble fulgt opp i alderen 1, 2, 10, 18, 32 og 40 år (Werner, 2005). Studiens hovedmål var todelt: 1) grundig dokumentasjon av samtlige



nyfødte og overlevende barn og deres resultater frem til voksen alder, 2) undersøke den langsiktige konsekvensen på individenes utvikling og tilpasning ved oppvekst under ugunstige forhold (Werner, 1992, s. 262). Studien kategoriserte fem ulike klynger som ble ansett å være beskyttende faktorer for utvikling av resiliens blant høyrisiko barn. Den første klyngen omfattet individets temperamentskarakteristikk. Klynge nummer to inkluderte individuelle ferdigheter og verdier som fører til effektiv bruk av eventuelle evner de besitter. Dette kan for eksempel være realistisk utdanning. Klynge tre baserte seg på omsorg fra foreldrene, som blant annet kan føre til utvikling av selvfølelse hos barnet. Klynge fire besto av støtte og tillitt fra nære voksne (besteforeldre, lærere, mentorer mm.). Den siste klyngen tok for seg strukturelle og mer organisatoriske forhold påvirkning på individet. Dette kunne være muligheter som følge av naturlige overganger i livet, slik som utdanning, bevegelsen fra skole til jobb, eller militæret. Disse fem klyngene indikerte faktorer og egenskaper forskerne fokuserte på når de undersøkte hva som førte til utvikling av resiliens (Werner, 1992). Det er tydelig at personlige egenskaper i stor grad ble vektlagt. Studien har til tross for dette også med sosiale og strukturelle faktorer påvirkning for utvikling av resiliens. Studiens fokus gjenspeiler gjerne hva som var typisk å undersøke ved oppstart av resiliensforskning. Samtidig inkluderer den også sosiale og strukturelle faktorer, som viser til utviklingen av teorien mot et sosioøkologisk perspektiv.

Det individbaserte fokuset på utvikling av resiliens begrenset forståelsen av fenomenet. Dette fordi potensielle miljømessige faktorer som kunne være med å forklare forskjeller i populasjonen ikke ble inkludert (Ungar, 2012b, s. 14). Bruk av personlige, psykologiske egenskaper i møte med motstand ble ved videre forskning på fenomenet fortsatt ansett som viktige ved utvikling av resiliens hos mennesket, men i kombinasjon med andre faktorer (Ungar, 2012b, s. 17). Rutters banebrytende arbeid, utgitt i 1987, førte til en ny forståelse av hva som nå blir ansett som et psykososialt fenomen. Han inkluderte sosiale og miljømessige faktorer påvirkning, i kombinasjon med personlige egenskaper, for utvikling av resiliens. Sosiale og samfunnsmessige variabler ble, og blir fortsatt, ansett som minst like viktige som personlige egenskaper ved utvikling av resiliens (Ungar, 2012a, s. 1). Hver for seg kan perspektivene presentere hvilke ressurser eller egenskaper som er essensielle for utvikling av resiliens (Lipsitt & Demick, 2012, s. 43). En unik kombinasjon av dem derimot, øker sannsynligheten for at resiliens oppstår (Ungar, 2012a, s. 8). Denne kombinasjonen utgjør det sosioøkologiske perspektivet, også kjent som den siste bølgen (Lipsitt & Demick, 2012, s. 43). Kompleksiteten av en gjensidig interaksjon mellom person, miljø og samfunn anses som

ytterst aktuell for optimal utvikling av resiliens (Ungar, 2012b, s. 15). Ungar (2015, s. 17) påpeker at sosiale og strukturelle forhold mulig kan anses som viktigere enn individuelle ressurser for utvikling av velvære hos mennesker som stadig utsettes for stressorer.

Det sosioøkologiske perspektivet ved resiliensteorien er aktuell for prosjektet. Dette fordi vi ønsker å vektlegge både miljømessige, strukturelle og personlige ressursers betydning på bakgrunn av utfordrende arbeidsdager. Samtlige ressurser kan ha en påvirkning for opplevelse av motstandsdyktighet hos helsepersonell i psykiatrien, og er derfor av interesse å undersøke nærmere.

## 2.2 Resiliens

### 2.2.1 Definisjonsgrunnlag og resiliens som begrep

Selv om det finnes mange ulike definisjoner av resiliens, er de ofte om to ting: (1) det foreligger eksponering for enten tilstrekkelig motgang eller betydelige utfordringer, og (2) individet må oppnå positiv utvikling eller adaptasjon til tross for nevnte utfordringer (Lerner, 2006; Masten et al., 2008; Rutter, 2012a). Som nevnt i innledningskapittelet, er resiliens et direkte oversatt begrep. I mangel på et heldekkende norsk ord er blant annet motstandskraft, fleksibilitet, robusthet og mestring forsøkt i norsk litteratur (Borge, 2010, s. 12). Begrepet opererer med flere definisjoner avhengig av både kompetansegrunnlag, fagfelt og risikofaktorer. Det vil derfor være vanskelig å direkte måle resiliens da operasjonaliseringen varierer, ofte fra studie til studie (Luthar et al., 2000). En definisjon som gir et godt, helhetlig inntrykk er funnet i Rutters artikkel fra 2007: “Resiliens er prosesser som gjør at utviklingen når et tilfredsstillende resultat, til tross for at barn har hatt erfaringer med situasjoner som innebærer en relativt stor risiko for å utvikle problemer eller avvik” (Rutter, 2007, s. 205) (egen oversettelse).

Definisjonens fokus ligger på individet og samhandlingen med miljøet rundt. Resiliens blir i dag forstått som mer enn kun iboende egenskaper hos et menneske. Det sosioøkologiske perspektivet foretrekkes ofte. Her ses resiliens i sammenheng med både miljøet rundt individet og mulighetene som ligger i dette miljøet (Rutter, 2012b). Resiliensforskere leter ikke lenger etter det universelle svaret på definisjonen av resiliens. Resiliente egenskaper formes av sosiale kontekster og muligheter, individuelle egenskaper og samfunn, og disse vil variere (Rutter, 2012a). Det sosioøkologiske rammeverket vil brukes som et utgangspunkt for

hvordan vi ser på ressurser hos helsepersonell i psykiatrien i møte med en utfordrende arbeidshverdag. Intervjuguiden i prosjektet, samt hvordan de innsamlede dataene i analysedelen tolkes vil også bære preg av dette, og vil veilede prosjektet mot et ressursrettet fokus.

I forståelsen av resiliens er det også viktig å forstå at en persons motstandsdyktighet i en hendelse eller situasjon ikke vil tilsvare motstandsdyktighet i alle livssituasjoner. Resiliens er dermed ikke konstant og endres som følge av omstendighetene (Rutter, 1987). En av konsekvensene ved dette er at utvikling av ressurser eller resiliente egenskaper blir mindre forutsigbart, og derfor vanskelig å operasjonalisere eller måle.

### **2.2.2 Risiko og beskyttelsesfaktorer**

Ved utviklingen av resiliens ser man på hvilke risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer som eksisterer i miljøet, samt hvilke kompetansestyrkende tiltak som er tilgjengelige både på individ-, miljø- og samfunnsbasis (Borge, 2010, s. 34–38).

Risiko eller risikofaktorer forklares som en felles betegnelse på faktorer som kan resultere i økte sjanser for å utvikle vansker (Masten, 2001). Dette kan være både psykisk og somatisk problematikk. Økt risiko kan også føre til nedsatt livskvalitet over tid. Risiko kan deles inn i akutt og kronisk art, og refererer til akutte kortvarige hendelser eller kronisk risiko som varer over tid (Borge, 2010, s. 59). Begge disse typene risiko er til stede i prosjektet da helsepersonell i psykiatrien både opplever akutte dramatiske hendelser og forhøyet voldsrisiko og psykisk belastning over tid på arbeidsplassen.

Beskyttelsesfaktorer forklarer hvilke ressurser som motvirker risikofaktorens påvirkning (Rutter, 1985). Et eksempel kan være kollegial støtte som beskyttende egenskap for et risikofyllt arbeidsmiljø. Slik kan kollegial støtte virke resiliensfremmende. En beskyttelsesfaktor er likevel ikke synonymt med direkte positive trekk eller egenskaper. Med dette menes at det i enkelte tilfeller også er utfordrende opplevelser eller ubehagelige situasjoner som trekkes frem som resiliensbyggende i situasjonen. Slik blir den ubehagelige situasjonen en form for beskyttelsesfaktor (Rutter, 1985). Eksempelvis kan en situasjon med en utagerende pasient i psykiatrien føre til tettere samarbeid og samhold mellom personal på jobb og de kan komme styrket ut av situasjonen.

Prosjektet vil se etter de kompetansestyrkende tiltakene og ressursene som finnes på arbeidsplassen til helsepersonell i psykiatrien. Både iboende ressurser og sosioøkologiske ressurser er av interesse. Vi antar at det eksisterer både risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer på en slik arbeidsplass. Resiliensteorien med spesielt fokus på Ungars (2011) sosioøkologiske rammeverk vil fungere som et veiledende verktøy.

### **2.3 Det sosioøkologiske rammeverket**

Tidligere resiliensforskning har i all hovedsak fokusert på hvilke ressurser som er iboende individet, og hvordan disse bidrar til resiliensutvikling (Egeland et al., 1993; Lerner, 2006; Rutter, 1995). Ungar (2011) argumenterer for at resiliens kan oppstå selv om mengden av motgang oppleves som overveldende sett utenifra. Derfor bør man legge større vekt på hvilke roller det sosiale og det strukturelle spiller i den positive utviklingen av resiliens. Han kaller dette et sosioøkologisk rammeverk (Ungar, 2011). Fire prinsipper presenteres som utgangspunkt for dette sosioøkologiske rammeverket for resiliens. Desentralitet, kompleksitet, atypiskhet og kulturell relativitet. Sammen utgjør disse fire prinsippene en helhetlig base for resiliens teori som har fokus på miljømessige prediktorer for positiv vekst i møte med motgang (Ungar, 2011).

Desentralitet omhandler samspillet mellom individets miljø, tilgjengelige ressurser og muligheten for positive utfall i etterkant av motgang. I utsatte miljøer med høyere risikofaktorer vil utvikling av resiliens være nærmere knyttet til kulturelle og samfunnsmessige ressurser enn iboende ressurser. Eksempelvis vil tilbud i nærmiljø, skolegang, arbeid eller hjelpetilbud være betydningsfulle for utviklingen av motstandsdyktighet (resiliente egenskaper). Istedenfor å bruke ressurser på individets iboende egenskaper bør man fasilitere det sosioøkologiske perspektivet (Ungar, 2011). For prosjektet vil dette innebære å undersøke helsepersonells sosiale og strukturelle ressurser i like stor grad som de personlige ressursene. Dette fordi sikkerhetspsykiatriens natur gir kronisk forhøyede risikofaktorer som psykiske og fysiske voldshandlinger. Dette krever et rammeverk preget av struktur og sosial støtte.

Prinsippet kompleksitet foreslår at det er nødvendig med kontekst og tidsspesifikke modeller for å forklare resiliensrelaterte utfall. Med det menes at selv om det oppstår mønstre man ønsker skal være generaliserbare vil det være begrensede muligheter for dette. Prinsippet kompleksitet betyr derfor at forskjellige utgangspunkt vil kunne gi forskjellige utfall av

resiliensbyggende ressurser. Samt at prosessene frem til målet vil variere (Ungar, 2011).

Atypiskhet er neste prinsipp. Med det menes at resiliens vil kunne manifestere seg i atypiske reaksjoner som det ikke er like ønskelig å fremme. Eksempler på dette kan være raseriutbrudd eller destruktiv atferd. Det kan likevel være nødvendig med disse typer reaksjoner som en form for overlevelsesmekanisme. Over tid er det derfor ønskelig å gi individet en mulighet til å benytte mer sosialt akseptable måter å behandle disse reaksjonene på. Dette samsvarer med Ungars prinsipp om desentralitet som tar for seg fasilitering av miljø og muligheter i disse miljøene (Ungar, 2011). Et annet eksempel på denne atypiskheten er hvordan kriminelle gjenger dannes. Selv om gjengatferden i seg selv ikke er ønskelig å fremme, vil denne typen atferd kunne resultere i ressurser som samhold eller sosial støtte hos gjengmedlemmene (Ayling, 2009). Her kan paralleller trekkes til prosjektet, da vi ønsker å se etter ulike ressurser som eksempelvis sosial støtte helsepersonell i psykiatrien som tilhører samme avdeling opplever. Det er en mulighet for at denne støtten også oppstår etter atypiske reaksjoner som voldrisiko og utagerende episoder på jobb.

Ungars siste og fjerde prinsipp kalles kulturell relativitet. Resiliensprosesser reflekterer kulturen de har oppstått i. Man skal derfor være oppmerksom på ulikheter i de situasjoner og individer man forsker på. Jo mer man regner resiliens som en prosess som reflekterer kulturens innflytelse, jo tydeligere bilde får man av påvirkningsfaktorene. Eksempler på kulturelle faktorer er alt fra språk til psykososial helse og oppvekststed (Ungar, 2011). Panter-Brick og Eggerman (2012) undersøkte hvorvidt å oppleve eller se militær vold over lengre tid ville være et større traume enn andre utfordrende hendelser hos unge i krigsrammede områder av Afghanistan. Forskerne antok at militær vold ville være mest traumatisk å oppleve. Resultatene viste tvert imot at militær vold resulterte i samme traumereaksjon som for eksempel økonomiske problemer eller mangel på sosial støtte. Likevel fremviste fire av fem unge i Panter-Brick og Eggermans studie resiliente egenskaper i etterkant av utfordrende eller traumatiske opplevelser (Panter-Brick & Eggerman, 2012, s. 376–377). Dette kan sammenlignes med psykiatrien der det for mange ansatte oppleves like traumatisk å bli utsatt for fysisk vold på jobb som det gjør å gå med forhøyet risiko for vold over tid uten at en hendelse nødvendigvis oppstår.

Paradigmeskifte fra individrettet forskning til det sosioøkologiske rammeverket er et positivt og helhetlig skifte for resiliensforskning. Det finnes likevel rom for klarere operasjonalisering

og en felles enighet om hva resiliens innebærer i alle fagmiljøer. Ved å satse på den sosioøkologiske modellen heves resiliensforskning til et systemfokus. Dette innebærer at både psykologiske, samfunnsmessige og sosiale aspekter av resiliens undersøkes på lik linje med personlige ressurser (Lipsitt & Demick, 2012, s. 43–52; Rutter, 2012a; Ungar, 2015).

Individets mulighet til å håndtere utfordringer er ansett å være mindre påvirket av personlige egenskaper, og heller mer påvirket av ulike sosiale og miljømessige forhold (Ungar, 2012b, s. 14). For å oppleve resiliens må sosiale forhold slik som familie, skole, barnehage, kommuneordninger og statlige organisasjoner tilrettelegge for en optimal tilgjengelighet og ressursbruk på et strukturert nivå. Dette med hensyn til både kontekst og kultur (Ungar, 2012b, s. 17). Dersom ressurser på det sosiale og strukturelle nivået ikke er til stede, vil opplevelsen av resiliens være betraktelig mer utfordrende for individet, til tross for resiliente personlige egenskaper. Det ansees som fordelaktig for dette prosjektet å benytte seg av et rammeverk som legger til rette for både personlige, sosiale og strukturelle ressurser. Man er som helsepersonell i psykiatrien avhengig av mer enn sine egne personlige egenskaper og egnethet. Blant annet er kollegial støtte, og at arbeidsplassen har tilrettelagt for gode og trygge rutiner, viktige faktorer. Dette gjelder spesielt i de situasjoner der personal blir satt i en risikosituasjon.

## **2.4 Resiliensteori og helsefremmende arbeid**

Hovedfokus for resiliensforskning ligger fortsatt i helse og utviklingspsykologi, men det finnes en stadig voksende mengde av resiliensforskning i helsefremmende arbeid. Det helsefremmende arbeidets styrke ligger i det klare ressursfokus, og dette er også en av resiliensteoriens største styrker (Borge, 2010, s.17). Rutter (2012a) påpeker at resiliensteori ikke fremhever mennesker med resiliente egenskaper som bedre fungerende enn andre, men at helse og god fungering er svært individuelt. Dette samsvarer med det helsefremmende arbeidets ideologi om god helse som noe hvert enkelt individ må definere for seg selv og at dette kan variere stort fra individ til individ (Antonovsky, 1996; Meld. St. 19 (2018–2019), 2019; WHO, 1986a; World Health Organization, 2016).

Fostring av resiliens hos barn og voksne er et viktig aspekt ved helsefremmende arbeid (Korin, 2016, s. 7). I samsvar med det sosioøkologiske perspektivet kan mennesker med personlige ressurser i kombinasjon med høy tilgjengelighet av sosiale og strukturelle ressurser anses som godt rustet i risikosituasjoner. Personer i besittelse av egenskaper nevnt ovenfor har

mulighet til å motstå negative, miljømessige stressfaktorer, som kan ha en helsefremmende effekt (Ungar, 2012b, s. 13). Man ser i resiliensteorien til Ungar (2011) likhetstrekk med Ottawa-charterets (WHO, 1986a) fokus på helsefremmende lokalmiljø, brukermedvirkning, sosiale strukturer og ansvar for fremming av egen helse. Det sosioøkologiske rammeverket likestiller sosiale og strukturelle ressurser med individets iboende egenskaper, og hevder at en kombinasjon av alle nivåene vil være gunstig for utvikling av resiliente individer. På samme måte poengterer Ottawa-charteret at blant annet sosial struktur og lokalmiljø bør tilrettelegges slik at disse faktorene kan være til hjelp for individers utvikling av god helse. Samt at en kombinasjon av fokus på egen helse, tilbud i lokalsamfunnet og mulighet for påvirkning gir en helsefremmende effekt. Helsefremmende arbeid har fokus på hvilke ressurser mennesker har rundt seg og hvordan de på best mulig måte tar disse i bruk. Utvikling av god helse er komplekst og må ses i sammenheng med flere faktorer. Det eksisterer en viktig kobling mellom mennesker og miljøet som utgjør en sosioøkologisk tilnærming til helse (WHO, 1986a). Dette grunnlaget sammenfaller i stor grad med Ungars sosioøkologiske perspektiv for utvikling av ressurser, og muligheten til å videreutvikle og bevare god helse.

## **2.5 The Job Demands-Resources Model**

Job Demands-Resources Model, oversatt til jobbkrav-ressursmodellen (Torp, 2013), kan bli brukt til å forbedre ansattes velvære og ytelse (Bakker & Demerouti, 2007). Modellen oppstod tidlig på 2000-tallet, med et fokus på utbrenthet blant ansatte innen flere profesjoner (Demerouti et al., 2001; Schaufeli & Taris, 2014, s. 43). Modellen antar at utbrenthet oppstår og utvikler seg som følge av høye jobbkrav og begrenset tilgjengelighet på jobbressurser. Dette uavhengig av typen arbeid (Demerouti et al., 2001). Modellen anslår at en kombinasjon og balanse mellom positive ressurser og negative krav fører til god helse og velvære blant ansatte (Schaufeli & Taris, 2014, s. 44).

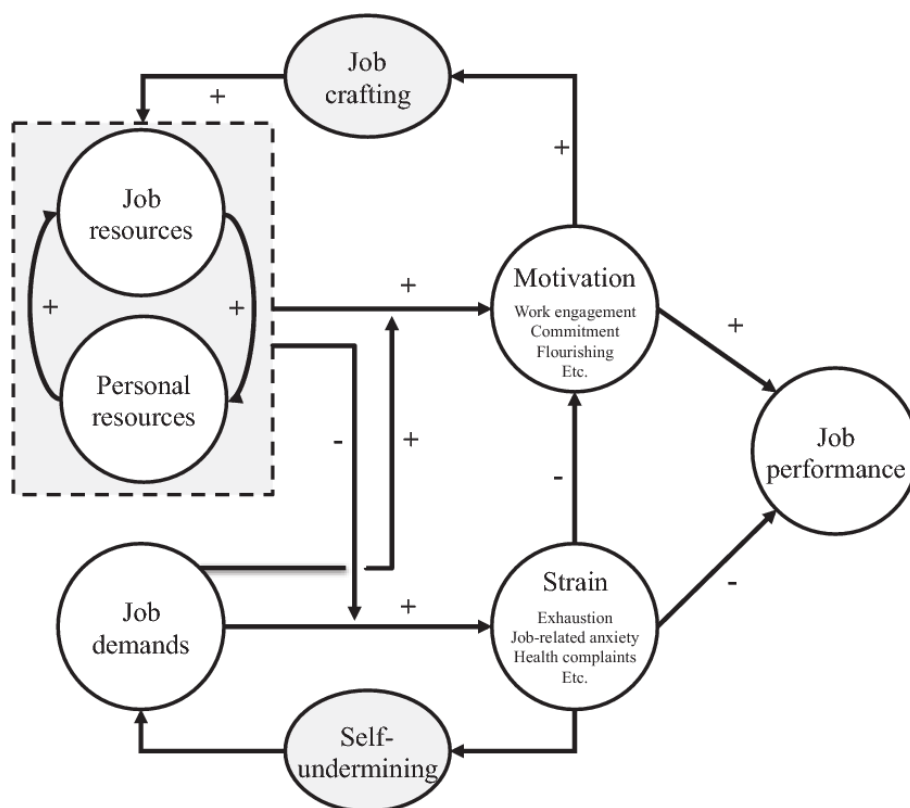
Jobbkrav-ressursmodellen foreslår at arbeidsforhold kan deles inn i to kategorier, jobbkrav og jobbressurser (Schaufeli & Taris, 2014, s. 45). Førstnevnte definerer Demerouti et al. (2001, s. 501) som «de fysiske, sosiale eller organisatoriske aspektene ved jobben som krever vedvarende fysisk eller mental innsats, og er derfor assosiert med visse fysiologiske og psykologiske kostnader» (egen oversettelse). Overarbeid, fysisk krevende oppgaver som tunge løft, konflikter mellom kollegaer og usikkerhet rundt arbeidsoppgaver er eksempler som går under denne kategorien (Schaufeli & Taris, 2014, s. 45). Jobbressurser blir definert som

«de fysiske, sosiale eller organisatoriske aspektene av jobben som kan gjøre noe av følgende: (a) være funksjonell for å nå arbeidsmålene, (b) redusere jobbkrav og tilhørende fysiologiske og psykologiske kostnader og (c) stimulere personlig vekst og utvikling» (Demerouti et al., 2001, s. 501) (egen oversettelse). Muntlige og skriftlige tilbakemeldinger, sosial støtte og opplevelse av kontroll på arbeidsplassen er eksempler på sistnevnte kategori (Schaufeli & Taris, 2014, s. 45).

### **2.5.1 Utvikling av modellen**

Jobbkraft-ressursmodellen av Demerouti et al. (2001) hadde som hensikt å forstå forutgående faktorer for utbrenthet (Schaufeli & Taris, 2014, s. 44). Den første utgaven av modellen inkluderte to prosesser som førte til utbrenthet. Den første prosessen innebar langsiktige, overdrevne jobbkrav. Dette førte til utilstrekkelig gjennomføring og overbelastning hos den ansatte. Den andre prosessen tok for seg manglende ressurser, som førte til at man ikke kom i mål med sine arbeidsoppgaver (Schaufeli & Taris, 2014, s. 45). Denne første utgaven av modellen hadde et negativt fokus, med hensikt om å undersøke og finne faktorer som fører til utbrenthet. Schaufeli og Bakker (2004) sin reviderte utgave av modellen presenterer et preg av positiv psykologi. Dette ved å inkludere jobbengasjement i tillegg til utbrenthet (Schaufeli & Taris, 2014, s. 46). Jobbengasjement refereres til som en positiv, tilfredsstillende holdning som fører til trivsel, motivasjon og mestring på arbeidsplassen. Tilgjengelige arbeidsressurser var det som ble brukt til å predikere jobbengasjement, og anses som effektiv for å få frem en omsetningsintensjon (Schaufeli & Bakker, 2004). Jobbengasjement og utbrenthet ble vurdert som meklere i relasjonen mellom jobbkrav og helseproblemer, og jobbressurser og omsetningsintensjon (Schaufeli & Taris, 2014, s. 46). Jobbkraft-ressursmodellen har dermed gått fra å ha et negativt psykologisk fokus, hvor man brukte modellen til å forklare forutgående faktorer for utbrenthet, til å inkludere et positivt psykologisk fokus med jobbengasjement (Schaufeli & Taris, 2014, s. 46). Dette gjør modellen mer helsefremmende, og den er derfor en aktuell modell for dette prosjekt på bakgrunn av det positive psykologiske fokuset og bruk av ressurser for god helse, trivsel og velvære på arbeidsplassen.





Figur 1. Jobbkraft-ressursmodellen hentet fra Bakker og Demerouti (2017)

Figur 1 viser en oppdatert versjon av jobbkraft-ressursmodellen. Det som skiller denne oppdaterte modellen fra den tidligere er tilførselen av personlige ressurser, jobbutforming og selvundergraving (Bakker & Demerouti, 2017). Personlige ressurser som følelse av mestringsevne og optimisme blir ansett å ha en lik effekt som jobbressurser. Ansatte med besittelse av disse personlige egenskapene vil håndtere usikkerhet, høye krav og uforutsette hendelser bedre, og det anses å ha en direkte positiv effekt på jobbengasjement (Bakker & Demerouti, 2017). Det er tiltenkt at personlige ressurser kan bremse den uønskede belastningen som oppstår som følge av høye jobbkraft, samt øke motivasjonen for utfordrende jobbkraft. Det skal derimot sies at det ikke foreligger nok forskning på forslaget om tilførsel av personlige ressurser til jobbkraft-ressursmodellen til å støtte opp under dens effekt på jobbengasjement og prestasjon. Det trengs derfor mer testing av modellen (Bakker & Demerouti, 2017). Jobbutforming innebærer at ansatte er delaktige i utformingen av arbeidsoppgaver. Dette for å gi ansatte en opplevelse av bedre trivsel og velvære på arbeidsplassen, samt en følelse av at jobben deres er meningsfull. En motivert ansatt vil også ifølge modellen i større grad benytte seg av atferder knyttet til jobbutforming. Dette bidraget viser et skifte fra første utgave av modellen som hadde et mer «top-down» perspektiv (Bakker & Demerouti, 2017).

Bakker og Costa (2014) definerer selvundergraving som atferd som skaper hindringer som kan undergrave prestasjon. Selvundergraving kan oppstå som følge av mye press og høy belastning, og kan føre til mer stress og flere jobbkraav over tid (Bakker & Demerouti, 2017).

## 2.6 Jobbkraav-ressursmodellens relevans for prosjektet

Jobbkraav-ressursmodellens allmenhet og fleksibilitet er noe av det særegne og styrkende ved modellen. Det betyr at den kan bli brukt i et bredt spekter av situasjoner og profesjoner (Schaufeli & Taris, 2014, s. 63). Disse egenskapene er derimot ogsaa med paa a svekke modellen da det begrenser muligheten for generalisering (Schaufeli & Taris, 2014, s. 55). Modellen sier heller ingenting om hva som paavirker forholdet mellom jobbkraav og ressurser. Dette gir derfor ingen direkte indikasjon paa hva som paavirker hva (Bakker & Demerouti, 2017). Denne begrensningen trenger derimot ikke ha en stor paavirkning for prosjektet, da vi skal gjennomfurre kvalitative fokusgruppeintervjuer og er ute etter opplevde erfaringer fremfor sammenheng mellom faktorer.

Jobbkraav-ressursmodellen trekker frem et perspektiv der fokuset havner paa voksne individer paa arbeidsplassen. I motsetning til resiliensforskning der hovedområdet for forskningen lenge har vart barn og unge, henter jobbkraav-ressursmodellen frem ressurser hos voksne individer. Vi har valgt a vektlegge modellens fokus paa jobbkraav og ressurser og se bort fra fokuset paa utbrenthet, da det ikke vil vare like relevant for prosjektets helsefremmende fokus. Bruk av jobbkraav-ressursmodellen kan med fordel kombineres med et teoretisk rammeverk, da den paa egenhaand kan ha manglende dybdeforstaaelse og gi begrenset innsikt i psykologiske mekanismer (Schaufeli & Taris, 2014, s. 55). Modellens manglende dybdeforstaaelse trenger derimot ikke a vare et problem, da teorier i dag er lett tilgjengelige for a ta i bruk (Schaufeli & Taris, 2014, s. 55). Hovedsakelig brukes det sosiookologiske rammeverket som fundament for prosjektet med jobbkraav-ressursmodellen som supplerende verktuy. Deler av modellens svakheter vil i sa maate vare dekket. Samtidig vil vi kunne benytte oss av de styrker som jobbkraav-ressursmodellen tilbyr for a sta stodigere i var teoretiske forankring.

### 3.0 Litteraturgjennomgang

Hensikten med en litteraturgjennomgang er å tilegne seg en bred forståelse av temaet som er aktuelt for prosjektet (Kirkehei & Ormstad, 2013). Målet er å identifisere hvilken forskning som finnes og er relevant for dette prosjekt. Samtidig er det ønskelig å rettferdiggjøre hvorfor studiefokuset er aktuelt for fagområdet og hvilke forskningsgap som finnes.

I det følgende kapittelet presenteres forskning som anses som relevant for prosjektet. I litteraturgjennomgangen tar vi først for oss forskning på resiliens hos helsepersonell som gruppe. Videre vil vi bevege oss mot helsepersonell i psykiatrien der hovedfokus for prosjektet ligger. Det er ønskelig å se på hvilke ressurser helsepersonell i psykiatrien kan inneha som gjør de rustet til å mestre motgang. Både personlige, sosiale og strukturelle ressurser er av interesse. Studier der det er gjennomført kvalitative intervjuer med fokus på ressurser for mestring på arbeidsplassen vil også inkluderes, da prosjektet benytter seg av denne metoden. Litteraturgjennomgangen vil bli lagt frem tematisk i delkapitler.

Fremgangsmåten for hvordan vi fant frem til de utvalgte studiene i litteratursøket vil bli presentert.

### 3.1 Litteratursøk

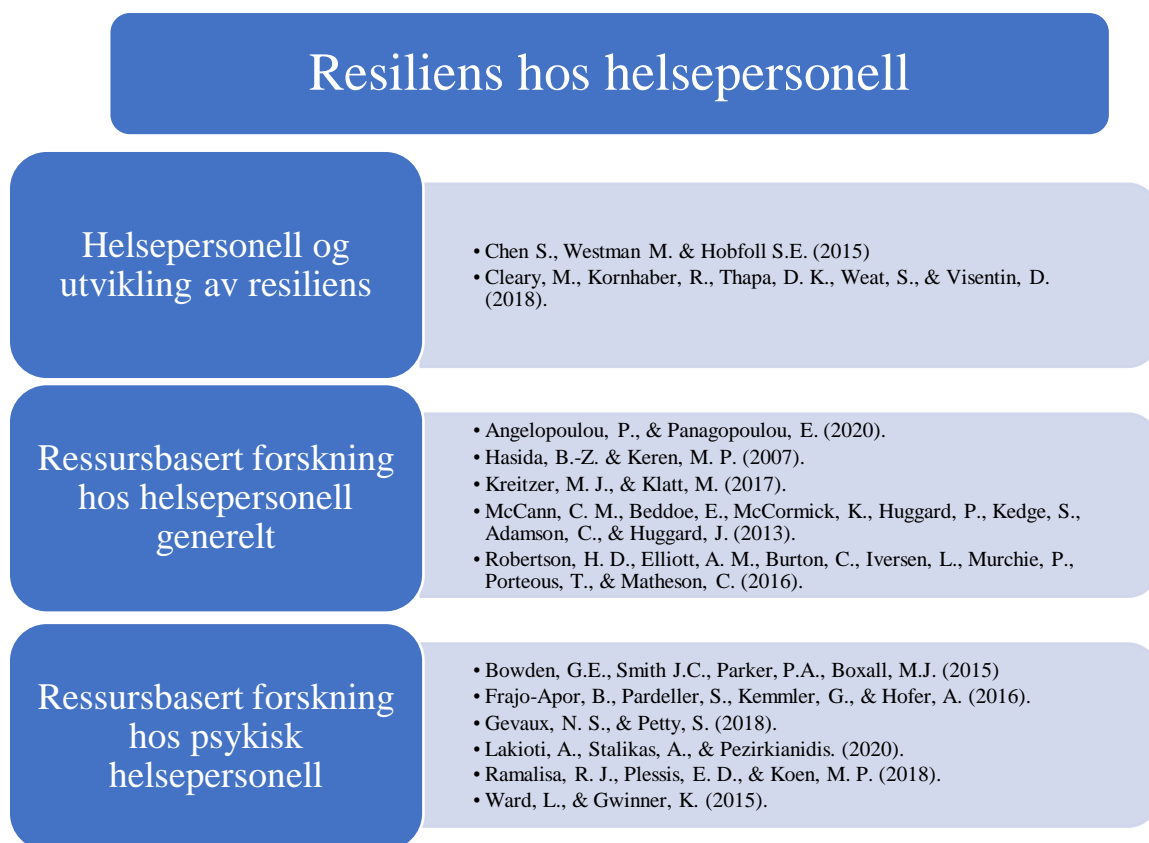
Søkeprosessen startet med åpne søk i både Google Scholar og Oria. Søket startet bredt og ga derfor en stor forskningsmasse bestående av alt fra oversiktsartikler til avisinnlegg og bøker. Dette ga et bilde av et bredt forskningsfelt med mulighet for å bevege seg i forskjellige retninger avhengig av hvilket fokus man valgte. Resiliensfeltet er stort og søkeordene tok derfor utgangspunkt i problemstillingen og tema for prosjektet. Søkeordene ble senere snevret inn i den systematiske gjennomgangen av litteraturen. Det er foretatt jevnlig søk frem mot masterinnlevering slik at prosjektet blir så oppdatert som mulig. Siste litteratursøk ble foretatt 14/4-21.

I den systematiske litteraturgjennomgangen ble databasene PubMed, PsycInfo og ProQuest benyttet. Søkeordene som ble brukt i ulike kombinasjoner var følgende: healthcare personnel, healthcare profession\* inward, psychiatric ward, resource\*, resilience, health promotion, coping og psychiatr\*. Søkeordene AND/OR\* ble brukt i kombinasjon med flere av søkeordene sammen. Inklusjonskriteriene satt for utvalgt litteratur er studier som ikke er over 10 år, er fagfelleverderte og hvor språket er enten engelsk eller skandinavisk. Enkelte av

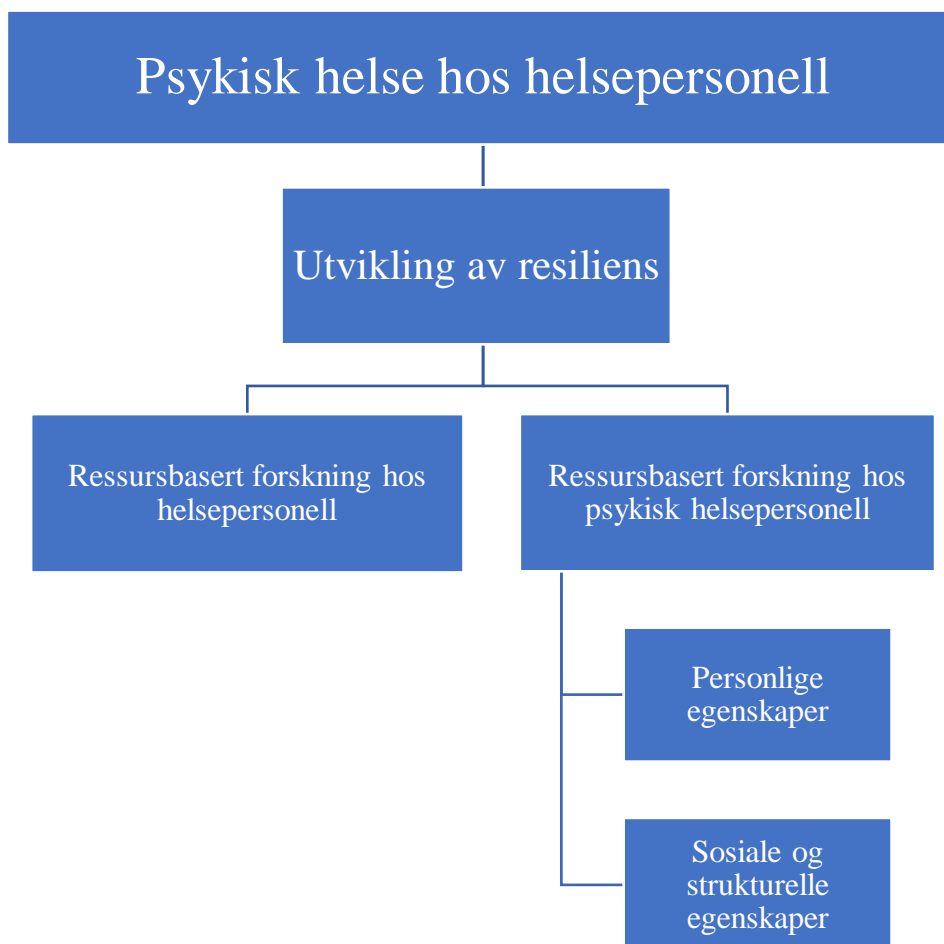
studiene som ble valgt ut er funnet ved å se i referanselistene til andre artikler.

Inklusjonskriteriene ble satt for å sikre både kvalitet og oppdatert forskning på resiliens hos helsepersonell. Alle studiene i litteraturgjennomgangen treffer disse kriteriene, med unntak av en forskningsartikkel som er eldre enn 10 år, denne er fra 2007. Vi fant ikke artikler som var relevante for prosjektet skrevet på norsk eller andre skandinaviske språk. Søkeordet inward eller psychiatric ward ga henholdsvis lite resultater i kombinasjon med andre relevante søkeord. Psychiatry viste seg å være et bedre egnet søkeord for hva vi var ute etter.

Litteratursøkene viste til noe begrenset materiale på både norsk og engelsk av kombinasjonene helsepersonell, psykiatri og resiliensbyggende ressurser. Det ble ikke funnet litteratur med forskning på resiliens hos helsepersonell ved norske institusjoner eller avdelinger. Vi ser derfor at det finnes et forskningshull som kan fylles med dette prosjektet. En oversikt over utvalgte artikler er lagt frem under i figur 2 der studiene er delt opp tematisk, samt et litteraturkart.



Figur 2. Tematisk inndeling av litteratur i henhold til delkapitler



Figur 3. Litteraturkart

### 3.2 Helsepersonell og utvikling av resiliens

Hovedtyngden av forskning på resiliens er gjennomført med barn og unge som fokusområde (Luthar et al., 2000). Forskning på resiliens hos barn har gjerne hatt fokus på en eller flere utsatte grupper, og hvordan de har klart seg godt til tross for motgang (Ungar, 2012a, s. 1). I nyere tid har forekomsten av forskning på resiliens hos voksne, normalfungerende individer vært økende. Forskning på resiliens er ikke et nytt fenomen, men den har beveget seg fra et risikobasert fokus til et ressursbasert fokus (Chen et al., 2015, s. 96). Sanderson og Brewer konkluderte i en oversiktsartikkel fra 2017 med at det er behov for et større fokus på resiliens og helsepersonell.

Utvikling av resiliens hos helsepersonell er undersøkt gjennom flere intervensjonsprogrammer. Det hevdes at man ved hjelp av resiliens-trening kan øke helsepersonells grad av resiliente ressurser (Cleary et al., 2018). I tråd med dette fortok Cleary et al. (2018) en systematisk gjennomgang av 33 studier. Formålet var å undersøke effekten av

intervensjoner for å øke resiliens blant helsepersonell. Den systematiske gjennomgangen tok for seg 15 single-arm pre-post-design, 10 randomisert kontrollerte forsøk, fem ikke-randomisert kontrollerte forsøk og tre kvantitative studier. Deres litteraturgjennomgang antydte at resiliens-trening som intervensjon kan ha effekt for å øke motstandsdyktighet hos helsepersonell (Cleary et al., 2018). Resultatene var derimot ikke av signifikant betydning da det ikke var konsekvente funn av en bestemt resiliens-trening eller intervensjon som fungerte bedre enn andre (Cleary et al., 2018). Resiliens ble målt og definert på ulike måter i flere av intervensjonene. Dette gjør det vanskelig å si noe om hvilken intervensjon som fungerte best (Cleary et al., 2018). Videre i kapitlet vil ressursbasert forskning for utvikling av resiliens hos helsepersonell legges frem. Deretter presenteres personlige, sosiale og strukturelle egenskapers betydning for utvikling av resiliente egenskaper hos helsepersonell i psykiatrien.

### **3.3 Ressursbasert forskning hos helsepersonell**

Det kreves en viss grad av positiv adaptasjon for at helsepersonell skal klare å forbli, og tilpasse seg, på jobb (Robertson et al., 2016). Robertson et al. (2016) undersøkte nettopp dette gjennom en systematisk gjennomgang. Gjennomgangen besto av både kvalitative og kvantitative studier. Artikkelforfatternes mål var å identifisere resiliente egenskaper hos helsepersonell og å måle disse. Gjennomgangen viste at helsepersonell per i dag utsettes for store utfordringer og mye stress. Studiene som ble lagt frem i gjennomgangen viste til fokus på både personlige faktorer, sosiale faktorer og livsstilsfaktorer forbundet med god fungering. Fysisk aktivitet, som anses som en livsstilsfaktor, ble assosiert med høy grad av resiliens. Sosial støtte i form av gode familiære relasjoner ble også ansett som en positiv ressurs for utvikling av resiliens (Robertson et al., 2016). Gjennom litteraturgjennomgangen kommer det klart frem at resiliens anses som fordelaktig å inneha for helsepersonell. Dette kapitlet sier også noe om hvilke typer ressurser som er med på å utvikle resiliens. Til tross for dette trengs det fortsatt mer undersøkelse av konseptet. Dette blant annet fordi studier viser at arbeidsgruppen som har høyest forekomst av selvmordsforsøk er helsepersonell, gjeldende både for kvinner og menn (Robertson et al., 2016). Disse funnene bygger opp under det faktum at det foreligger store belastninger og utfordringer hos denne gruppen.

Utvikling av resiliens er et fokusområde hos flere profesjoner blant helsepersonell da de utsettes for flere like stressorer på arbeidsplassen. McCann et al. (2013) utførte en systematisk gjennomgang hvor de forsket på resiliens hos helsepersonell. Profesjonene som ble trukket

frem var sykepleie, sosialarbeid, psykiske helsetjenester, rådgivning og medisin. Målet med litteraturgjennomgangen var å finne hvilke personlige og miljømessige faktorer som lå til rette innenfor hver profesjon ved utvikling av motstandsdyktighet hos personalet. Artikkelen tok for seg både kvalitativ og kvantitativ forskning, med et flertall kvantitative (McCann et al., 2013). Funnene viste at det var ulikheter mellom de forskjellige profesjonene ved utvikling av motstandsdyktighet. Kjønn var den eneste faktoren som var påfallende relatert til resiliens hos alle arbeidsgruppene, med favør kvinner. Foruten dette var faktorer som bruk av humor, grad av selvinnsikt, spiritualitet og personlighetstype i ulik grad fremtredende for utvikling av resiliens innenfor de fem profesjonene. Litteraturgjennomgangen gir gode indikatorer på korrelasjoner og målinger av forskjellige faktorer. Dette gjelder spesielt personlige egenskapers innvirkning på utvikling av motstandsdyktighet (McCann et al., 2013). Studien er med å styrke opp under personlige egenskapers innvirkning på utvikling av resiliens.

Sett fra vårt perspektiv er det et manglende fokus på tilgjengelighet og bruk av miljømessige ressurser. Dette til tross for at artikkelen fra McCann et al. (2013) påpeker at det ble undersøkt. Mer dybdeinformasjon fra helsepersonell om hvordan de utvikler motstandsdyktighet med et større fokus på strukturelle egenskaper kan være hensiktsmessig.

Intervensjoner som har et fokus på positive aspekter ved arbeidsdagen hos helsepersonell er underrepresentert, til tross for den positive effekten det viser seg å ha (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000, s. 5). Basert på dette gjennomførte Angelopoulou og Panagopoulou (2020) en pilotstudie for å utvikle, implementere og evaluere en positiv faglig anerkjennelsesintervensjon hos helsepersonell i primærhelsetjenesten i Hellas. De valgte denne gruppen, da majoriteten av studier tar for seg helsepersonell som jobber på sykehus fremfor helsepersonell i primærhelsetjenesten (Angelopoulou & Panagopoulou, 2020). Forskerne påpekte viktigheten av studier som har et fokus i lys av positiv psykologi, fremfor et tradisjonelt fokus på reduksjon av risikofaktorer (Angelopoulou & Panagopoulou, 2020). Studien ble gjennomført ved bruk av en pre-post mixed-method hos sykepleiere, overleger og fastboende (n = 36). Intervensjonen var tredelt, og besto av gruppeintervensjon hvor hver deltaker skulle prate om hva de hadde opplevd som bra ved ulike opplevelser i jobbrelaterte saker. Del to baserte seg på positive tilbakemeldinger til hver deltaker. I siste del av intervensjonen så deltakerne på en video av pasienter med positive opplevelser etter tjenester fra primærhelsetjenesten. Resultater fra intervensjonen viste en positiv effekt, da deltakerne rapporterte økt grad av kontroll, følelse av begeistring, stolthet og inspirasjon. En

slik positiv psykologisk intervensjon hos helsepersonell viser seg å ha en positiv effekt på motstandsdyktighet og velvære, slik at de kan stå i den jobben de gjør og bevare en god mental helse (Angelopoulou & Panagopoulou, 2020).

Som påpekt tidligere i kapittelet fører ulike stressorer i helsepersonells hverdag til forskjellige utfordringer hos gruppen. Blant de hyppigste utfordringene er hyppig utskifting av personalgruppen knyttet til sykemeldinger og avsluttede arbeidsforhold (Johnson et al., 2011). Hasida og Keren (2007) vektlegger sammenhengen mellom opplevd stress, tilgang på mestringsstrategier og ressurser, og utbrenthet hos sosialarbeidere, sykepleiere og psykologer i pasientrettet arbeid. Målet for studien var å undersøke hvorvidt ulike personlige og sosiale ressurser kan være med å redusere utbrenthet. I underkant av 250 kvinnelige deltakere gjennomgikk et spørreskjema der de skulle kartlegge hvilke ressurser og mestringsstrategier de benyttet seg av i møte med stressende situasjoner på arbeidsplassen. Det ble ikke funnet signifikante forskjeller mellom profesjonene, med unntak av et signifikant lavere resultat av depersonalisering av utbrenthet hos psykologer (Hasida & Keren, 2007). Forskerne fant at høy grad av opplevd kontroll og sosial støtte bidro direkte til mindre utmattelse på jobb. Dette bidro igjen til en lavere grad av utbrenthet blant deltakerne. Fokuset i Hasida og Kerens studie er delt mellom det patogene og det salutogene. Den salutogene vinklingen er svært relevant for vårt prosjekt. Dette fordi det ressursdrevne fokuset og resultatene til Hasida og Keren (2007) kan sammenlignes med prosjektets fokus på personlige, sosiale og strukturelle egenskaper. Samtidig gir studien god innsikt i utfordringer ved helsepersonells arbeidsforhold.

I planleggingsprosessen ved forbedring av helsetjenester tas ikke helsepersonellens egen helse med i betraktningen (Kreitzer & Klatt, 2017). Dette anses å være et stort problem da stress, utbrenthet og selvmordstanker har blitt et problem blant helsepersonell. Disse problemfaktorene fører til tidlig oppsigelse, pensjon og hyppig utskifting av personalet i helsetjenester (Kreitzer & Klatt, 2017). Videre legges det frem hvordan helseproblemer blant helsepersonell, mer spesifikt amerikanske leger og sykepleiere, har hatt en økning de siste 10 årene. Dette viste blant annet en treårig studie utført av Mayo Clinic forskere i samarbeid med American Medical Association. De sammenlignet data fra 2011 til 2014, hvor 46% leger i 2011 rapporterte helseplager som følge av utbrenthet og stress, til en økning på 54% i 2014 (Kreitzer & Klatt, 2017). Videre i artikkelen legger Kreitzer og Klatt (2017) frem tre innovasjoner fra ulike universiteter i USA. Alle de tre universitetene har mindfulness i fokus



for utvikling av resiliens, «self-care» og stressmestring i forbindelse med utfordrende arbeidsdager hos medisinstudenter. De konkluderte med at det er behov for utvikling av strategier helsepersonell kan benytte seg av for å dyrke resiliens og velvære både på jobb og i privatlivet. Samtidig er det ønskelig å adressere hvilke systematiske problemer som forårsaker utbrenthet og stress som følge av usunne arbeidsmiljø (Kreitzer & Klatt, 2017). Artikkelen har et fordelaktig fokus på viktigheten av ivaretagelse helse og utvikling av resiliens hos helsepersonell. Forfatterne av artikkelen legger derimot frem et ønske om videre fokus og forskning på systematiske problemer, fremfor et positivt fokus på hva som gir helsepersonell motstandsdyktighet.

Forskning på hvordan helsepersonell utvikler motstandsdyktighet i møte med store utfordringer har et voksende ressursbasert fokus (Robertson et al., 2016). Det viser i stor grad til personlige og sosiale egenskapers effekt på fenomenet. Noen studier forsøker å legge frem strukturelle egenskapers effekt, men dette faller litt gjennom.

### **3.4 Ressursbasert forskning hos helsepersonell i psykiatrien**

#### **3.4.1 Personlige egenskaper**

Personlige egenskapers effekt på resiliensutvikling fremheves som betydningsfull. Frajo-Apor et al. (2016) undersøkte resiliens hos helsepersonell som jobbet med pasienter med alvorlige psykiske lidelser gjennom en kvantitativ studie. En stor del av studien besto av å undersøke hvorvidt emosjonell intelligens korrelerer med resiliens hos helsepersonell. De har dermed vektlagt personlige egenskapers effekt på utvikling av resiliens. Som følge av en positiv korrelasjon mellom emosjonell intelligens og resiliens anbefales det at emosjonell intelligens kan brukes som et potensielt mål for utvikling av resiliens (Frajo-Apor et al., 2016).

Et positivt, ressursbasert fokus anses som optimalt for å fremme resiliens (Gevaux & Petty, 2018). Gevaux og Pettys (2018) har undersøkt dette konseptet hos psykisk helsepersonell i Storbritannia. Gjennom kvalitative fokusgruppeintervjuer med 25 kliniske helsepersonell, ble det funnet hvilke ressurser som ble ansett som anvendelige og ikke-anvendelige for utvikling av resiliens. Funn viste at de mest hjelpsomme egenskapene var personlige ressurser og organisasjonskultur, i form av ledelse og sosial støtte og trivsel. Ikke-verdifulle ressurser var individuelt håndterbare egenskaper som for eksempel røyking eller matlaging (Gevaux & Petty, 2018). Det er mye som kan gjøres for å øke motstandsdyktigheten hos

psykisk helsepersonell. Ikke minst er det viktig å utvikle dette, da forskningen til Gevaux og Petty (2018) viste at en tredjedel av psykisk helsepersonell mistrives på arbeidsplassen. Gjennom økt fokus på tilgjengelighet og rett bruk av ressurser i møte med ubehagelige opplevelser kan problematikken løses (Gevaux & Petty, 2018). Som følge av de negative effektene som oppstår ved arbeid i utfordrende miljøer viser artikkelen til at britiske myndigheter og NHS kontinuerlig streber for å forbedre trivsel og velvære hos psykisk helsepersonell. Det påpekes derimot at implementering av tiltak for å øke resiliens hos psykisk helsepersonell er utfordrende (Gevaux & Petty, 2018). Det er å anse som fordelaktig med videre forskning på feltet for å oppnå forbedring, gjerne i form av implementering og kartlegging av hvilke ressurser som utvikler resiliens. Studiens metode og dens resultater er overførbart til vårt prosjekt på bakgrunn av det ressursbaserte fokuset.

I en studie fra 2015 av Ward og Gwinner undersøkte australske forskere hvilke egenskaper som er avgjørende å inneha for å yte optimal helsehjelp til pasienter i akuttpsykiatrien. Studien tok for seg sykepleiere som profesjon. Dette er en gruppe som er overrepresentert i psykiatriens historie og som fortsatt er hovedbestanddelen i de fleste psykiatriske sykehus og institusjoner. Incentivet for behandlingen var recoverybasert og personalets tilnærminger til behandling og deres egenskaper sto i lys av dette (Ward & Gwinner, 2015). Det ble gjennomført en kvalitativ studie med fokusgrupper. Hovedfunnene var fire ulike gjennomgående hovedtemaer; historiefortelling, omsorg, ansvarsfølelse og recoveryaspektet. Disse fire temaene utgjorde de viktigste egenskapene helsepersonell kan inneha for god pasientbehandling (Ward & Gwinner, 2015). Av disse fire ønsker vi å trekke frem ansvarsfølelse og omsorg som viktige egenskaper studien fremlegger. Dette er egenskaper som er viktige kjerneverdier i arbeid med psykisk helse, helsefremmende arbeid og mennesker. Da studien belyser enkelte egenskaper som ikke er direkte rettet mot helsepersonellens egen motstandsdyktighet vil hensikten med denne studien ikke treffe vår studies mål direkte. Likevel er forskning på helsepersonells mulighet til å yte god helsehjelp knyttet tett opp mot personlige og sosiale egenskaper satt opp mot god fungering på jobb.

Bruk av personlige ressurser kan ha en positiv påvirkning på utvikling av resiliens i møte med stressorer (Lakioti et al., 2020). 163 greske helsepersonell som arbeidet innen psykisk helse støttet opp under overnevnte påstand ved å rapportere at self-efficacy, positive følelser og en følelse av mening med arbeidet har forebyggende effekt mot utbrenthet og annengrads traumatisk stress. I tillegg rapporterte deltakerne at positive relasjoner mellom kollegaer og et

godt samhold kan ha god effekt på ivaretagelse av egen helse (Lakioti et al., 2020). Dette vektlegger sosiale ressursers effekt på utvikling av resiliens gitt stressorer på arbeidsplassen. Studien av Lakioti et al. (2020) la også frem organisasjonskultur som en risikofaktor for utvikling av utbrenthet og stress. Dette er interessant da det ble rapportert at terapeuter som arbeidet i uavhengige praksiser opplevde lavere grad av utbrenthet, enn de som jobbet i organisasjonsmiljøer (Lakioti et al., 2020) Dette kan indikere samfunnsstrukturelle ressursers påvirkning for utvikling av resiliens. Kulturelle faktorer påvirkning på utvikling av resiliens og velvære burde utforskes dypere. Videre forskning i form kvalitative studier for å undersøke hvilke beskyttelsesfaktorer som tas i bruk for utvikling av resiliens ble foreslått (Lakioti et al., 2020). Studiens fokusområde på personlige ressurser og oppmuntring til videre forskning på kulturelle eller samfunnsstrukturelle ressurser for utvikling av resiliens hos helsepersonell er ytterst aktuell for vår forskning. Det blir poengtert et gap som til dels omfatter hva vi ønsker å undersøke videre. Studien bærer preg av fokus på både personlige, sosiale og strukturelle ressurser, men har lagt hovedvekt på personlige egenskaper. Det er i større grad en anbefaling om at videre forskning bør vektlegge sosiale og strukturelle ressurser påvirkning for utvikling av resiliens.

### **3.4.2 Sosiale og strukturelle ressurser**

Forskning på tilgjengeligheten av gode ressurser for å styrke egenhelse på arbeidsplassen er økende. Summen av disse ressursene og hvordan de styrker egen helse i møte med utfordrende eller traumatiske hendelser blir referert til som resiliente egenskaper. (Ramalisa et al., 2018). I en studie fra Sør-Afrika i 2018 (Ramalisa et al.) hevdet artikkelforfatterne at sykepleiere som jobber innen psykisk helse utsettes for ulike stressorer. Eksempler er høy grad av aggresjon, emosjonell ustabilitet og suicid blant pasientene. Dette utsetter helsepersonellet for både utfordrende og stressende opplevelser over lengre tid. Det var derfor essensielt for nevnte helsepersonell å utvikle mestringsstrategier for å utvikle emosjonell styrke og modifisere de negative effektene av motgang (Ramalisa et al., 2018). Slik kan de utvikle egen resiliens (Hart et al., 2014). Målet for studien var å undersøke og beskrive hvordan man kan øke resiliente egenskaper hos sykepleiere som jobber i psykisk helse der pasientene er lagt inn under tvunget psykisk helsevern. Studien ble gjennomført ved en eksplorativ og deskriptiv design. Resultatene viste hvilke ressurser som er med å styrke resiliente egenskaper hos sykepleiere. Blant disse egenskapene var støtteapparat rundt sykepleierne slik som familie, venner og kolleger, godt opplært personal,

utdanning og teamarbeid (Ramalisa et al., 2018). Forfatterne av artikkelen anbefalte videre satsning på resiliensbyggende egenskaper som kan fungere preventivt for blant annet utbrenthet og høy utskiftning av personal ved psykisk helsearbeid.

Å tillate tid for kollegial uformell samtale på jobb er en hjørnestein for et godt arbeidsmiljø (Bowden et al., 2015). Slike uformelle samtaler gir rom for å dele erfaringer og kan skape et støttende miljø. Dette kan gi empatiske, trygge og profesjonelle helsearbeidere. I en kvalitativ studie gjennomførte Bowden et al. (2015) individuelle intervjuer, og deretter fokusgruppeintervjuer av helsepersonell som jobbet med psykisk helse i førstelinjetjenesten. Resultatene viste viktigheten av rom for refleksjon på arbeidsplassen i møte med en utfordrende arbeidsdag. Blant de gjennomgående temaene var mulighet for mestring på arbeidsplassen, individuell motstandsdyktighet, kreativitet og følt sikkerhet på jobb. I likhet med flere av studiene nevnt ovenfor påpeker Bowden et al. (2015) at det er en sammenheng mellom høy andel jobbstress og utbrenthet i helsesektor. Dette er en trend som har vedvart gjennom forskningen fremlagt i denne studien. Videre forskning på feltet bør ta hensyn til både sosiale, personlige og organisatoriske strukturer (Bowden et al., 2015).

Litteraturgjennomgangen viser en skjevfordeling på hvor ressursfokuset ligger ved utvikling av resiliens hos helsepersonell. Det er i større grad fokus på personlige ressurser for utvikling av resiliens. Det foreligger færre studier som påpeker og undersøker sosiale og strukturelle ressursers viktighet og betydning. Flere studier nevner sosiale og strukturelle ressurser, men det er ikke det som vektlegges eller preger resultatene. Dette gjenspeiler ikke hva Ungar (2011) påpeker som de viktigste egenskapene i det sosioøkologiske rammeverk for utvikling av resiliens.

### **3.5 Oppsummering av litteraturgjennomgang**

Etter en grundig litteraturgjennomgang har vi inntrykk av at det foreligger mange studier som viser til høy grad av helseproblemer som utbrenthet, stress mm. hos helsepersonell gitt utfordrende arbeidsdager og møte med traumatiske opplevelser (Bernabe & Botia, 2016; Cleary et al., 2018; Frajo-Apor et al., 2016; Gevaux & Petty, 2018; Hasida & Keren, 2007; Kreitzer & Klatt, 2017; Lakioti et al., 2020; Ramalisa et al., 2018; Robertson et al., 2016). Flere studier viser til et prosentvis antall av hvor mange som sliter, og hva de sliter med. Det ble funnet et stort antall kvantitative studier utført i forbindelse med resiliens hos

helsepersonell. Til tross for dette var det også et mindre utvalg studier med kvalitativ metode på forskningsfeltet. Det ønskelig å få bedre forståelse for hvilke ressurser som gjør at helsepersonell klarer å stå i stadig utfordrende situasjoner. Dette kan komme klarere frem ved kvalitative studier, gjerne ved dybdeintervjuer eller fokusgrupper der man undersøker helsepersonells opplevelser og erfaringer.

Vi opplever at det er færre studier med et helsefremmende fokus, hvor det undersøkes hva som gjør at folk klarer seg godt i jobben til tross store belastninger. Likevel ser vi en trend som er på vei å snu fra det klare patogene, til et forskningsfelt som åpner opp for et mer salutogent, helsefremmende syn (Chen et al., 2015). Helsefremmende forskning er et ungt felt, og det faller seg derfor naturlig at det er en stadig voksende forskningsmasse. Basert på våre litteratursøk virker det å være størst fokus på de personlige ressursene mennesker tar i bruk på arbeidsplassen (Hasida & Keren, 2007). Sosiale ressurser er til en viss grad fremtredende. Aktuelle studier og funn på organisasjonskultur og strukturelle ressurser har vært noe vanskeligere å oppdrive. Til tross er enkelte av studiene likevel innom strukturelle ressurser, men med hovedfokus på de sosiale ressursene. Vi har i våre søk gjennom litteraturen ikke funnet norske studier som er aktuelle for problemstillingen. Vi håper også å kunne avdekke enkelte av de ressursene som er mer rettet mot struktur.

På bakgrunn av litteratursøket har vi derfor kommet frem til følgende formål og forskningsspørsmål for prosjektet som beskrives i punkt 3.6.

### **3.6 Formål og forskningsspørsmål**

Formål: Å undersøke hvilke personlige, sosiale og strukturelle ressurser som kan være med å styrke helsepersonell som jobber i sikkerhetspsykiatrien.

Forskningsspørsmål: Hvilke personlige, sosiale og strukturelle ressurser hjelper helsepersonell i psykiatrien å mestre motgang i stadig møte med traumatiske opplevelser og risikofylte hendelser på arbeidsplassen?

- Hvilke personlige egenskaper gjør den enkelte egnet til å jobbe i psykiatrien?
- Hvilke sosiale ressurser er fremtredende?

- Finnes det strukturelle ressurser som støtter individet etter møte med vanskelige opplevelser på arbeidsplassen?

## 4.0 Metode

I dette kapittelet legges metoden for studien frem. Metode betyr å følge en bestemt vei mot et mål, med forklaring på hvordan man skal gå frem for å få informasjon om et spesifikt fenomen, hvordan denne informasjonen skal analyseres og hva den til slutt forteller oss (Johannessen et al., 2011, s. 29). Dette kapittelet vil derfor først ta for seg prosjektets epistemologiske tilnærming og forskningsdesign. Deretter legges prosedyren for datainnsamlingen frem som inkluderer blant annet utvalg, rekruttering og gjennomføring av intervjuene. Videre vil analysen vi har benyttet oss av bli beskrevet. Til slutt redegjøres det for kvalitetssikring av prosjektet og etiske problemstillinger.

### 4.1 Epistemologisk tilnærming

For å gi leseren best mulig forståelse for prosjektet, vil det være viktig med en redegjørelse for valg av vitenskapsteoretisk standpunkt. Vitenskapsteori undersøker hva som kvalifiserer som gyldig kunnskap og hvordan det kan oppnås (Thornquist, 2015, s. 7). Det foreligger flere tradisjonelle vitenskapsteorier som på hver sin måte fremmer sannhet om kunnskap, som kommer frem gjennom valg av metode (Thornquist, 2015, s. 11). Epistemologi dreier seg om kunnskapens natur, og hvordan vi kan få kunnskap om virkeligheten (Johannessen et al., 2011, s. 55). Som forskere er vi ute etter å samle inn sann kunnskap om virkeligheten, og kunne beskrive dette så nøyaktig som mulig. Vår oppfatning av denne virkeligheten vil være preget av vårt epistemologiske valg.

Prosjektets formål var å undersøke hvilke personlige, sosiale og strukturelle ressurser som kan være med å styrke helsepersonell som jobber i sikkerhetspsykiatrien. Prosjektet ble av den grunn fenomenologisk forankret. Vi anså fenomenologien å være den best egnede tilnærmingen da vi var ute etter å utforske og få forståelse for helsepersonells erfaringer med tilgjengelighet av ressurser. I tillegg er fenomenologien en passende tilnærming når man ønsker å undersøke et fenomen som har vært opplevd av flere individer, hvor bruk av intervju er vanlig for å få frem informasjon (Creswell & Creswell, 2018, s. 13). Fenomenologi er læren om «det som viser seg», som vil si hvordan fenomener eller begivenheter umiddelbart fremstår for oss (Johannessen et al., 2011, s. 82). Det er en erfaringsorientert tradisjon der man ønsker å tolke kvalitative data. Det fenomenologiske utgangspunktet baserer seg på hvordan enkeltpersoner opplever hendelser, og hvordan man ser etter de dypere meningene av enkeltpersoners opplevelser og erfaringer (Thagaard, 2013, s. 40–41). En fenomenologisk

vinkling var derfor være passende da felles erfaringer deltakerne hadde ville gi et grunnlag for forståelse av ulike egenskaper som fremmer personlige, sosiale og strukturelle ressurser, som var fenomenet som ble undersøkt (Thagaard, 2013, s. 40–41). Denne kunnskapen ga oss innsikt i deres bruk og tilgjengelighet av ressurser i møte med kroniske og akutte risikosituasjoner, og hvordan helsepersonell kan utvikle en form for motstandsdyktighet på arbeidsplassen. Helsepersonellens felles erfaringer dannet grunnlaget for forståelsen av fenomenet som ble undersøkt.

## **4.2 Forskningsdesign**

Et forskningsdesign former prosessen fra idé, til utforming av problemstilling og videre for hvordan samle inn og analysere data til ferdige resultater (Johannessen et al., 2011, s. 396–397). Designet burde derfor være tilpasset forskningsspørsmålet (Judith Green & Thorogood, 2018, s. 56). På bakgrunn av det fenomenologiske verdenssynet falt valget på et kvalitativt design for prosjektet. Fenomenologi sammenfaller med det kvalitative designet fordi man som forsker er ute etter å forstå meningen av et fenomen, gjennom å utforske og få beskrivelser fra deltakernes erfaringer og forståelse av dette fenomenet (Johannessen et al., 2011, s. 82). Valg av fenomenologi og kvalitativt design samsvarer derfor med prosjektets forskningsspørsmål, som hadde som hensikt å samle inn meninger og erfaringer (for hvordan mestre motgang) hos ansatte i sikkerhetspsykiatrien (Thagaard, 2013, s. 11–15).

### **4.2.1 Intervju**

Intervju blir ofte brukt som metode ved kvalitativ forskning (Judith Green & Thorogood, 2018, s. 7). Et intervju er en samtale med en eller flere informanter, hvor det samles inn informasjon gjennom bruk av åpne intervjuguider eller mer strukturerte spørreskjemaer (Johannessen et al., 2011, s. 399). Et intervju kan gjennomføres både strukturert, semistrukturert eller ustrukturert. Vi valgte å gjennomføre intervjuene våre semistrukturert, med bruk av en intervjuguide. Når man velger å ta i bruk en intervjuguide, er det viktig å gjøre et grundig forarbeid i forbindelse med utforming av denne. En intervjuguide er en liste som inneholder temaer og generelle spørsmål forskeren ønsker å gjennomgå i løpet av intervjuet. Temaene vil være basert på forskningsspørsmålet for studien (Johannessen et al., 2011, s. 136–139). Ved utvikling av en intervjuguide bør både kvalitet og rekkefølge på spørsmålene tas med i beregningen (Kvale & Brinkmann, 2015). Det er hensiktsmessig å ta i bruk en intervjuguide slik at forskeren hele veien har noe å forholde seg til. Samtidig sikrer



det lik praksis dersom det skal gjennomføres flere intervjuer. Dette fører til at samtlige informanter tas gjennom de samme temaene og spørsmålene, som er gunstig for forskeren som er ute etter data på spesifikke temaer (Johannessen et al., 2011, s. 138).

#### **4.2.2 Fokusgruppeintervju**

Bruk av fokusgrupper ble ansett som hensiktsmessig da vi var ute etter å undersøke hvilke ressurser ansatte i sikkerhetspsykiatrien mener er styrkende. Et fokusgruppeintervju består av en mindre gruppe mennesker som diskuterer et bestemt tema, hvor det gjerne er ønskelig å undersøke spesifikke fenomener (Wibeck, 2011, s. 15). Design og gjennomføring av intervjuet må derfor tilpasses prosjektets problemstilling og tematikk (Malterud, 2012, s. 18–19). Fokusgrupper gir også større tilgang til interaksjon og gruppedynamikk mellom deltakerne, som eksempelvis et individuelt dybdeintervju ikke nødvendigvis vil få frem (Judith Green & Thorogood, 2018, s. 147; Thagaard, 2013, s. 95–105). Vi så det derfor som fordelaktig å ta i bruk dette, slik at vi i større grad fikk undersøkt felles erfaringer deltakerne hadde fra arbeidsdagen i tillegg til fenomener slik deltakerne opplevde dem. På denne måten fikk vi innsyn i hva som påvirker ansatte i en utfordrende jobbsituasjon og hvilke ressurser som fremmer motstandsdyktige ansatte i sikkerhetspsykiatrien.

#### **4.2.3 Utforming av intervjuguide**

Intervjuguiden ble utformet basert på prosjektets forskningsspørsmål. Intervjuguiden er både styrt av det fenomenologiske standpunktet, kombinert med teori, da vi brukte en del av det sosioøkologiske rammeverket til Ungar (2011) som base for hvilke temaer som ble tatt opp. Det var derfor nødvendig å sette seg godt inn i Ungars rammeverk slik at vi eksempelvis kunne formidle hva personlige, sosiale og strukturelle ressurser består av dersom deltakerne var usikre på dette. Pilotintervjuet gjorde det klart for oss hvilke spørsmål som hadde behov for klarere formulering. Dette ble gjort for å best mulig tilspisse spørsmålene slik at de dekket forskningsspørsmålet så godt det lot seg gjøre (Johannessen et al., 2011, s. 145).

Det ble brukt en semistrukturert intervjuguide i prosjektet. Ved denne typen intervju er temaene bestemt på forhånd og rekkefølgen kan både være mer åpen og moderert av deltakeres dynamikk dersom de kommer inn på ulike temaer (Thagaard, 2013, s. 100–103). Et semistrukturert intervju gir rom for en mer åpen dialog mellom deltakerne i gruppen, men også mellom deltakere og moderatorer. Det vil også begrense deltakerne mindre enn ved ett

strukturert intervju (Creswell, 2014, s. 240–242). Denne strukturen ble valgt fordi vi ønsket en relativt fri intervjudynamikk med mulighet for at deltakere kunne bruke hverandre og spinne videre på temaer. Samtidig ønsket vi en viss struktur slik at deltakerne holdt seg innenfor bestemte temaer, og muligheten for å guide dem tilbake til disse ved eventuelle avsporinger. Dette var spesielt viktig da vi hadde fokusgruppeintervjuer og var avhengig av å være aktive moderatorer i intervjuprosessen.

Intervjuguiden besto av innledningsspørsmål, tematisk oppdelte spørsmål om personlige, sosiale og strukturelle ressurser samt en avslutningsdel. Eksempler på spørsmål fra intervjuguiden er: ‘Hva bidrar til at du opplever trygghet på arbeidsplassen?’ Hvordan ivaretar du egen helse både på og utenfor arbeidsplassen? Og ‘Hvilke ressurser er tilgjengelige etter utfordrende opplevelse på arbeidsplassen?’

Det oppsto oppfølgingsspørsmål i intervjuprosessen som ikke var nedskrevet i intervjuguiden. Disse spørsmålene var temaer eller fraser vi plukket opp fra deltakerne i løpet av intervjuet som interessante for prosjektet. Spørsmålene var derfor en umiddelbar respons fra vår side. Det samme gjaldt små prompts i form av bekreftende nikk eller lyder som ‘mhm’. Vi forsøkte å holde disse til et minimum slik at opptaket ikke skulle være preget av unødvendige og forstyrrende lyder. Det var likevel nødvendig med enkelte bekreftende ord og lyder for å få samtalen til å flyte naturlig. De tematisk oppdelte spørsmålene hadde mer detaljerte spørsmål under hver av de tre kategoriene; personlig, sosial og strukturelle egenskaper. Intervjuguiden ligger vedlagt som vedlegg 3.

#### **4.2.4 Studieområde**

Data ble samlet inn på tre av Norges fire regionale sikkerhetspsykiatriske anstalter. Disse er fordelt på ulike steder i landet og ble valgt både fordi det er en uniform gruppe og fordi vi antok at både risiko og beskyttelsesfaktorer vil være til stede på slike steder.

Sikkerhetspsykiatri er den delen av psykisk helsevern som behandler personer med forhøyet aggresjon og voldsproblematikk. Brorparten av pasientene er underlagt tvungent psykisk helsevern eller er dømt til behandling. Samtlige anstalter er lokalisert enten i store byer eller i nærheten av store byer. En av anstaltene gikk i løpet av vår masteroppgave fra lokal til regional sikkerhetspsykiatrisk avdeling. Vi har også intervjuet deltakere der.

#### 4.2.5 Utvalg

Ved kvalitative studier vil utvalget basere seg på en mer spesifikk gruppe. Denne gruppen vil i stor grad både være kjent med temaet for studien, og kan besvare spørsmål i henhold til problemstillingen (Judith Green & Thorogood, 2018, s. 75). Gruppen vi ønsket å komme i kontakt med var helsepersonell fra regional sikkerhetspsykiatri i Norge. Oppgavens omfang avgjorde antall fokusgrupper og deltakere, som resulterte i et utvalg av populasjonen. Et utvalg utgjør de enhetene som deltar i prosjektet (Johannessen et al., 2011, s. 408). Utvalget var ikke basert på tilfeldigheter, da vi på forhånd hadde satt inkluderingskriterier og hadde en klar oppfatning av hvilke personer vi ønsket at skulle delta i prosjektet. Det ble derfor gjort en strategisk utvelgelse, slik at vi fikk en gruppe som hadde mye kunnskap om fenomenet vi undersøkte og som best kunne besvare problemstillingen (Judith Green & Thorogood, 2018, s. 77; Johannessen et al., 2011, s. 103–112). Likevel må det tas med i utvalgets vurdering at det i alle intervjusettinger er våre kontaktpersoner som har plukket ut deltakerne og at vi derfor ikke med sikkerhet kan si dette stemmer for alle deltakere.

Inkluderingskriteriene for utvalget var at deltakeren måtte være ansatt i minimum 50 % stilling, samt ha jobbet på avdelingen i minst ett år. Ett år ble satt som kriterium da vi var usikre på utskiftningshurtigheten på arbeidsplassene og ville sikre oss deltakere til prosjektet. Vi ønsket også at deltakerne skulle ha et godt grunnlag for å besvare spørsmålene. Antall deltakere ved gruppeintervjuer kan variere i antall, men det anbefales at fokusgrupper består av et antall mellom 5-12 deltakere (Judith Green & Thorogood, 2018, s. 152; Johannessen et al., 2011, s. 105; Wibeck, 2011, s. 15). Selv hadde vi et ønske om å ha fem deltakere per fokusgruppe slik at gruppen besto av nok mennesker til å skape en gruppedynamikk. Dette antallet ble ansett som gunstig da det kan være lettere å ta ordet i mindre grupper, samt lettere å få til diskusjon, historiefortelling, deling av sensitive temaer og deltakelse fra samtlige (Johannessen et al., 2011, s. 105). Det er vanskelig å si nøyaktig hvor mange fokusgrupper som er optimalt ved forskning, men et råd er å avslutte innsamling av data når metning er nådd. Det vil si når datainnsamlingen ikke gir noen ny informasjon (Green & Thorogood, 2018). På grunn av tidsperspektivet på oppgaven og den begrensede tilgjengeligheten på deltakere hadde vi ikke mulighet til å forholde oss til dette. Vi håpet på en jevn kjønnsfordeling, men opplevde å ende opp med noen flere mannlige deltakere. Det ble valgt å utelukke ledelse i prosjektet. Avdelingsledelse eller administrasjon ble derfor ikke inkludert i fokusgruppene. Dette for å ha en jevn maktbalanse mellom deltakerne, og en åpenhet som vi antok at ville være lettere å oppnå uten denne balanseforskjellen.

#### 4.2.6 Rekruttering

Vår veileder satt oss tidlig i prosjektprosessen i kontakt med en annen ansatt ved UiB. Etter noe mailkontakt ble det avtalt et møte der vi videre fikk tips om et nytt navn som hadde flere kontakter i sikkerhetspsykiatrien og som også hadde hatt en av anstaltene som arbeidsplass tidligere. Via denne kontakten fikk vi kontaktinformasjon tilhørende tre av fire regionale sikkerhetsanstaltene.

I en rekrutteringsprosess er det ikke uvanlig å ta i bruk gatekeepers. Gatekeepers er en samlebetegnelse på noen som gir deg tilgang til noe du har behov for eller trenger. I forskningsøyemed er dette oftest en med tilgang til forskningsfeltet som ditt prosjekt har nytte av (Creswell, 2014, s. 291). I dette prosjektet var menneskene vi ble satt i kontakt med på de ulike anstaltene våre gatekeepers. De ga lettere tilgang til forskningsfeltet og personene vi var ute etter å ha i fokusgruppene. Tilgangen og villigheten gatekeeperen på en av anstaltene fremviste fikk oss raskt til å reflektere over hvor viktig det var for prosjektet å ha noen på innsiden (Andoh-Arthur, 2019).

Via mailkontakt fikk vi raskt avklart at kontaktpersonene ved to av anstaltene samlet to fokusgrupper hver. Samtidig fikk vi avklart både tidspunkt for intervjuet og at det skulle gjennomføres i deres møtelokaler. Vi er prisgitt meget hjelpsomme kontaktpersoner for at dette gikk knirkefritt. Den tredje anstalten ønsket ikke besøk grunnet Covid-19 restriksjoner, men ønsket å gjennomføre intervjuet digitalt under forutsetningen av at man dekket personvern- og informasjonssikkerheten. Fra den siste anstalten fikk vi en utfyllende mail med informasjon om hvorfor de ikke hadde mulighet til å stille grunnet pågående arbeidsmiljøkartlegging internt på arbeidsplassen.

#### 4.2.7 Deltakere

Det var ønskelig med fire til seks fokusgrupper med fem deltakere per gruppe. Dette lot seg ikke gjennomføre. Totalt ble fem grupper samlet, men med variasjon i antall deltakere. En gruppe besto av fem deltakere, to grupper på fire og en på tre. Til tross for vårt ønske om antall deltakere per gruppe, valgte vi fortsatt å gjennomføre med det antallet vi klarte å samle sammen. Covid-19 pandemien var også med å påvirke antall deltakere per gruppe, da man ikke kunne samle for mange mennesker i ett rom. Alle deltakerne dekket inklusjonskriteriene,

og det var en jevn fordeling av yrker (sykepleiere, vernepleiere, politi, hjelpepleiere), kjønn og fartstid på arbeidsplassen (alt fra 2 – 25 år).

### **4.3 Datainnsamling**

Gjennom datainnsamling ble det satt grenser for prosjektet ved å vise til hvilken informasjon som skal samles, på hvilken måte den innhentes og hva som gjøres med informasjonen etter den er hentet inn (Creswell, 2014, s. 239–240). I tråd med fenomenologien vil data hentes fra individer som har erfaringer med fenomenet som studeres (Johannessen et al., 2011, s. 83). For prosjektet ble det derfor innhentet kvalitativ data gjennom fokusgruppeintervjuer, som i etterkant ble transkribert og tematisk analysert. Videre i kapittelet vil det forklares hvordan både pilotintervju og fokusgruppeintervjuene ble gjennomført. Avslutningsvis vil vi snakke om hvordan vi behandlet den innsamlede informasjonen ved databehandling og analyse, etterfulgt av etiske overveininger.

#### **4.3.1 Forberedelser og pilotintervju**

I forkant av intervjuene hadde vi satt oss grundig inn i sikkerhetspsykiatrien. Vi undersøkte hva dens funksjoner er, i tillegg til at vi gjorde en litteraturgjennomgang på hva som foreligger av tidligere forskning på feltet. Dette ble gjort for å kunne stille godt forberedt til intervjuene. Under intervjuene, samt i informasjonsskrivet som var sendt ut i forkant, ble det hele veien forsøkt å gjøre språket lettleselig ved å unngå å bruke fagterminologier. Dette for å unngå misforståelser, og for å ikke skape en «top-down» holdning i intervjusituasjonen. Et tydelig og enkelt språk med god kommunikasjon kan i stor grad ha bidratt til å hindre misforståelser med deltakere ved fokusgruppeintervjuene og andre vi har forholdt oss til i rekrutteringsprosessen.

Et pilotintervju ble gjennomført i forkant av datainnsamling. Ved gjennomføring av et pilotintervju får man som forsker testet ut intervjuguiden, bli kjent med hvordan fokusgrupper fungerer og øvd seg på rollen som moderator/intervjuer (Johannessen et al., 2011, s. 145) Det var flere ting som var ønskelig å teste under pilotintervjuet, før gjennomføringen av fokusgrupper med helsepersonell fra sikkerhetspsykiatrien. Det aller viktigste var å få testet intervjuguiden, for å kartlegge eventuelle svakheter eller uklarheter rundt spørsmålene (Green & Thorogood, 2018, s. 18-19). I tillegg ville vi undersøke om vi gjorde oss lett forstått med de spørsmålene vi stilte. Det var viktig å samle deltakere som til en viss grad kunne relatere seg

til temaene og spørsmålene vi skulle stille. Det var derfor nødvendig at de jobbet i et relevant fagmiljø, var ansatt i en stilling over 50% og hadde vært i jobben i minst ett år. På bakgrunn av disse kriteriene ble det samlet tre helsepersonell mellom 27-45 år fra arbeidsplassen til Siri. Dette var ikke en gruppe ansatte fra en psykiatrisk avdeling, men en ambulerende enhet som blant annet jobber med mennesker med psykiske utfordringer, tidligere eller pågående rusproblemer eller tidligere straffedømte. Dette gjorde at de hadde noe grunnlag for å kunne relatere seg til temaene som ble stilt. Vi opplevde at spørsmålene var lett forståelige for gruppen og førte til gode samtaler mellom deltakerne. Vi satt igjen med denne følelsen da vi ikke måtte utdype eller forklare spørsmålene på ny. Ved oppsummering av intervjuet spurte vi også om det var noen spørsmål de opplevde at var for avanserte eller uforståelige, og fikk tilbakemelding på at dette ikke var tilfelle. I etterkant ble det likevel valgt å redigere formuleringen og rekkefølgen på et par spørsmål. Under pilotintervjuet fikk vi også testet oss i rollene som moderator og notattaker, og opplevde at vi hadde et godt samarbeid. Denne treningen var svært hensiktsmessig i forkant av de faktiske fokusgruppene. Ane ble valgt som moderator under pilotstudien, da det var Siris kollegaer som ble intervjuet. Dette for å unngå at Siri skulle bli for deltakende eller legge ord i munnen til deltakerne, da hun kjenner godt til deres arbeidshverdag. Teknisk utstyr som lydopptakere ble også testet. Grunnet smittevernregler ble samtlige nødt til å sitte med to meters avstand.

### **4.3.2 Gjennomføring av intervjuene**

Ved to av de tre anstaltene ble det gjennomført fysiske intervjuer. I forkant av disse ble vi møtt av kontaktpersonen. Vedkommende tok oss godt imot og viste oss veien til hvor vi skulle gjennomføre dagens gruppeintervjuer. Fokusgruppene ble gjennomført i sikkerhetspsykiatriens egne lokaler. Her var det lagt godt til rette for at grupper på mellom tre til fem personer, inkludert oss to som moderatorer, kunne sitte med god avstand gitt covid-19 restriksjoner. Før deltakerne kom inn i rommet, la vi frem samtykkeskjema, deltakernummer og satt frem noe å drikke. Vi hilste høflig på samtlige da de ankom, introdusere oss selv og sa til deltakerne at de kunne sette seg ned på anviste plasser. Vi unngikk håndhilsning, og gjennomførte vasking og desinfisering av samtlige overflater mellom gruppene. Fokusgruppene ble gjennomført mellom klokken 09:00 og 15:00, med en god pause mellom dersom det ble to på en dag. Tre av intervjuene ble holdt i starten av desember, mens de to siste ble holdt i midten av januar.

Vi byttet på rollen som moderator og notattaker mellom intervjuene. En moderator styrer samtalen i en gruppesamtale, og fungerer gjerne som en ordstyrer som organiserer progresjonen og utviklingen av samhandlingen i gruppen (Johannessen et al., 2011, s. 150). På bakgrunn av den fenomenologiske forankringen måtte moderatoren hele veien sørge for å styre samtalen i en retning hvor fenomenet og sentrale temaer i tilknytning temaet ble diskutert (Johannessen et al., 2011, s. 83). Å la samtalen bevege seg for mye bort fra intervjuguiden ville ikke vært riktig i henhold til fenomenologien. Ane startet første fokusgruppeintervju som moderator, og Siri som notattaker. Ved fokusgruppe nummer to byttet vi roller. Slik rullerte rollene videre for resterende intervjuer. Det vil si at begge fikk muligheten til å lede et intervju og stille spørsmål til deltakerne, og ta notater underveis for å fange opp hvem som sa hva til enhver tid. I tillegg ble forhold som kroppsspråk og lignende som lydopptakerne ikke fanget opp notert ned. Det hendte at notattaker bidro med oppfølgingsspørsmål, som vi begge i forkant var enige om at var i orden. Vi opplevde at dette fungerte fint, og at det bidro til god dynamikk. Opptakere ble brukt (Sony diktafon ICD-PX370) i intervjusituasjonene. Dette for å lettere skulle kunne transkribere i etterkant samt analysere og ha oversikt over intervjuene. Deltakerne ble i forkant av intervjuet spurt om dette var i orden.

Før oppstart av intervjuene gikk vi sammen med deltakerne gjennom informasjonsskrivet som ble sendte ut i forkant av fokusgruppene. Dette for å redegjøre for bakgrunn og formålet med intervjuet, og hvorfor vi ønsket å komme i kontakt med akkurat dem. Noen hadde tatt seg tid til å lese gjennom og signere samtykkeerklæringen på forhånd, mens andre gjorde det da de ankom. Videre ble samtlige underskrifter samlet inn. Deretter forklarte vi deltakerne at vi var ute etter en samtale/diskusjon mellom dem, og at vi kun ville fungere som moderator og notattaker. Det ble også forklarte hva disse rollene innebar. Viktigheten av konfidensialitet, ivaretagelse av taushetsplikt og at vi ønsket åpne samtaler hvor de kunne dele det de ønsket ble påpekt. Etter at dette var gjennomgått, forklarte vi nummeret deltakerne hadde fått utdelt, og at vi før oppstart av samtalen ønsket at hver deltaker skulle si sitt nummer etterfulgt av setningen «nå er det snart jul». Dette var for at vi i etterkant lettere skulle kunne gjenkjenne stemmene deres ved transkribering. Opptakere ble startet rett før deltakerne gikk i gang med å si dette.

Vår opplevelse under fokusgruppeintervjuene var at vi ved noen av gruppene i starten måtte være mer deltakende, men at når deltakerne ble varmere i trøya, gikk samtalen mer av seg

selv. Det hendte ved noen spørsmål at vi måtte utdype hva vi mente, eller forklare på ny da enkelte spørsmål var uklare for noen av deltakerne. Dette opplevdes derimot ikke som et problem eller at det påvirket samtalen eller informasjonen vi fikk inn på en negativ måte. Det viste seg å være forskjell mellom fokusgruppene når det kom til engasjement og hvor mye de pratet. Selv om samtalen gikk bra ved samtlige grupper, opplevde vi større grad av flyt ved enkelte av fokusgruppene. Her opplevde vi at vi svært sjelden trengte å stille spørsmål, og at gruppene på egenhånd dro seg gjennom spørsmål og temaer som var satt i den semistrukturerte intervjuguiden. Vår rolle ble i større grad her å sørge for at de ikke pratet seg bort fra temaene. Ved et par av fokusgruppene opplevde vi at vi måtte stille flere spørsmål, og at samtalen fortore døde ut. Dette gjenspeiler også gjerne varigheten på intervjuene. Fokusgruppene hadde en varighet på mellom 45 minutter til 1 time og 20 minutter (dette utenom all informasjon og prat som foregikk i forkant og etterkant av selve intervjuet). Dersom dette inkluderes, varte samhandlingen mellom oss og deltakerne fra 1 time og 10 minutter til i underkant av 2 timer. Det vil være vanskelig å påpeke hva som skyldes forskjellen mellom gruppene, da samtlige grupper hadde deltakere bestående av variasjon i faglig bakgrunn, alder og erfaring. Det kan derfor tenkes at personlighet og mulig en kombinasjon av kollegaer kan ha påvirket dynamikken og flyten i gruppen. Det kan også være påvirket av tilfeldigheter.

Under alle fokusgruppene var vi opptatt av god gruppedynamikk, da den påvirker informasjon og den kunnskap som produseres (Malterud, 2012, s. 18–19). Bruk av gruppeintervju og den gruppedynamikk som skapes kan slå begge veier. Det kan både gi svært mye informasjon og god deltakelse fra samtlige, eller det kan føre til at noen personer oppleves som mer dominerende i intervjusituasjonen (Malterud, 2012, s. 68–74). Under alle intervjuene opplevde vi god gruppedynamikk, med deltakelse fra samtlige. Det var naturligvis noen som tok ordet i større grad enn andre. Til tross for dette opplevde vi at deltakerne seg imellom også sørget for at alle kom til ordet. De tok selv ansvar for å si til hverandre «Dette har ikke du enda sagt noe om. Hva tenker du om det?». Denne gode dynamikken og ivaretagelsen av hverandre kan komme av at de er kjente kollegaer som har gode relasjoner seg mellom. Her så vi allerede antydninger til blant annet kollegialt samhold. Det hendte også at vi som moderatorer henvendte oss til de som sjeldnere tok ordet for å øke deltakelsen hos samtlige.

Grunnet covid-19 pandemien måtte ett av fokusgruppeintervjuene gjennomføres digitalt. Dette etter ønske fra avdelingen. Intervjuet ble holdt i midten av desember. Vi benyttet oss av



Norsk Helsenett ved gjennomføring av intervjuene, hvor vi i forkant fikk en kode av vår kontaktperson ved avdelingen som vi skulle bruke til å koble oss opp med. Dette gjorde at vi havnet i samme digitale rom som informantene. Vi startet med å introdusere oss selv på lik måte som vi hadde gjort ved de tidligere fokusgruppeintervjuene, og takket for deres villighet til å delta. Samtlige deltakere hadde på forhånd signert samtykkeerklæringen og sendt denne til oss per e-post. Dette gjorde at vi raskt kunne sette i gang med intervjuet etter at all nødvendig informasjon var gitt. Denne gruppen besto kun av tre deltakere, som vi var redd skulle påvirke mengden informasjon vi fikk hentet ut eller gruppedynamikken. I tillegg var situasjonen noe annerledes her da intervjuet foregikk digitalt. Til tross for disse forskjellene opplevde vi en god samtale mellom deltakerne og at vi fikk hentet ut mye nyttig informasjon. Vi opplevde derimot en manglende «nærhet» ovenfor deltakerne, som skyldes den digitale gjennomføringen. Dette kan ha ført til en større interaksjon fra vår side, for at vi i størst mulig grad skulle få til en god dynamikk. Til likhet med de andre fokusgruppene, var det også her noen som tok ordet oftere enn andre. Vi opplevde derimot ikke dette som noe negativt, da det på ingen måte ble opplevd som dominerende. Som moderatorer tok vi også ansvar for å spørre de som pratet mindre hva de tenkte om samtaleemnet. Selve intervjuet varte i underkant av 50 minutter, med en total samhandling med utlevering av nødvendig informasjon og avslutning på omtrent 1 time og 10 minutter.

## **4.4 Bearbeiding og analyse av datamaterialet**

Fokusgruppeintervjuene utgjør grunnlaget for studiens datamateriale og hva vi kan trekke våre slutninger basert på. Det var derfor viktig at vi oppbevarte intervjuene våre på en strukturert og sikker måte. Både for at vi lett skal kunne finne tilbake til datamaterialet, samt sikre personvern hele veien.

### **4.4.1 Transkribering**

Transkribering brukes som grunnlag for analyse av innhentet data, og er i mange tilfeller en ordrett utskrift fra intervjuer, gruppesamtaler eller observasjoner (Johannessen et al., 2011, s. 407). Punktlighet ved transkribering kan påvirke hvordan informasjonen analyseres (Green & Thorogood, 2018, s. 256). En så ordrett transkribering som mulig kan være hensiktsmessig da det gir et nøyaktig bilde av informasjonen som blir delt. Inkludering av pauser, stemmeleie og sleng kan også være av betydning (Green & Thorogood, 2018, s. 256). Transkriberingen ble gjennomført kort tid i etterkant av fokusgruppene, da intervjuene fortsatt lå ferskt i minne.

Dette ble gjort for å bearbeide intervjuene ved at vi skrev ned ord for ord hva som ble sagt fra muntlig til skriftlig form. Microsoft Word ble benyttet ved denne prosessen. Det var nødvendig å gjøre en transkribering av intervjuene da opptakere ble tatt i bruk under fokusgruppeintervjuene kombinert med notattakning underveis. Transkribering ble også gjennomført for å klargjøre vårt datamateriale for analyse.

Sensitive opplysninger og personidentifiserbar data som navn, stedsnavn og institusjoner som kom frem under intervjuene har ved transkribering blitt anonymisert til «avdeling, et fiktivt navn eller byen» (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Ved gjennomføring av intervjuene ble det valgt å gi hver deltaker et deltakernummer. Etter transkribering gikk vi bort fra deltakernummer og ga isteden samtlige fiktive navn. Dette for å bevare deres anonymitet og for å gi deltakerne en mer menneskelig tilnærming enn hva et nummer gjør. Latter, støy og andre lyder som oppstod under intervjuet, som ikke er å anse om verbal tale, ble markert i teksten med «\*». Eksempelvis \*samtlige deltakere ler\*. Dialekter har blitt direkte transkribert til bokmål. Dette var helt nødvendig for å bevare anonymitet, da vi har samlet inn data fra avdelinger godt spredt rundt i landet, hvor dialekt ville vært røpende for hvor informasjonen er hentet fra. I tillegg har språket blitt redigert forsiktig slik Malterud (2012, s. 99) anbefaler, slik at teksten representerer det deltakeren har ment uten unødvendige fyllord som 'liksom'.

301	302	303	304	401	402	403	404	101
Anders	Bent	Didrik	Celina	Edvard	Falk	Gine	Herman	Ine
102	103	501	502	503	201	202	203	204
Jens	Karl	Linn	Mons	Nils	Ola	Pernille	Rita	Stian
205								
Tina								

Tabell 1. Utforming av fiktive deltakernavn.

Tabellen over viser utforming av deltakernavn ut fra deltakernummer. For å bevare anonymitet er det i forkant gjort en tilfeldig fordeling av samtlige deltakernummer, slik at de som er presentert her ikke samsvarer med hvilket nummer deltakerne fikk utdelt ved intervjuet. Dette har vi måttet gjøre grunnet bruk av gruppeintervjuer, hvor deltakerne har

visst om hverandre sine nummere. I resultatkapittelet vil deltakerne bli referert til via fiktivt navn.

#### **4.4.2 Oppbevaring**

All innsamlet data ble lagret ved UiB sin server for sikker lagring i henhold til personvern. Dette ble gjort som følge av innhenting av personopplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner og steder (Johannessen et al., 2011, s. 95). For å bevare personopplysningene som ble hentet inn, ble samtlige deltakere anonymisert ved å gi hver enkelt deltaker et nummer, som har blitt redegjort for i punkt 4.4.1. Plattformen hvor all lagring av datamaterialet foregikk kalles SAFE. Her ble alt fra lydopptak, til transkripsjoner og samtykkeerklæringer lagret. Samtlige opptak av intervjuene ble slettet på diktafonen etter lagring og transkribering. Etter prosjektavslutning og innlevering av masteroppgaven vil samtlige av disse dokumentene og filene bli slettet.

#### **4.4.3 Dataanalyse**

Etter innhenting av kvalitative data er det hensiktsmessig med en fortolkning av dataene for at innholdet skal gi mening i henhold til både teori og hypoteser (Johannessen et al., 2011, s. 163). Dette kan være annerledes enn hva som er tilfellet for kvantitative data, hvor det ikke er en betingelse at de som har samlet inn dataene også analyserer dem. Uten en fortolkning og analysering av innsamlet, kvalitativ data, vil dataen si oss svært lite (Johannessen et al., 2011, s. 163). Analyse av kvalitativ data innebærer å dele noe opp i biter og elementer, og deretter forsøke å avdekke budskap, finne mønstre eller gjentakene temaer. Det vil være viktig med en grundig fortolkning av den innsamlede dataen for rett analyse i henhold til hva som var ønskelig å undersøke og interesseområder ved studien (Dalland, 2017, s. 89). Valg av analyse henger sammen med forskningsspørsmålet, og hva som er målet for studien (Judith Green & Thorogood, 2018, s. 251). Videre vil det derfor redegjøres for hvilken analyseteknikk vi har valgt å benytte basert på våre transkripsjoner og egne notater fra fokusgruppeintervjuene.

Målet med analysen var å avdekke og utdype erfaringer om hvilke helsefremmende ressurser som er tilgjengelige for helsepersonell i tre av landets fire regionale sikkerhetspsykiatristalter etter møte med utfordrende hendelser. Prosjektet var ute etter å utdype kunnskap om tilgjengelige ressurser som foreligger på det personlige, sosiale og strukturelle plan. Det var derfor viktig å ha dette i bakhodet under hele bearbeidingen av datamateriale, slik at man hele tiden analyserte i henhold til problemstillingen. I den

forbindelse, og i tråd med det fenomenologiske standpunktet var vi hele veien bevisst på å hente ut datamaterialet i henhold til fenomenet vi undersøkte (Johannessen et al., 2011, s. 83).

#### **4.4.4 Induktiv og deduktiv metode**

Deduktiv og induktiv metode er to ulike måter å forstå og tolke informasjon på. Den deduktive tar utgangspunkt i eksisterende teorier, naturlover eller prinsipper som ansees som sanne og trekker slutninger derifra. Motsetningen er den induktive metoden som trekker sine slutninger basert på erfaringer og observasjoner (Thomassen, 2006, s. 47–48). Ved induktiv metode tar man utgangspunkt i ulike observasjoner av et fenomen og bygger en teori ut fra disse erfaringene (Thomassen, 2006, s. 48-53). Slik kunne vi systematisere erfaringene fokusgruppen hadde, og ut ifra dette trekke frem resiliente egenskaper. I tillegg har problemstillingen tatt form basert på eksisterende teorier og prinsipper og preget innsamlingen av data, som gjenspeiler deduktiv metode. Prosjektet, og mer spesifikt intervjuguiden, har spesielt blitt utformet basert på det sosioøkologiske rammeverket. Dette gjør at prosjekt er preget av en hybrid løsning, ved å kombinere både induktiv og deduktiv metode for hvordan samle informasjon.

#### **4.4.5 Tematisk nettverksanalyse**

Det finnes ikke en fasit på hva som er riktig analyse ved bruk av fokusgrupper (Wibeck, 2011, s. 24), men vi kom frem til at bruk av en tematisk analyse var mest hensiktsmessig for dette prosjektet. Ved en tematisk analyse fokuserer forskeren på innholdet i hva som blir tatt opp ved å identifisere tilbakevendende temaer i materialet (Wibeck, 2011, s. 23). Gjennom en tematisk analyse har vi kunnet organisere informasjonen samlet inn i forskjellige deler, og sortert den under ulike aktuelle temaer (Attride-Stirling, 2001; Dalland, 2017, s. 92). Bruk av en tematisk analyse ga oversikt over ulike, relevante temaer som ble tatt opp og diskutert gjennom fokusgruppeintervjuene, og fikk frem hva som var mest fremtredende. Videre ble dataene tolket for å se det hele i et større perspektiv. En tematisk analyse ble relevant å ta i bruk ettersom hensikten var å se etter eventuelle likheter eller fellestrekk innad i fokusgruppene, i tillegg til at denne typen analyse egner seg godt ved orientering av mye datamaterialet (Anker, 2020).

Analysearbeidet baserte seg på fremgangsmåten til Attride-Stirling (2001). Ved bruk av denne analyseprosessen starter man med å kategorisere grunnleggende temaer (Basic Themes) ut ifra datamaterialet. Disse grunnleggende temaene karakteriserer datamaterialet, men sier på

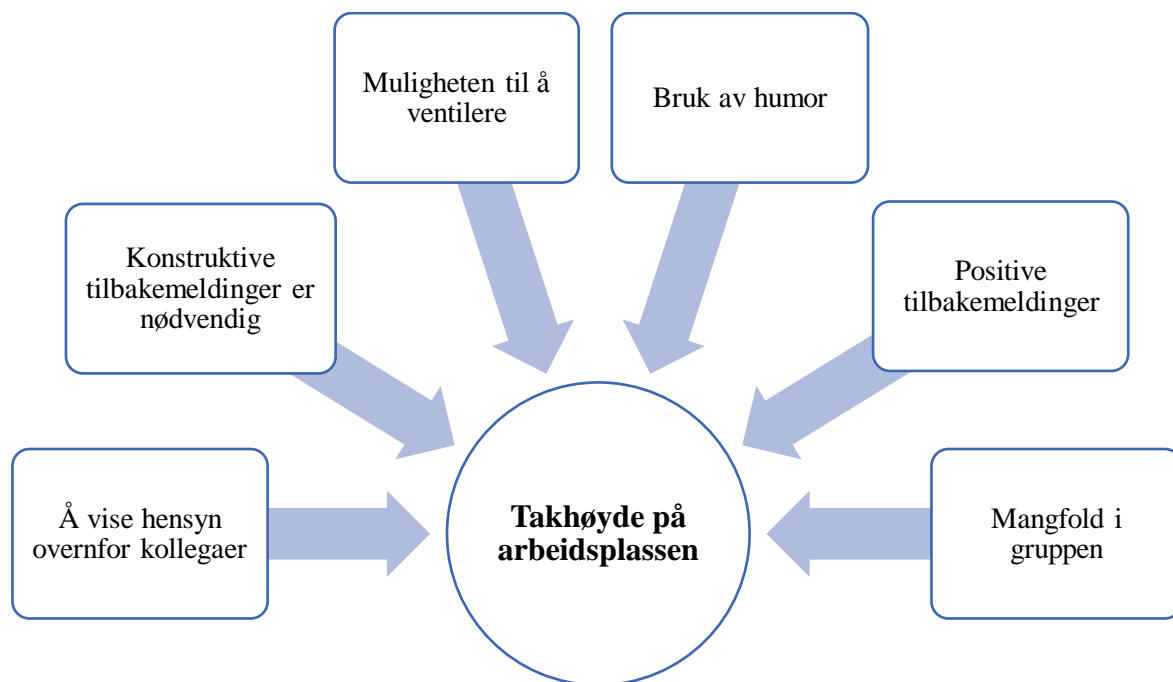
egenhånd lite om teksten. For å få mening ut av grunnleggende temaer må de leses i kontekst med andre grunnleggende temaer. Grunnleggende temaer grupperes basert på likheter, og utgjør organiserende temaer (Organizing Themes). En slik organisering av datamaterialet er med å oppsummere de viktigste antakelsene til en gruppe med grunnleggende temaer, og kan derfor gi mer informasjon om hva som skjer i teksten. De satte organiserende temaene vil videre legge grunnlag for å danne et globalt tema (Global Theme). Det globale temaet er et overordnet tema som setter en slags konklusjon for hva datamaterialet i sin helhet dreier seg om (Attride-Stirling, 2001).

Steg for steg ble Attride-Stirling (2001) sin forklaring på hvordan en tematisk analyse skal gjennomføres fulgt. Analyseprosessen startet med å lese gjennom og sette oss godt inn samtlige transkripsjoner, slik at vi var godt kjent med innholdet før vi skulle i gang med koding og reduksjon av datamaterialet (Judith Green & Thorogood, 2018, s. 259). Dette er ifølge Attride-Stirling (2001) steg 1 i prosessen. Dette arbeidet ble gjennomført i programvaren Nvivo. Her ble en mengde kategoribaserte koder lagd. Disse kodene representerte gjentakende temaer som ble hentet ut fra datamaterialet, som ble antatt å være aktuelle, meningsfulle og av interesse i henhold til forskningsspørsmålet. Materialet som ble plassert i de ulike kodene kunne være lengre avhandlinger fra informantene, eller korte, men informative setninger. Det viktigste var at vi forstod konteksten med det som ble hentet ut. Attride-Stirling (2001) anbefaler eksplisitte grenser for kodene som blir lagd i kodingsrammeverket, slik at de ikke er utskiftbare eller overflødige. Vi opplevde til tider utviklingen av koder og fordelingen av innhold som utfordrende, da mye informasjon overlappet hverandre. Men forsøkte til tross for dette å følge Attride-Stirling (2001) sin anbefaling så godt som mulig. Tabell 2 illustrerer innhold fra informantene som bidro til å utvikle koder.

<b>Bruk av humor</b>	Men det er en ting da, som jeg synes vi har fått til veldig bra her, at folk føler seg ikke krenka, men samtidig høy takhøyde for hva man prater om og man trenger litt sånn galgenhumor og man trenger litt ufiltrert humor og andre ting, ellers så overlever man ikke
	Jeg tror også det er litt viktig at man kan ha litt humor på ting som for andre kan være litt drøyt
	Godt humør
	Vi må fleipe og tulle litt, spesielt inne på vaktrommet så må vi ha ganske stor takhøyde for å få ventilert ut litt.
	Det er alltid noen som er i godt humør

Tabell 2. Illustrasjon av hvordan datamaterialet utviklet koder.

Steg 2 innebærer at alt datamateriale har blitt kodet, slik at man kan begynne å identifisere temaer (Attride-Stirling, 2001). Dette ble gjort ved å gå gjennom segmentene i kodene som var etablert, og derifra trekke ut fremtredende og viktige temaer vi mente sto i lys til forskningsspørsmålet. Relaterte koder med mye likt innhold ble også trukket sammen i dette stadiet av analyseprosessen. Arbeidet førte til grupperinger av innholdet, hvor relaterende koder førte til utvikling av grunnleggende temaer. Figur 4 illustrerer hvordan ulike koder med likhet i tema førte til utforming av et grunnleggende tema.



Figur 4. Et illustrert eksempel på hvordan grupperte koder formet et grunnleggende tema.

Da utarbeidingen av grunnleggende temaer var gjennomført, begynte arbeidet med å gruppere de ulike grunnleggende temaene inn i kohorter (steg 3). Disse kohortene utvikles basert på lignende eller sammenhengende temaer, som vil representere de organisatoriske temaene (Attride-Stirling, 2001). Denne grupperingen baserer seg på grunnlaget av innholdet som er hentet ut fra datamaterialet, og gjerne på det teoretiske grunnlaget som ble benyttet i studien. I vårt tilfelle har intervjuguiden i stor grad vært med å påvirke retningen på hvordan de organisatoriske temaene har tatt form. I dette stadiet vil hver gruppering, både av grunnleggende temaer og organisatoriske temaer, resultere i et globalt tema. Det er ifølge Attride-Stirling (2001) anbefalt at antall temaer ikke overskrider 15, men burde heller ikke være færre enn fire. Anbefalingen baserer seg på at det kan bli for mye å håndtere i steg 5 av analysen. Vi endte opp med totalt 12 temaer.

Steg 4 i analyseprosessen handler om å beskrive og utforske nettverket som er utviklet (Attride-Stirling, 2001). På dette stadiet gikk vi tilbake i teksten og leste innholdet i lys av de globale, organiserende og grunnleggende temaene. Dette for å se om de ulike temaene faktisk passet overens med hverandre, i tillegg til de kodene som først ble utviklet i analyseprosessen. Vi opplevde god sammenheng mellom temaene vi hadde utviklet, og at de sto i stil med datamaterialet. I tillegg var det viktig å se til at temaene og innholdet var i hensiktsmessig i

henhold til forskningsspørsmålet og hva vi var ute etter å undersøke (Attride-Stirling, 2001). Vi opplevde å ha klart og hente ut det mest fremtredende og essensielle av datamaterialet.

Etter at nettverket er ferdigutviklet og beskrevet er det hensiktsmessig å presentere temaene på en strukturert og oversiktlig måte (Attride-Stirling, 2001). Dette for å få frem en oppsummering av det tematiske nettverket og for å vise utviklingen (steg 5). Slike fremstillinger kommer delvis frem overfor i figur 4 og 5, men en komplett oversikt over samtlige temaer presenteres i resultat kapittelet (figur 6). Avslutningsvis var målet å gå tilbake til forskningsspørsmålet og teoriene som var relevante for studien, og adressere funnene basert på disse (steg 6) (Attride-Stirling, 2001). Fremstillingen av funn, konsepter, sammenhenger og strukturer vil videre bli presentert og argumentert for under kapitlene Resultater og Diskusjon.

## **4.5 Kvalitetssikring**

For å sikre kvalitet ved kvalitative studier må det gjøres en vurdering av forløpet til studien (Johannessen et al., 2011, s. 229). Guba og Lincoln (1989) mener at begrepene pålitelighet, troverdighet, overførbarhet og bekreftbarhet anses som gode mål på kvalitet i kvalitative studier. Vi har i stor grad basert vår kvalitetssikring på Guba og Lincolns anbefalinger. I det videre vil vi beskrive hvorfor forskerens rolle er sentral ved kvalitative studier, og våre refleksjoner rundt dette. Deretter redegjøres det for hva som blir ansett som de viktigste kriteriene for sikring av kvalitet ved kvalitative studier, og hvordan disse har blitt hensyntatt i prosjektet.

### **4.5.1 Pålitelighet og troverdighet**

Pålitelighet anses å være vanskelig å oppnå ved kvalitativ forskning (Johannessen et al., 2011, s. 229). Dette fordi det vil være vanskelig for en forsker å kopiere en annens forskers forskning nøyaktig, da man som forsker alltid vil ha ulik bakgrunn og erfaring. Dette i tillegg til at man bruker seg selv som instrument i hele forskningsprosessen. Til tross for dette har vi forsøkt å styrke påliteligheten så godt vi kunne gjennom å utføre og beskrive en tydelig fremstilling av vår fremgangsmåte for forskningsprosessen. For å oppnå troverdighet ved kvalitative studier må man som forskere sørge for at man undersøker det fenomenet man har som hensikt å undersøke (Johannessen et al., 2011, s. 230). I prosjektets tilfelle har det vært tilgjengelighet av ressurser i møte med utfordrende og til tider traumatiske opplevelser hos



helsepersonell. Hvordan vi har gjort dette fremgår av punkt 4.3.2, som tar for seg gjennomføring av intervjuene ved å vise hvilke fremgangsmåter som er benyttet.

#### **4.5.2 Overførbarhet**

Overførbarhet sier noe om i hvilken grad resultater fra en studie kan anvendes i andre sammenhenger eller kontekster enn dens opprinnelige setting (Johannessen et al., 2011, s. 403). Et mål med prosjektet var å oppnå en viss grad av overførbarhet, slik at informasjonen som har blitt samlet inn om hvilke ressurser helsepersonell i sikkerhetspsykiatrien har tilgjengelig, og mener er gunstige i møte med krevende utfordringer på arbeidsplassen, også skal kunne være til hjelp på andre arbeidsplasser. Dette fordi vi anser problemstillingen som dagsaktuell og relevant. Vi har forsøkt å oppnå dette ved å etablere detaljerte beskrivelser, fortolkninger og forklaringer, slik at bidraget kan være nyttig for andre relevante arbeidsplasser (Johannessen et al., 2011, s. 231). Tilgjengelighet av ressurser etter møte med vanskelige eller traumatiske hendelser av akutt eller kronisk art vil være gjeldende for flere arbeidsplasser, da det eksisterer flere risikofylte yrker. Dette kan blant annet være politi, brannmenn, legearbeid i felt mm. Eventuelle beskyttelsesfaktorer som blir presentert under resultatkapittelet vil mest sannsynlig kunne overføres til andre organisasjoner og arbeidsplasser. Vi har i tillegg et håp om at prosjektets funn skal være bidragsytende ved videre forskning. Enten i form av replikasjon, eller som inspirasjon til videre forskning basert på resultatene fra prosjektet.

#### **4.5.3 Bekreftbarhet**

Guba og Lincoln (1989) mener bekreftbarhet burde være et krav for å oppnå kvalitet ved kvalitativ forskning. Dette innebærer at funnene man oppnår skal være et resultat av forskningen, og ikke et resultat basert på subjektive holdninger (Johannessen et al., 2011, s. 232). Dette ble en utfordring, da subjektivitet ved kvalitative studier ikke kan unngås. Til tross for svakheten dette skaper for studien, kan denne problematikken til dels løses ved at man forhører seg med deltakerne av studien om fortolkningen støttes (Cozby & Bates, 2015, s. 118; Wibeck, 2011, s. 15). Dette gjennomførte vi i intervjusituasjonene ved å stille oppfølgende spørsmål med ordlyder som; 'forstår jeg det riktig når du sier' og 'har jeg skjønt deg rett når du sier'. Hvorpå deltakerne har enten bekreftet eller avkreftet utsagnet.

#### 4.5.4 Refleksivitet og forskerens rolle

Refleksivitet er et viktig aspekt ved forskerens rolle i kvalitative studier (Malterud, 2001). Begrepet beskriver hvordan en forskers bakgrunn vil ha mye å si for forskningsarbeidet, alt ut ifra hva som undersøkes, vinklingen, metoden som tas i bruk, funnene og ikke minst konklusjonene som trekkes (Malterud, 2001). Da alle disse valgene baseres på forskerens subjektivitet er det viktig at dette kommer tydelig frem i studien, ved at forskeren legger frem eventuelle profesjonelle erfaringer, antagelser i forkant av studien, perspektiver, utdanning og interesser (Malterud, 2001). Gjennom hele prosjektet har vi hatt et tett samarbeid, og har en antakelse om at vi i stor grad har latt oss påvirke av hverandre. Samtlige valg vedrørende tema, metode mm. er tatt i fellesskap, med en stor grad av enighet oss imellom. Vi har derfor bevisst valgt å skrive dette avsnittet sammen og ikke hver for oss.

Vi er selv begge kvinner som kommer fra en bachelor i Læringspsykologi med vekt på atferdsanalyse, og har derfor mye kunnskap om miljømessige forhold og faktorerers innvirkning på atferd. Dette i tillegg til vår påbegynte mastergrad i Helsefremmende arbeid og helsepsykologi, som gjør at vi har et stort fokus på helse og velvære hos mennesker, blant annet basert på tilrettelegging og tilgjengelighet av ressurser, samt forebyggende arbeid. Ane har mye erfaring fra spesialisthelsetjenesten og psykiatrien etter flere års arbeid der. Hun har derfor også vært utsatt for mange av risikofaktorene som vold, trusler og akutte hendelser som selvskading og kriser. Det er derfor antatt at hun også har en formening om hvilke ressurser som kan være nyttige i slike situasjoner og la derfor stor vekt på egen refleksivitet spesielt i intervjusituasjon og tolkning av datamaterialet. Siri har flere års arbeidserfaring fra den kommunale sektoren «helse- og mestring», hvor det er stort fokus på hjelp, veiledning og forebyggende arbeid hos blant annet tjenestemottakere med psykiske utfordringer. Hun har selv stått i utfordrende situasjoner med tjenestemottakere som har psykiske utfordringer. Vår bakgrunnskompetanse og historikk kan derfor til en viss grad være med å forme vårt forskningsprosjekt. Det har derfor vært viktig å være oppmerksom på egen refleksivitet både gjennom skriveprosessen og intervjuene som er gjennomført.

Ved kvalitativ forskning, derunder fokusgruppeintervjuer, er forskerens rolle svært sentral da hen gjerne er deltakende av intervjuet. I de fleste tilfeller vil det også være samme person som analyserer dataene i etterkant. Dette vil naturligvis føre til en subjektiv oppfatning og vurdering av den innsamlede informasjonen (Cozby & Bates, 2015, s. 118). Dette var tilfellet for vårt prosjekt. Som allerede nevnt har Ane mye erfaring med arbeid i psykiatri, og Siri har

jobbet flere år med mennesker som har psykiske utfordringer. Vi kan derfor begge til dels relatere oss til problemstillingen og spørsmålene i intervjuguiden. I forkant av intervjuene valgte vi kort å fortelle informantene om vår bakgrunn. Dette var noe vi testet ved pilotintervjuet og opplevde som hensiktsmessig, da vi følte at det gjorde deltakerne engasjerte og delte mye. Vi tror dette kan henge sammen med at de følte på en viss grad av samhold og forståelse hos oss som moderatorer. Samtidig var det viktig at vi unngikk at deltakerne henvendte seg for mye til oss, eller forsøk på å ha oss med i gruppesamtalen. Vi ønsket å unngå å påvirke deres refleksjoner i større grad enn nødvendig. Vår faglige bakgrunn vil derimot i større grad ha påvirket hvordan vi observerte deltakerne, og hvordan vi har analysert svarene i etterkant. Ane sin jobberfaring kan i større grad enn Siri sin jobberfaring ha påvirket hva vi som forskere har sett etter av funn, da hun som følge av flere års arbeid i psykiatrien kan relatere til konteksten vi undersøkte ressurser i. Det kan derfor ha vært hensiktsmessig at Siri ikke har erfaring fra arbeid i psykiatrien, og kan ha påvirket analysen fra en annen innfallsvikling og perspektiv. Fordelen med Ane sin erfaring i psykiateren var blant annet at hun i større grad forstod fagbegreper og terminologier som kom frem under intervjuet, enn hva Siri gjorde. Denne kombinasjonen av erfaring og kunnskap mellom oss to som forskere tror vi kan ha vært positiv for refleksiviteten.

## **4.6 Etikk**

Ifølge Johannessen et al. (2011, s. 89) dreier etikk seg om prinsipper, regler og retningslinjer for vurdering av om handlinger er riktige eller gale. Ved kvalitativ forskning oppstår det flere problemer i henhold til etikk. Det er derfor viktig at det finnes retningslinjer for hva som er akseptert og ikke ved gjennomføring av kvalitativ forskning (Judith Green & Thorogood, 2018, s. 88). Som følge av at prosjektet er samfunnsbasert og direkte har berørt enkeltmennesker og dynamikk mellom kollegaer har der vært en rekke etiske utfordringer og retningslinjer vi har måttet ta hensyn til (Johannessen et al., 2011, s. 89).

### **4.6.1 Etiske betraktninger**

Informasjonen er hentet fra fokusgrupper bestående av helsepersonell fra regional sikkerhetspsykiatri. Prosjektet har fått innsyn i hvordan de best mulig håndterer utfordrende arbeidsdager, derfor ble også traumatiske opplevelser og sensitive temaer tatt opp. Vi opplevde gjenfortelling av ubehagelige situasjoner etter eget initiativ fra en deltaker. Dette kan både ha vært vanskelig og av stor påkjenning for vedkommende. Fokuset for prosjektet

var derimot å bli kjent med hvilke ressurser helsepersonell i sikkerhetspsykiatrien hadde tilgjengelig og tok i bruk etter møtet med disse ubehagelige opplevelsene. Det var derfor viktig og hele tiden holde rett fokus, da ønsket var å finne frem til ressurser fremfor å ta opp tidligere, vonde opplevelser og individuelle utfordringer (Johannessen et al., 2011, s. 89–92). Vi var derimot forberedt og klar over at en gjenfortelling av vanskelige situasjoner mest sannsynlig ville skje i forkant av fokuset på hvordan informanten har klart seg godt i etterkant. Som ansvarlige forskere ønsket vi ikke at disse fokusgruppene skulle gjøre mer skade enn nytte for deltakerne. Av den grunn var det naturligvis helt valgfritt hva hver enkelt ønsket å dele. Samtlige deltakere hadde til enhver tid mulighet til å trekke seg fra prosjektet uten noen form for negative konsekvenser (Johannessen et al., 2011, s. 91). Under fokusgruppeintervjuene kom det frem informasjon om situasjoner som omhandler pasienter og pasientsensitivinformasjon som følge av prat mellom deltakerne. Ved transkribering sørget vi derfor for å la eventuelle stedsnavn og annen identifiserbar informasjon utebli.

Prosjektet ble meldt inn til NSD for sikring av personvern i midten av august. Søknaden ble godkjent 26/8-20 (se vedlegg 1). Innhenting av data startet 1/12-20.

#### **4.6.2 Informert samtykke**

Informert samtykke er et krav når det er opplagt hvilke personer som skal delta i en undersøkelse (Johannessen et al., 2011, s. 91). I forkant av fokusgruppeintervjuene ble det sendt ut et informert samtykkeskjema og informasjonsskriv til våre kontaktpersoner ved hver sikkerhetspsykiatrisk avdeling (se vedlegg 2). De videreformidlet dette skrevet til aktuelle deltakere. Dette ble gjort for å sikre at våre deltakere fikk informasjon om hva prosjektet dreide seg om, hvem som er ansvarlige for prosjektet, hvorfor det er ønskelig at vedkomne deltar og hva de innsamlede dataene vil bli brukt til. Her ble også deltakerne informert om at intervjuene vil bli tatt opp, og at opptakene i etterkant kun vil bli brukt i forskningssammenheng for gjeldende masterprosjekt. I skrevet som ble sendt ut ble det også tydeliggjort at deltakeren er anonym. Deltakelse i et forskningsprosjekt er frivillig og skal skje etter eget ønske (Judith Green & Thorogood, 2018, s. 89). Det kom derfor klart frem i informasjonsskrivet at deltakelse er frivillig. Innsamling av data startet ikke før samtlige deltakere som ønsket å delta hadde skrevet under på samtykket.

#### **4.6.3 Konfidensialitet**

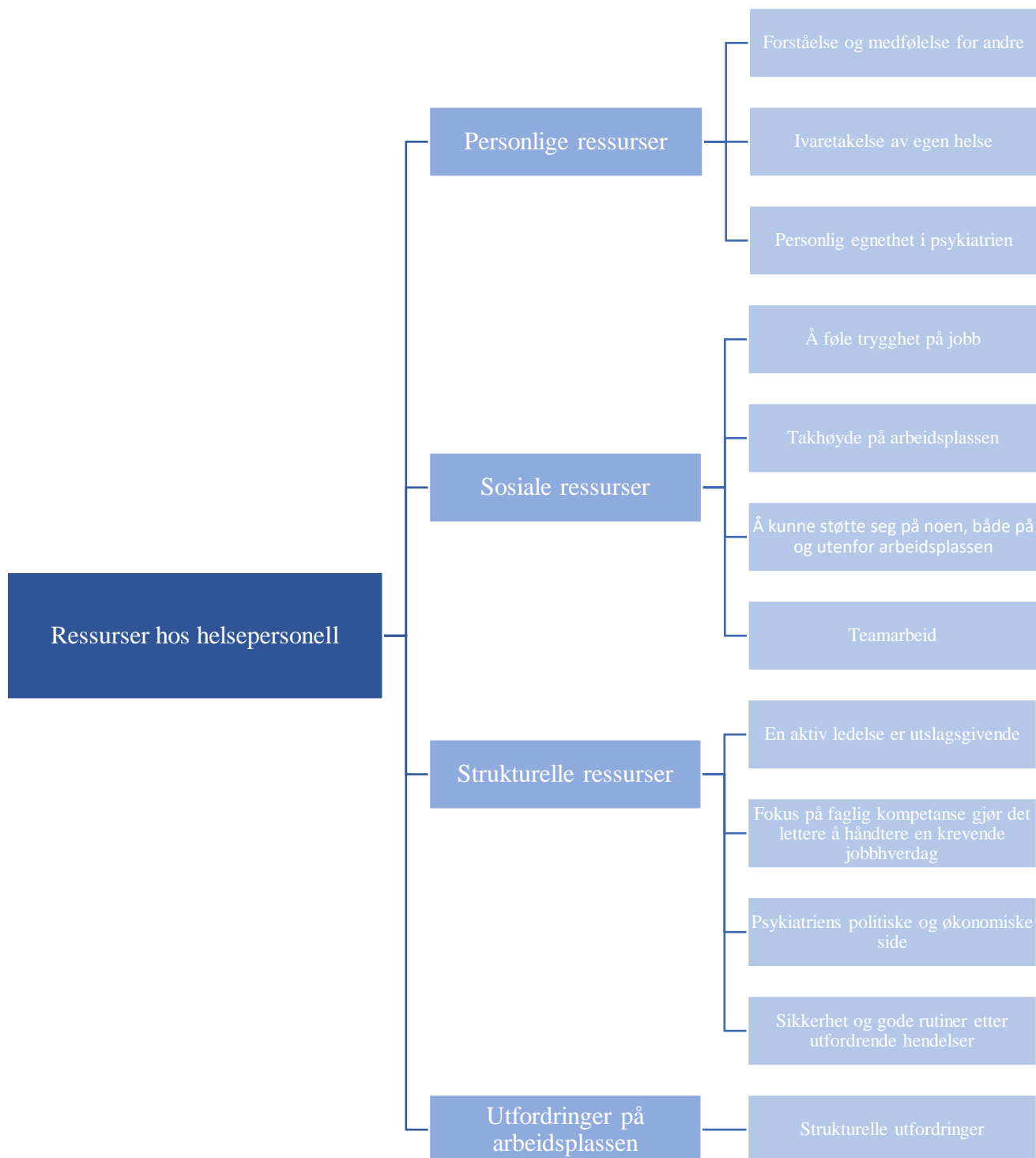
Konfidensialitet betyr fortrolighet, og omhandler ivaretagelse av informantens privatliv og

personlige informasjon (Judith Green & Thorogood, 2018, s. 91). Det var vårt ansvar som forskere å sørge for at dette ble ivaretatt i henhold til de retningslinjer og lover som er satt. Dette innebærer at informasjon fra intervjuene ikke ble delt eller tatt opp i andre uformelle samtaler (Judith Green & Thorogood, 2018, s. 91). Dette var noe vi som forskere har måtte tenke nøye over og være varsomme for, da vi gjennom hele året med masteroppgaveskriving jevnlig hadde gruppeseminarer med andre medstudenter, der man delte opplevelser og erfaringer fra prosjektet. Som følge av at det ble gjennomført fokusgruppeintervjuer, var det svært viktig at samtlige deltakere i hver gruppe var fortrolige med at det som hadde blitt tatt opp i gruppen, ble i gruppen. Det skulle ikke deles med andre ansatte, eller andre grupper som deltok i prosjektet. Samtykkeerklæringen skal være med å ivareta denne etiske problemstillingen. Dette ble i tillegg påpekt nøye før oppstart av samtlige fokusgrupper. Hva som faktisk skjedde eller ble praktisert i etterkant av deltakerne var utenfor vår kontroll. Til tross for dette var det utrolig viktig at man som forskere gjorde det man kunne i forkant for å bevare konfidensialitet og fulgte de retningslinjer som gjelder. Våre mailadresser har hele tiden også vært lett tilgjengelige for samtlige deltakere, dersom det i etterkant skulle oppstå noe deltakerne ønsket å ta opp med oss om blant annet konfidensialitet.

## 5.0 Resultater

I følgende kapittel presenteres funn fra masterprosjektet. Formålet med prosjektet var å undersøke hvilke ressurser helsepersonell i sikkerhetspsykiatrien har tilgjengelig og anser som positive i møte med utfordrende hendelser og situasjoner. En tematisk nettverksanalyse ble brukt for å analysere datamaterialet. Analyse av innholdet ligger til grunn for utvalget av fire organisatoriske temaer samt et overordnet globalt tema. Under hvert organisatoriske tema vil opptil fire grunnleggende temaer bli presentert.

I presentasjonen av ulike temaer vil sitater fra fokusgruppeintervjuene benyttes som et redskap for å belyse, oppsummere eller påpeke hva vi anser er viktige funn i prosjektet. Vi ser at det finnes overlappingspunkter i funnene som legges frem. Dette anses som naturlig da flere av de grunnleggende temaene henger sammen. Figur 5, som presenteres under, viser en komplett oversikt over temaene som har blitt utarbeidet.



Figur 5. Fremstilling av tematisk kart

## 5.1 Personlige ressurser

Personlige ressurser er den første av de fire organisatoriske temaer. Her vil vi presentere funn fra intervjuene hvor deltakerne snakket om hvilke personlige egenskaper de anser som en ressurs. Alle deltakerne har ulike kvaliteter de mener er en personlig ressurs for dem selv,

men mange temaer går også igjen. Flere av deltakerne snakket om en personlig egnethet. Det kom frem enkelte temaer de fleste entes om at er nyttige å inneha når man jobber i psykiatrien. Det er blant annet å ha en åpen, ydmyk og inkluderende holdning til sine pasienter, å være rolig i arbeidet samt å ta vare på egen helse.

### 5.1.1 Forståelse og medfølelse for andre

Gjennom analysen av datamaterialet dukket det etter hvert opp et tema som favnet flere forskjellige typer tematikk, men som hadde samme grunnleggende tanke. Deltakerne beskrev en medmenneskelighet, et mangfold og et likeverd samt et ønske om å både forstå og hjelpe de menneskene de møter som pasienter på arbeidsplassen. To av deltakerne fra forskjellige intervjuer oppsummerte dette ved å si: «[...] å møte pasienten med en viss forståelse for situasjonen vedkomne står i, og si `jeg hører hva du sier, jeg har de mulighetene, hva ønsker du, sammen må vi finne ut av dette`» (Ola), «Jeg tenker `kanskje det kommer til å skje med meg også en gang`. Hva kan jeg gjøre bedre for pasientene, og hva kan jeg gjøre for å bedre meg» (Mons). En påpekte også at ansatte ved psykiatriske avdelinger har endret kultur og væremåte: «Vi er blitt mye mer medmennesker» (Falk).

Flere nevnte det å gi pasientene den medbestemmelsen og brukermedvirkningen som er mulig innenfor så strenge rammer. De poengterte også betydningen av å kunne gi noen tilbake et snev av den autonomien som mennesker utenfor låste dører har. Å legge til rette for det som ansatt krever bevissthet, tålmodighet og forståelse. Følgende ble blant annet sagt om dette: «Man må møte pasientene litt og få de til å føle at de har noe de skulle ha sagt de også, selv om de er her på tvang» (Linn). En pratet også om hvordan behandlingsforløpene i dag er endret, med tanke på brukermedvirkning:

*Vi jobber mye med veldig dårlige pasienter som ting ikke nødvendigvis løser seg over natta [...]. Vi må være ydmyke. Norsk psykiatri har endret seg. Fra at man bare styrer og tvinger et behandlingsforløp på en pasient, så hører vi hva pasienten vil og hva pasienten ønsker (Edvard).*

Flere deltakere trakk også frem at egen kunnskap og faglig forståelse er viktig for å møte pasientene på en god måte, og at det gjøres ved å vise forståelse og tålmodighet for både sykdom og situasjon. Det ble nevnt at en forståelse for pasientens lidelser er veldig viktig:



«Jeg tenker å være egnet [i psykiatrien] i alle fall er å ha forståelse for pasientens lidelser» (Nils). Følgende ble også sagt om hvorfor ansatte i sikkerhetspsykiatrien må ha en forståelse for psykiske lidelser:

*Ydmykhet, tålmodighet, kunnskap og forståelse. For hvis man ikke har noe kunnskap om psykiske lidelser så kan man nok lett ta ting mer personlig. Så jeg tenker at de tingene henger jo sammen. Så jo mindre kunnskap man har, jo mer kan man reagere uhensiktsmessig og bli sliten og frustrert, og det kan bli mer følelser enn det som er nødvendig (Bent).*

Det kan være vanskelig for pasientene på slike steder å holde håpet oppe for bedring, for progresjon og for positive tanker om fremtiden. Når deltakerne i intervjuene snakket om å kunne se lyset i enden av tunnelen betydde dette deres evne til å se progresjon hos pasientene, til å holde håpet og positiviteten oppe både for egen del, og for deres pasienter. En deltaker påpekte at det føles godt å se bedring hos pasienter: «[...] å oppleve bedring kan være litt sånn fint å se. Når noen begynner å stabiliseres. Da kan man kjenne at de foregående ukene eller dagene kanskje har vært litt verdt det» (Rita). En fortalte at selv om det kan ta tid før man ser bedring hos pasientene, opplever de til tross ofte god progresjon:

*Også er det veldig interessant å følge progresjon til pasientene over lang tid. For du ser faktisk at det nytter, selv om det ikke går fort. Vi må ha god tålmodighet. Det er ganske god progresjon på mange pasienter over tid (Linn).*

### **5.1.2 Ivaretagelse av egen helse**

I løpet av fokusgruppeintervjuene ble det stilt spørsmål til deltakerne om hvordan de tar vare på sin egen helse, gjerne etter arbeidstid. Vi var interessert i å undersøke dette, da det kan være en aktuell ressurs som kan være med å påvirke hvordan ansatte klarer å stå i jobben over tid. Det kom frem ulike ting deltakerne gjorde etter arbeidstid for å ivareta seg selv, som både innebar aktiviteter med fysiske og psykiske aspekter. Å koble av når man kom hjem etter jobb var blant annet noe de fant effektivt. En fortalte nøyaktig hva hun ofte gjør for å koble av etter endt arbeidsdag: «Slenger meg ned foran TV-en. Ser på noe dårlige greier hvor man ikke trenger å tenke» (Ine). En annen deltaker hadde følgende rutiner etter jobb som var til hjelp for å ivare ta seg selv: «Ja, rett i dusjen, skifte klær, eventuelt gå en tur for å få litt luft. Det er

*en viktig ting for hodet mitt» (Linn). For andre var det å ta et pust i bakken før man eventuelt begynner på andre ting eller før man skal legge seg, positivt:*

*Etter en kveldsvakt er det sjelden jeg går rett hjem og legger meg og så rett på en dagvakt dagen etter. Da pleier jeg som regel alltid å slappe av litt, bare koble litt av og tenke på noe helt annet. Det er iallefall noe jeg gjør ganske aktivt (Anders).*

Ola fortalte at han finner det effektivt å gjennomgå dagen i hodet etter endt arbeidsdag:

*[...] Men det er en ting jeg konsekvent gjør når jeg kjører fra jobb, med mindre jeg har noen andre med meg i bilen, og det er det at jeg går gjennom den dagen jeg har hatt. Så det er på en måte at jeg har en debriefing med meg selv. Og det er rett og slett for å tømme hodet (Ola).*

Det å ta av seg jobbhaten i det man går ut fra avdelingen var også noe som kom frem som viktig blant flere av deltakerne. En fortalte at han forsøker å aldri ta med seg jobben hjem: «For min del, jeg har jo lært i den perioden jeg har jobbet i psykiatrien, jeg tar ikke tingene med meg hjem herifra» (Mons). Jens fortalte hvorfor han opplever det som enklere å la jobben ligge igjen idet han går ut døra på arbeidsplassen:

*Jeg tror det, for min egen del, vi snakker så åpent om situasjoner at det blir litt enklere å legge fra seg den jobbhaten når man går ut av avdelingen. Da er jeg ferdig, og jeg vet at det kommer andre som tar over og fullfører det som jeg kanskje har starta på neste skift uten at jeg trenger å tenke eller la det ligge over meg til dagen etter. Det hjelper nok til slik at jeg klarer å legge fra meg arbeidet når jeg reiser fra jobb (Jens).*

Deltakerne påpekte at det ligger litt ansvar hos den enkelte ansatte å ivareta egne behov etter arbeidstid. «Du må liksom ta saken litt i egne hender, og ja, kanskje finne på ting som er litt utenom det vanlige da» (Edvard). Videre snakket deltakeren om hva han mente med dette:

*Jo, ja, det blir jo litt sånn flåsete, men det er litt sant også. Det er litt det å kose seg på fritiden. Jeg prøver i alle fall å gjøre det. [...] Hvis det har vært et helvetes kjørt på kvelden og jeg vet at jeg skal på klokka 07:00, da aksepterer samboer at jeg tar meg en øl og setter meg ned og slår på en tv-serie uten å spørre for mye. Så å spille litt på*

*de personene du har rundt deg hjemme, og å unne meg litt goder selv om det er midt i uka (Edvard).*

Flere deltakere nevnte at det å gå en tur etter arbeidstid var en fin måte å koble av på: «Men ja, det bruker også å hjelpe, det å bare gå. Det er egentlig veldig deilig, gjerne med musikk på ørene hvis man er alene» (Rita). Det å ta seg en treningsøkt var også for mange positivt for å ivare ta egen helse:

*Men jeg har også funnet ut av det at trening, selv om det ikke er hver dag etter jobb, så er det og bare komme seg på trening to ganger i uka egentlig nok for meg. For da får jeg blåst ut min aggresjon og frustrasjon på en vettig måte (Tina).*

### **5.1.3 Personlig egnethet i psykiatrien**

Å være personlig egnet var et tema som ofte dukket opp rundt spørsmål om hvilke indre egenskaper deltakerne anså som nødvendige eller positive å inneha for å klare å stå i en jobb som deres. Personlig egnethet ble for noen også ansett som viktigere enn noe annet når man jobber i psykiatrien. Det ble i den forbindelse sagt følgende: «Jeg mener at den personlige egnetheten hvert enkelt menneske som jobber innenfor dette fagfeltet innehar er mye viktigere enn den grunnutdanningen du har med deg» (Ola).

Ved utdypning om hva det vil si å være personlig egnet, og hvilke egenskaper det innebærer kom det blant annet frem at det å bevare roen når det stormet som verst hos pasientene var viktig:

*Det å møte pasienten med et lavere tonefall enn det du vanligvis bruker. Hvis en pasient sitter eller ligger, det å tørre og sette seg på huk og være på samme høyde, slik at du ikke får noe asymmetri, et sånn maktforhold, der hvor jeg står... og det å innrømme til pasienten, når pasienten ser på kroppsspråket at du er lei, sint eller redd, og faktisk si at 'ja, jeg synes det er veldig ubehagelig når du står og brøler sånn så nært, jeg synes ikke noe om det' [...] Sånn at du på en måte skaper en dialog, samtidig som du selv ikke skal fremstå som en trussel, at du reiser deg med brå bevegelser osv. (Ola).*

Tålmodighet ovenfor pasientene kom også frem som en viktig egenskap deltakerne mener man burde ha for å jobbe i sikkerhetspsykiatrien. Det ble frontet at tålmodighet vil gjøre det lettere å stå i utfordrende situasjoner over lengre tid: «*Jeg har lært veldig mye av denne jobben. Jeg var ikke så veldig tålmodig før. Men siden jeg begynte å jobbe her ser jeg forandring, hvordan folk reagerer, og lærer meg forskjellige ting*» (Mons). Det ble også påpekt at forandring og bedring sjeldent skjer over natten i sikkerhetspsykiatrien, og at det dermed er nødvendig med god tålmodighet:

*Jeg tror en av de viktigste egenskapene vi har er tålmodighet. Vi jobber mye med veldig dårlige pasienter hvor ting ikke nødvendigvis løser seg over natta. Så vi må på en måte stå i det. Det er en massiv voldsproblematikk som det tar lang tid å løse (Edvard).*

Interesse for fagfeltet og pasientgruppen kom også frem som viktige, personlige egenskaper blant flere av deltakerne: «*Men så er også det at faget er spennende og interessant, du har lyst til å lære*» (Rita). Om pasientgruppen de jobber med ble følgende sagt: «*Jeg liker pasientgruppen. Det er interessant. Også er det interessant å følge progresjon til pasientene over lang tid*» (Linn). Litt senere tilføyde samme deltaker: «*Det krever jo at vi blir kjent med pasientene. Det krever at man engasjerer seg, at man er interessert og at man leser seg opp*» (Linn)

## 5.2 Sosiale ressurser

Det sosiale miljøet opptrer som en viktig ressurs i møte med utfordringer på arbeidsplassen. Eksemplene som ble lagt frem har vært fremtredende hos flere av deltakerne. Hva som gjør at de føler seg trygge på arbeidsplassen, og hvorfor de føler denne tryggheten er blant annet et gjentakende tema. Kollegastøtte, bruk av humor og godt teamarbeid viste seg som viktige ressurser. Flere av funnene som kom frem i de ulike fokusgruppene er også med å gi et inntrykk av en bestemt kultur som dannes på de ulike avdelingene.

### 5.2.1 Å føle trygghet på jobb

Snakk om trygghet på arbeidsplassen var et gjentakende tema gjennom samtlige fokusgruppeintervjuer og ble ofte nevnt som en grunn til hvorfor de gang etter gang klarer å stå i utfordrende og til tider skremmende situasjoner. Det var ulike grunner til at deltakerne

opplever trygghet når de er på jobb. En viktig årsak til trygghet begrunnes i samholdet mellom kollegaer, at de ansatte kjenner hverandre godt og stoler på hverandre. En deltaker sa ganske kort og presist hva som utgjør trygghet på jobb: «*Kollegaer. Det er kort oppsummert tryggheten der*» (Didrik). En annen deltaker påpekte hva som bidrar til trygghet, og hvordan de blir bedre kjent med hverandre: «*På morgenen så er det litt rolig og pasientene sover og sånn, så man blir så innmari godt kjent fordi vi sitter der og vi må forholde oss til hverandre*» (Herman). Videre sa et par av deltakerne følgende om trygghet:

*Når det gjelder det å jobbe som et team da. Det er jo også det at man stoler på kollegaene sine og at man kan føle seg trygg med de i forkant og under eventuelle episoder. At du føler deg trygg i de situasjonene som kan oppstå. At du har tillit til de rundt deg og vet at du har en i ryggen hvis det skulle skje noe (Anders).*

*Det som trygger meg mest er det at jeg har stått i situasjonen med de ansatte og at jeg vet at du reagerer sånn, jeg reagerer sånn, og sammen må vi finne ut hvordan vi skal utfylle hverandre. Vi lager på en måte en slags felles forståelse for den jobben vi gjør (Ola).*

Deltakerne eksemplifiserte trygghet som en personalgruppe som jobber sammen, hvor alle parter vet sine arbeidsoppgaver og hva de skal gjøre når eventuelle hendelser oppstår. Dette i tillegg til at de alltid føler at noen har ryggen deres, at de er godt bemannet og derfor aldri står alene i utfordrende situasjoner. En deltaker fortalte at det å være redd i en spesifikk situasjon ikke endrer at hun til tross for det aldri er redd for å gå på jobb: «*Jeg går ikke på jobb og er redd for å gå på jobb. Selvfølgelig kan man være redd i en situasjon, men man vet at man får støtte hvis noe skulle skje*» (Celine). Andre deltakere sa følgende om trygghet basert på at de alltid har noen som er i situasjonen sammen med dem:

*Hvis det skjer noe, eller en pasient kommer og er truende eller blir irritert eller noe så føler jeg meg fortsatt trygg. Det er fordi jeg har noen som jeg kan stole på som står opp for meg, og det er det samme motsatt. Hvis jeg ser en kollega som står i en vanskelig situasjon, så står jeg jo der i løpet, vi står der sammen (Mons).*

*Vi er jo veldig godt bemannet på avdelingen. Og jeg føler jo at vi har så godt samhold at som regel så er det folk som har ryggen din på jobb, og du vet jo det at*

*hvis jeg trykker alarm nå så kommer hele huset til å være her på veldig kort tid. Så det er jo sånn at vi er trygge på hverandre, blant annet fordi vi er så mye folk (Ine).*

Å være til stede og skjerpet når man er på jobb var også viktig for de ansatte i sikkerhetspsykiatrien. Dette bidrar til økt trygghet ved at alvorlige hendelser kan unngås. Jens snakket om viktigheten med tilstedeværelse når man kommer på jobb: *«Du er skjerpa når du kommer på jobb. Du tar ikke med deg alle problemene som du har på hjemmebane. Du prøver å nullstille deg litt når du kommer på jobb og skal yte 100%» (Jens).* Tilstedeværelse hadde også mye å si for opplevelsen av trygghet på jobb: *«Det føles mye tryggere å være på jobb hvis du vet at de du jobber med følger med og er til stede» (Ine).*

Evnen til å kommunisere godt er noe flere deltakere ytret som en viktig egenskap å ha når man jobber i sikkerhetspsykiatrien. Å være god til å kommunisere kan gjøre det lettere å bygge relasjoner mellom både kollegaer og pasienter, men kan også være med å avverge misforståelser som kan føre til mer farlige hendelser. En deltaker sa:

*Jeg tror jo at vi er flinke til det å kommunisere tydelig og klart, og vi sjekker om budskapet blir oppfattet slik som vi prøver å formidle det. Vi har jo enkelte pasienter som er ganske rigide i oppfattelsen, så da kreves det jo kanskje at vi kjører et oppfølgingsspørsmål, for å sjekke at budskapet er forstått (Karl).*

## **5.2.2 Takhøyde på arbeidsplassen**

Det å kunne si ifra til hverandre når det oppstår uenigheter, komme med konstruktive, ærlige og til tider skarpe tilbakemeldinger ble brakt frem som viktig for deltakerne. Disse ulike måtene å kommunisere på skaper noe de selv påpekte som takhøyde på arbeidsplassen. Denne takhøyden ble oppfattet som positiv for å kunne gjøre en god jobb, men også for trivsel både før og etter møte med utfordrende hendelser. Dette kom blant annet frem gjennom følgende utsagn: *«Jeg tenker at det [arbeidsmiljøet] er godt fordi man kan gi tilbakemeldinger til personal hvis man er enig eller uenige i det som blir gjort. Det er faktisk takhøyde for å komme med tilbakemeldinger» (Nils).* En annen deltaker snakket om viktigheten av å gi hverandre positive tilbakemeldinger og ros: *«Men vi er jo flinke til å skryte av hverandre. Stort sett så er vi veldig flinke til å gi hverandre ros når vi gjør noe bra. Og å veilede*

*hverandre hvis ting ikke går så bra» (Gine). Å gi konstruktive tilbakemeldinger ble også frontet som ekstremt viktig, da det kan være med å avverge farlige situasjoner:*

*Vi tør å påpeke feil til hverandre. Ja altså, hvis man jobber her så må man rett og slett tåle å få tilbakemeldinger hvis man gjør noen ting som ikke er helt etter planen. Kall det gjerne konstruktive tilbakemeldinger. For det handler litt om, for å sette det helt på spissen, om liv og død (Didrik).*

Raushet og aksept blant kollegaer, at det er enkelt å ta opp noe med en kollega gjennom en uformell prat, komme med ønsker eller å blåse ut frustrasjon er noe deltakerne anså som svært viktig, og ikke minst noe som fungerer godt i praksis. Deltakerne snakket også om at det er godt å ha noen man kan prate med når det blir litt mye: «*Men jeg vet også at man har sine man går og tømmer seg til, hvis man mentalt trenger litt pause. Så er det jo noen som man bare blafrer ut til» (Rita). I tillegg ble det lagt frem som akseptert å si ifra hvis man som ansatt synes det har blitt for mye av en arbeidsoppgave eller lignende:*

*Og da kan det også være at du har vært for lenge på skjerma avdeling. Da er det innafor å si 'kan jeg få lov til å slippe en uke eller tre... for nå har jeg den oppi halsen [det er aksept for å si det] (Gine).*

Bruk av humor kollegaer seg imellom viste seg som noe som ofte blir tatt i bruk. En deltaker påpekte viktigheten av å bidra med å skape god stemning på arbeidsplassen: «*Nei, jeg tenker jo litt sånn.. Når vi jobber sammen, at vi byr litt på oss selv og er med på å skape god stemning mellom hverandre med en litt sånn fleipende tone» (Jens). I tillegg var bruk av humor viktig for dem da det letter på trykket og fungerer som et hjelpemiddel til å kunne stå i de situasjonene og vanskelighetene de stadig møter på jobb.*

*Men det er en ting som jeg synes vi har fått til veldig bra her. Folk føler seg ikke krenka. Det er takhøyde for hva man prater om. Man trenger litt sånn galgenhumor og litt ufiltrert humor, ellers så overlever man ikke (Edvard).*

### 5.2.3 Å kunne støtte seg på noen, både på og utenfor arbeidsplassen

Det å ha gode kollegaer var en svært viktig ressurs for deltakerne. Det kan tolkes dithen at kollegaer kanskje er den viktigste grunnen til at de klarer å stå i utfordrende situasjoner og kommer tilbake på jobb dag etter dag. Det viste seg også at flere av deltakerne har personer utenfor arbeidsplassen de bruker som støtte og som noen de kan prate med. Dette hjelper dem til å koble av, men også til å ventilere. En deltaker pratet blant annet om kollegaene sine på følgende måte: «*For min del så er det jo kollegaer [som gjør at jeg velger å fortsette og jobbe her]. Jeg er veldig glad i kollegaene mine*» (Linn). En annen deltaker sa følgende om kollegastøtte: «*Altså, det er jo den kollegastøtten som kanskje er den viktigste årsaken til at man kommer tilbake på jobb*» (Nils). En hevdet at kollegaer er grunnen til at man gleder seg til å komme på jobb:

*Jeg verdsetter hvertfall mine kollegaer veldig høyt. Jeg går fra jobb hver dag med et smil, fordi jeg har vært med dere. Jeg tenker at det kanskje er noe av det som gjør at jeg gleder meg til jobb hver dag (Didrik).*

Ved spørsmål om deltakerne kunne utdype hva det er som gjør at kollegaene er så viktig, svarte flere at omsorgen og støtten som vises til hverandre både på jobb og utenfor arbeidstid er essensiell: «*Det er en av grunnene til at man velger å gå tilbake. Alle de kollegaene som bryr seg rundt deg, og som ringer og sender meldinger i løpet av helgen [etter en hendelse]*» (Gine). Denne ivaretagelsen av hverandre bidrar til at deltakerne ønsker å bli værende i jobben over tid: «*Hadde det ikke vært at vi tok så godt vare på hverandre så hadde hvert fall ikke jeg vært her så lenge*» (Celine). Følgende ble også tilført under samtalen om hvorfor kollegaer blir så viktige for hverandre:

*Det er jo egentlig litt sånn, spesielt når man jobber med noe som gjør at du kan utsettes for vold f.eks., så blir dine kolleger veldig viktig for deg. For de er med i sånne situasjoner som du ikke kan forklare hjemme. Det blir så sårbart med den personen som var sammen med deg i situasjonen. Mange ganger så føler man noe familieaktig. Vi har en felles ting vi forstår, som man har vært gjennom. Vi blir jo nærmere hverandre når man har vært gjennom både stygge, triste og grusomme ting. Vi kan jo oppleve at en kollega blir slått, og da må man jo gripe inn og hjelpe, og det gjør noe, man må stole en del på hverandre (Rita).*



Partnere, samboere, familie og venner ble også nevnt som personer deltakerne gjerne kan prate med utenfor arbeidstid, som en slags debriefing-kanal, hvor deltakerne møter både forståelse og ivaretagelse. Flere sa også at selv om de bruker mennesker utenfor arbeidsplassen er man påpasselige med å overholde taushetsplikten.

*Men det er noe med det å kunne prate med noen som ikke har vært med i situasjonen. Jeg har en bror som også jobber i psykiatrien og bor i en annen by, og jeg bruker han som en debriefkanal, for å luften frustrasjoner og sånn (Nils).*

*Jeg kan snakke med min samboer. Vi kan snakke fag, men ikke fag som i at jeg forteller om pasientene mine. Men jeg kan snakke om problemer jeg som helsepersonell står i. Vi prøver å ikke ha for mye av det, men det er godt å ha noen hjemme som forstår hvordan det er å jobbe turnus. [...] Så å spille litt på de personene du har rundt deg hjemme er bra (Falk).*

Det kom frem at en samtale med familiemedlemmer etter en vanskelig arbeidsdag kan få en over på andre tanker, som gjør at man klarer å legge tankene og jobben til side:

*For min del har jeg lært i den perioden jeg har jobbet i psykiatrien at jeg tar ikke tingene med meg hjem herifra. Hvis jeg har hatt en dårlig dag så ringer jeg kanskje mor, bror eller familie for å prate om noe helt annet. Jeg har blitt vant til å 'glemme' hva som skjedde (Mons).*

Å bruke tid sammen utenfor arbeidstid er med å styrke relasjoner og samholdet blant kollegaene. Dette kan innebære å gjøre sosiale eller fysiske aktiviteter, eller å ta en prat over telefon som nødvendigvis ikke er jobbrelatert. Deltakerne fortalte at det de finner på sammen utenfor arbeidstid kan være alt fra å gåturer til å reise på tur sammen. De opplever disse tingene som positivt for samholdet:

*Også er det jo sånn at hvis det skjer noe så er det jo støtt og stadig at vi ringer hverandre etter jobb. Vi er ikke bare kollegaer, vi ringes ofte på telefon etter en hendelse også snakker man litt sammen dagen etterpå, eller hvis man blir her på vaktrommet (Didrik).*

*Vi har jo hatt idrettslag, bedriftsidrettslag, som har gjort at vi har møttes på privaten og deltatt på alt fra innebandy til fotball og volleyball. Også har vi lønningspils da. Det er jo en kultur for å møtes utenfor arbeidstiden. Spesielt i den avdelingen vi er tilknyttet så er det jo mange ansatte som er i samme livssituasjon, så det har jo gjort det til et smidig samhold (Jens).*

#### **5.2.4 Teamarbeid**

En personalgruppe som forstår det å jobbe sammen viste seg å være viktig for deltakerne gjennom fokusgruppeintervjuene. Å jobbe sammen er ikke bare til det beste for dem selv, men også for pasientene. Det ble påpekt at det ikke er rom for å drive sololøp i psykiatrien, men at det er teamarbeid som gjelder:

*Det tenker jeg er en egenskap som er viktig, at man kan ikke komme hit å drive sololøp. Det er ikke alltid man er enig i det som er bestemt. Men har man valgt å jobbe her så må man faktisk følge det, eller så skaper det farlige situasjoner for andre (Celine).*

En annen deltaker sa følgende om teamarbeid: «*Nei, jeg tenker jo at det verdsettes at man har en forståelse av at man jobber i team, og at man er trofast til det som er bestemt. Ja, at man på en måte ikke kjører et eget løp*» (Bent). Litt senere utdypet deltakeren videre tanker om det samme temaet:

*At man forstår at det er til pasientens beste at vi er samkjørte. Det motsatte skaper bare frustrasjon. Det er veldig viktig at ikke vi driver og vingler i alle retninger, men at vi gir et bestemt svar. Når det gjelder det å jobbe som et team da. Det jo det også at man stoler på kollegaene sine og at man kan føle seg trygg med de i forkant og under eventuelle episoder. [...] Det er noe som er viktig (Bent).*

En tydelig rolle- og oppgavefordeling blir praktisert, og er ytterst viktig når det oppstår utageringer eller utfordringer i løpet av arbeidstiden. Når det oppstår utfordrende situasjoner på arbeidsplassen ble det lagt frem at en tydelig handlingsplan og arbeidsfordeling kollegaene seg imellom er viktig: «*Det er jo egentlig sånn teamarbeid fungerer hos oss, en tar over og blir lederen av situasjonen og sier du gjør dette og du gjør dette*» (Linn). En annen deltaker

forklarte at det er lett å jobbe sammen da de jobber med faste makkerer som de kjenner godt: «Vi kjører sånne makker-team da. Og det er jo veldig positivt at man kjenner hverandre godt, fordi det holder ofte med et blikk for å signalisere at nå trenger jeg at du kommer hit» (Ine).

En deltaker snakket om viktigheten av at folk vet og er i stand til å håndtere utfordrende situasjoner på jobb, og hvorfor nøyaktig teamarbeid verdsettes og er en viktig brikke her:

*En annen ting som jeg kanskje vedsetter mest når jeg er på jobb, det er det å være på vakt med et vaktlag med godt humør, og at det er trivelig og være på jobb. Men også det at jeg føler at de er i stand til å gjøre den jobben de er satt til sikkerhetsmessig, slik at jeg er trygg. Når jeg går i en situasjon, går inn på et rom, så vet jeg at det er noen som ser meg (Ola).*

Et teamarbeid hvor enhver vet hva som skal gjøres når det smeller ble også presentert som viktig: «For når det smeller så smeller det. Men da vet du at du har gode folk i ryggen som vet hvilke tiltak som skal gjøres» (Linn).

Deltakerne påpekte hvordan ulike kvaliteter hos den enkelte ansatte er med å utfylle hverandre og skape et godt team: «Vi kjenner hverandre godt, vi vet kanskje litt mer hvem som takler ulike pasienter, ulike diagnoser best, og sånne ting. At vi bruker de ressursene hver og enkelt har, i de gjeldene situasjonene» (Tina). Hver ansattes ulike kvaliteter ble ytret som viktig, og brukes deretter. Sammen utfyller de hverandre godt, men det forutsetter at avdelingene har et mangfold: «Vi er ikke en homogen gruppe hos oss, vi er veldig forskjellige» (Ola). Dette mangfoldet var noe som kom frem som viktig for deltakerne. Dette fordi det virker positivt på samarbeidet i avdelingene: «Jeg tenker alle de forskjellige personlighetene [...] Det er mange forskjellige mennesker her, jeg har tenkt på det mange ganger. Det er jo mangfoldet som gjør oss bra» (Gine). Edvard forklarte at dette mangfoldet også baserer seg på en inkludering av alle ansatte, uavhengig av bakgrunn: «Jeg prøver å få med en lik fordeling av både ekstravakter, faste, ufaglærte og faglærte, slik at man får et bredere syn. Og det synes jeg vi har fått til» (Edvard).

### 5.3 Strukturelle ressurser

Under dette organisatoriske temaet vil vi legge frem funn fra intervjuene som handler om strukturelle ressurser. Eksempler på dette kan være hvilke prosedyrer, rammer og regelverk de ansatte følger, hvordan ledelsen fungerer og hvilke tilbud helsepersonell får av kurs og utdanning. Dette er ressurser som ofte er utenfor de ansattes myndighet, men som har som hovedoppgave å styrke de ansattes sikkerhet, rettigheter og muligheter. En av deltakerne forklarte de strukturelle ressursene slik:

*Vold og trusler er jo en del av arbeidsdagen, og likevel så går du på jobb, og du er ikke redd. Så det er jo noe med det systemet du jobber i som gjør at vi er trygge på noen ser oss og hjelper oss (Ola).*

#### 5.3.1 En aktiv ledelse er utslagsgivende

Flere av deltakerne i de ulike fokusgruppeintervjuene nevnte det som en ressurs for arbeidsplassen å ha en aktiv og synlig ledelse som var tilgjengelig for de ansatte. Temaer som gikk igjen var en deltakende leder som viser seg i miljøet, en leder som er tilgjengelig for både formelle og uformelle samtaler og som har en dynamisk lederstil. Disse egenskapene gjør det lettere for ansatte å vite at de har en leder som stiller opp, tar ansvar og ser de ansatte. Flere av deltakerne fra de ulike intervjuene snakket om ledelse slik:

*Det er jo det at vi har en leder som er veldig deltakende ute i miljøet og som ser hvor skoen trykker. Det gjør det enklere å ha en åpen tone også. Det at lederen er til stede på en sånn samtale, at vi ikke bare blåser ut bak lukkede dører, kun to personale. At det er anerkjent at det er rom for det. Men ledelsen er jo til stede ganske hyppig i avdelingen og fanger opp slike situasjoner, så hen tar jo del i de samtalene her. [...]  
Hen kan si at jeg ser det at du har krysset av for at du ikke trenger en samtale, men vi tar en liten uformell samtale likevel (Jens).*

*Ja, jeg føler jo at hvis vi kommer med ting at hen hører på oss, men det er litt mer at vi må henvende oss til hen. Litt sånn... nå føler jeg det at sånn og sånn... men jeg føler jo det at vi kan si ifra at nå går det søren meg for langt her (Linn).*

Blant fokusgruppene fremkom det ulike lederstiler. Noen av gruppene hadde sine ledere som en del av teamet på dagvakt. Dette opplevdes som svært positivt på både ansatte og miljøet på avdelingen. Det ble også nevnt at en slik aktiv ledelse kjenner pasientgruppen bedre og at dette er en klar fordel i arbeidet.

*Vi har jo to ledere, og det er de som har ansvarsvakt på dagvakt, så da er det jo veldig viktig at de er til stede i avdelingen, at de vet hva som rører seg. De kjenner pasientene veldig godt de også, og det er et pluss (Ine).*

På samme måte sa en annen av deltakerne noe om en årvåken leder: «Det er veldig avgjørende for hvordan stemningen i avdelingen er. For de ser om det trengs innleie, de ser belastningen på den enkelte på en annen måte enn hvis de sitter utenfor» (Jens).

Flere av deltakerne snakket om sykdom og sykefravær i løpet av intervjuene. Jobben er krevende, og det er viktig at en leder følger opp fravær på en god måte. Viktigheten ved oppfølging av ansatte ute i sykemeldinger ble nevnt på denne måten; «Og der har vi jo en leder som har vært veldig til stede etter et skyhøyt sykefravær og grep som har vært tatt. Leder har vært veldig fokusert på akkurat det» (Nils).

Ved oppfølgings spørsmål fra oss om hvilke egenskaper som verdsettes hos en leder i en krevende arbeidshverdag i psykiatrien ble både fleksibilitet, tydelighet og anerkjennelse fra leders side nevnt:

*Vi jobber jo på en plass hvor det er veldig enkelt å få endra vaktene sine, fordi de prøver å legge til rette for at du får bytta. Enten at det blir gjort for deg, eller at du gjør det internt (Ola).*

*Det at de anerkjenner stresset og krisesituasjoner litt mer, hva skjer med deg når du står i en situasjon og ha muligheten til å si hvordan du føler deg og at det ikke skal være tabubelagt å snakke om det. For det kan jo sikkert enhver kjenne seg igjen i, at en får litt hjertebank og blir litt engstelig når en står i en krevende situasjon (Jens).*

### 5.3.2 Fokus på faglig kompetanse gjør det lettere å håndtere en krevende jobbhverdag

Det er tidligere i kapittelet vært fokus på innhenting og bruk av kunnskap som en personlig ressurs. Det viste seg at deltakerne anså kunnskap som en bærende strukturell ressurs i jobben de gjør. Her handlet det mer om hvordan strukturen for informasjon og kunnskapsbygging blir brukt på arbeidsplassen. Engasjementet rundt en faglig sterk arbeidsplass ble vist både ved muligheten for kurs og videreutdanning: «[...] men de sender oss jo mye på kurs og seminarer. De har jo et stort fokus på kunnskapsheving og at vi skal utdanne oss» (Ine), men også ved ansettelse og kvalitet på opplæring og vedlikehold. Noen av deltakerne opplevdes som fornøyde med det faglige fokuset på sin avdeling eller arbeidsplass: «Men det krever også mye mer faglig av oss som igjen gjør at vi får mye mer ressurser fra avdelingen til å oppdatere oss faglig. Det gjør at dagen også blir mye mer meningsfull» (Edvard). Andre påpekte hvilken kunnskap de hevder det er behov for og som de kunne ønske mer av. Konkret kunnskap som hvilken fagutdanning det ligger i anbudet at en mengde av de ansatte skal ha settes opp mot den erfaringsbaserte kunnskapen ved å ha jobbet lenge på arbeidsplassen: «Grunnutdanningen sier noe om hva jeg kan forvente av den ansatte, men hvordan du takler det og stå i situasjoner som er krevende, det handler om en del forskjellig kunnskap, det handler om hva du har erfart» (Ola).

Fordi de ansatte jobber i regional sikkerhetspsykiatri er det et naturlig høyt fokus på struktur og rutiner som blant annet omhandler opplæring av nyansatte. Nedfelte prosedyrer styrer hvordan du utfører arbeidet ditt. Med visshet om at alle følger disse prosedyrene følger det både kvalitet og sikkerhet for både personal og pasienter. Deltakerne snakket om opplæring, rutiner og prosedyrer på denne måten:

*Det er jo noe med den faglige tryggheten, men også at tidligere vold og rusmisbruk og rus er jo en økt prediktor for vold, tenke litt sånn [...] også tenke rutiner og prosedyrer, og det er noe vi har jobbet mye med (Nils).*

*[...] Så jeg følte at jeg fikk veldig god opplæring. Det var nøye gjennomgått alt sammen. Sikkerhet er jo veldig viktig hos oss. Det at jeg er trygg i min jobb gjør jo at både jeg og personalgruppa og pasientene er relativt trygge (Linn).*

### 5.3.3 Psykiatriens økonomiske og politiske side

Sikkerhetspsykiatrien er en del av norsk psykiatri som har et strengt regelverk og er bemannet deretter. Flere av deltakerne sa at de som oftest føler at de er nok mennesker på jobb, og at farer som nedbemanning ikke er noe de bekymrer seg for. Å ha nok ansatte på jobb er en styrke og en ressurs på et hvert arbeidssted. I sikkerhetspsykiatrien skaper dette også trygghet og forutsigbarhet for de ansatte.

*Det som gjør det trygt her er jo systemet som vi jobber i. Vi er som oftest nok folk på jobb. Vi er en avdeling hvor personalet er på en måte i overtall, i motsetning til mange andre avdelinger hvor man har veldig mange pasienter og er veldig få personal på. Så ressursene er tydelig noe som gjør det bra for oss. Vi håndterer de samme pasientene, men med bedre ressurser (Edvard).*

*Jeg tenker også en viktig ting her på regional sikkerhetsavdeling er at vi har en grunnsikkerhetsbemanning, mange ganger tenker vi at vi at «ah vi er ikke nok folk», men stort sett så er vi veldig godt bemannet. [...] Vi er bemanna til å takle omtrent alle situasjoner (Didrik).*

Det å bli i en utfordrende jobb over tid gjør også at arbeidssteder som tilrettelegger turnus er ettertraktet. Som helsepersonell er det vanlig kost å jobbe helger og kvelder, såkalt ubekvem arbeidstid. Her anså deltakerne fleksibilitet i turnus og tilrettelegging slik at friperioder blir noe lenger en ressurs. En av de sa; «[...] og hvis du spør om frihelg noen uker fram så får man stort sett ja, [...] og de er veldig imøtekommende, greie og smidige da i forhold til å bytte vakter» (Didrik). Tilrettelegging og fleksibilitet fra arbeidsgivers side ble sett på som gode ressurser for arbeidsplassen.

### 5.3.4 Sikkerhet og gode rutiner etter utfordrende hendelser

Samtlige fokusgrupper kom stadig tilbake til hvor viktig sikkerheten er når man jobber slik de gjør. Dette er naturlig da de ansatte jobber med en pasientgruppe som er ansett å ha høy voldsrisiko. Det er derfor rigide regelverk satt i system som må følges, uten unntak. Disse regelverkene utgjør en av sikkerhetspsykiatriens største ressurser når de følges og oppdateres. Under temaet sikkerhet snakket deltakerne om alt fra opplæring og sikkerhetsrutiner til rutiner i etterkant av utageringer og utfordrende hendelser på jobb.

*Vi har jo det som jeg tidligere sa om sikkerhetsinstrukser. Vi vet jo at det går grupper rundt og sjekker at arbeidsmiljøet vårt er trygt. Det blir ivaretatt, og at vi har et alarmsystem. Alle sånne der organisatoriske pakker er på stell. Vi har en grunnopplæring i aggresjon og vold (Jens).*

*[...] Det blir vurdert hvor mange som skal gå ut med en pasient, trygghet ved å gå inn på rom alene med en pasient, aldri være i en situasjon alene. Det er rammer og sikkerhetsinstruks som ligger i bunn for det (Celine).*

Ved et av intervjuene presenterte også de ansatte at på deres avdeling har de en fadderordning som tas i bruk ved nyansettelse. Denne ordningen ble oppfattet som positiv, og kan være et bidrag til å lettere komme inn i avdelingens rutiner på en trygg og sikker måte.

*Tanken med fadderordningen er at den som er fadder skal være tilgjengelig for å tilby veiledning eller å svare på spørsmål. Også er det vel også tenkt å ha en månedlig samtale hvis det er noe man har lyst til å gi tilbakemelding på (Nils).*

Mange er også innom temaet debriefing. Debriefing er en metode som blir hyppig brukt av innsats- og helsepersonell. Dette går ut på å ha en standardisert samtalestruktur som blir brukt etter en utfordrende hendelse der målet er å forebygge negative senfølger. Samtalen er satt i system av prosedyrer, og følges ofte opp av ledelse på avdelingen i tillegg til helsehjelp utenfor arbeidsplassen der det er nødvendig. Når deltakerne pratet om debriefing inkluderte de også uformelle samtaler på arbeidsplassen. Flere sa at dette er en nødvendighet for å kunne prosessere hva de følte om situasjonen som skjedde, se ting litt på avstand og få støtte av kollegaer og ledelse. Samtlige arbeidsplasser vi var i kontakt med har denne strukturen til stede på arbeidsplassen. Deltakerne synes det både er nødvendig, nyttig og en bra ressurs for å håndtere utagering og utfordrende hendelser på en god måte.

*Og den oppfølgingen er ganske profesjonell synes jeg da. De finnes her i etterkant med et team som er der for å snakke med deg om hva du gjorde bra, og hva du kunne gjort bedre, hva som fungerte og hva som ikke fungerte så bra (Gine).*



Slike prosedyrer innebærer ikke bare hvordan rutinene på arbeidsplassen fungerer, de sier ofte noe om hvordan oppfølging utenfor arbeidsplassen skal gjennomføres. Dette er minst like viktig. En deltaker fortalte hvordan strukturen etter en alvorlig hendelse forløper hos dem:

*Vi har jo regler om at vi skal ned på legevakt, og da skal det bestandig være med en kollega, du skal aldri være alene ned på noe sånt. Så er det samtale med ledelse, også har vi et flust av psykologer tilgjengelig som kan ta enda større runder hvis det er behov for det (Ine).*

En annen sa også at debriefing kan være med å forebygge hendelser i fremtiden: «Men også det at man gjennom en sånn drøfting klarer å se om det er det varselsignaler hos pasienten som gjør at vi unngår å gjøre lignende episoder senere» (Nils).

## 5.4 utfordringer på arbeidsplassen

Gjennom samtlige fokusgruppeintervjuer opplevde vi at deltakerne fra tid til annen kom inn på utfordringer som de opplever at finnes på arbeidsplassen. Det viste seg at de fleste av disse var strukturelle. Enkelte av disse utfordringene ble lagt frem som forbedringspotensialet under de strukturelle ressursene. Til tross for et positivt ressursbasert fokus i denne oppgaven, ønsker vi å trekke frem noen av utfordringene flere av deltakerne la frem. Dette fordi det kan være med å sette fokus på områder som muligens kan forbedres. Det er naturlig at deltakerne ville fortelle hvilke utfordringer de står i for å kunne sette temaet ressurser i kontekst på arbeidsplassen. Vi anser en redegjørelse av utfordringer som et positivt bidrag for å kartlegge hva som kan være med på å få enda mer motstandsdyktige ansatte i sikkerhetspsykiatrien.

### 5.4.1 Strukturelle utfordringer

#### *Kursing og videreutdanning for alle*

Flere av fokusgruppene sa at det eksisterer forskjeller innad i avdelingene når det gjelder hvem som får tilbud om videreutdanning og blir prioritert for å være med på kurs og lignende. Deltakerne frontet at ansatte med bachelorutdanning blir prioritert fremfor helsefagarbeidere og ufaglærte. Dette opplevde deltakerne som både urettferdig og problematisk, da høyere utdannede allerede har mulighet til å fortsette å utvikle seg faglig, mens de uten høyere utdanning ikke får samme mulighet. Dette forklares delvis ved at det ofte er et krav fra utdanningsinstitusjoner eller kursholdere at en treåring utdanning ligger til grunn for videre

studiepoeng eller kursing. Følgende ble blant annet sagt i den forbindelse: «*Men dette med videreutdanning også... For det er jo vi med bachelor som på en måte kvalifiserer til disse videreutdanningene, men assistentene og helsefagarbeiderne burde også fått tilbud*» (Rita). Det ble også påpekt at avdelingene i sikkerhetspsykiatrien ikke er tjent med denne skeivfordelingen. I psykiatrien er det ingen krav til formell utdanning for å kunne jobbe som miljøarbeider eller assistent, men man er likevel meget avhengig av denne arbeidskraften:

*Det er i alle fall den gruppen som burde styrkes mest opp mot videreutdanning, også er det det å få et tilbud til de som ikke har en bachelor. Det er ganske mange av oss, og de gjør den samme jobben og de er like flinke, men de har ikke kosta på hodet tre år på universitetet. Og det er vi ikke tjent med (Ola).*

I tillegg ble det sagt at faglig påfyll og oppdatering bidrar til at man som ansatt blir mer motivert i jobben: «*Jeg tror utdanning, og det å få kurset enda flere.. Det å holde seg faglig oppdatert gjør at man blir mer motivert, og jeg tror at det er mange som hadde gjort det også hvis de har tilbudet*» (Rita).

#### *Aktivitetstilbud*

I noen av fokusgruppene ble det nevnt at aktivitetstilbudet til pasientene er for dårlig. Et lavt aktivitetstilbud kan føre til mer uro hos pasienten, som følge av ensidige dager hvor de kjeder seg og føler seg lite nyttige og deltagende i eget liv. Flere deltakere mente derfor at et økt aktivitetstilbud ville vært fordelaktig, da det kan være med å konkurrere mot andre utfordringer pasientene sliter med. Følgende ble blant annet sagt i den forbindelse: «*Jeg hadde satt i gang mye, mye mer aktivitetstilbud. Snekring, metallverksted, sying.. You name it. For det er altfor lite aktivitet og sysselsetting. Vi må ha noe som kan konkurrere mot blant annet rus*» (Stian).

#### *Vedlikeholdstrening*

Sikkerhet er blant grunnpilarene som sørger for at det er et trygt miljø både for pasienter og ansatte. Der det tidligere har florert av ulike kurstilnæringer og teknikker for å møte aggresjonsproblematikk på arbeidsplassen har nå brorparten av statlige psykiatrinstitusjoner gått over til MAP - Møte med Aggresjonsproblematikk. Dette er nytt for flere, og det ble påpekt mangel på mengdetrening for å mestre dette verktøyet godt.

*Men uavhengig av korona så har vi slitt med at vi har hatt for lite samhandlingstrening. Vi har gått fra et system som heter FMA: forebygging, mestring og aggresjon, over til det nasjonale MAP [Møte med Aggresjonsproblematikk] og sykehuset som helhet er ikke i stand til å gi oss det tilbudet som vi trenger. Sånn at vi har alt for lite trening (Ola).*

### *Håndtering av stress*

Flere av deltakerne tok opp at det er forbedringspotensial når det kommer til håndtering av situasjoner med stor mengde stress. Det ble bragt frem at det til tider er vanskelig å vite når man burde holde debriefing, og at en ansatt som selv har stått i situasjonen skal slippe å ta stilling til om det bør holdes en debriefing eller ikke.

*Men jeg tror nok at vi sliter litt med hvilke situasjoner vi burde debriefe på. Hva er alvorlig nok for en debriefing? Mange av oss har jo et ønske at man selv ikke skal være nødt til å gi beskjed om at dette vil jeg prate om, men at det skal fanges opp av ansvarsvakter. Eventuelt hvis ansvarsvakt ikke har vært til stede at noen andre som har vært der tar tak i situasjonen, og at de som har stått mest i det ikke skal være den som må rekke opp hånda og si at 'det her vil jeg prate om'. Vi ser jo at vi lærer av å prate sammen etter situasjoner (Ola).*

Det ble også tatt opp at det burde være mindre tabubelagt å snakke høyt og ærlig om hvordan man opplever krisesituasjoner og utfordrende opplevelser. Dette er et viktig tema man ikke bruker nok tid på i yrker der man jobber med mennesker som opplever så voldsomme ting som enkelte ganger foregår i psykiatrien:

*Jeg tenker jo at det er å anerkjenne stresset og krisesituasjoner litt mer. Snakke om hva som skjer med deg når du står ut for en situasjon og ha muligheten til å si hvordan du føler deg og at det ikke skal være tabubelagt å snakke om det [...]. Det å kunne snakke enda høyere og tydeligere om det tror jeg kunne vært med å senke terskelen for å sende inn skademeldinger osv. (Jens).*

Flere av gruppene var innom områder de ser for seg å ha forbedringspotensial. Blant disse var rekruttering. Flere av anstaltene har utfordringer med rekruttering. Det kan tenkes at dette har med arbeidets natur å gjøre, at det ikke er for alle å stå i risiko for vold på daglig basis.

Enkelte av deltakerne nevnte et stigma som følger det å jobbe i psykiatrien. Noen nevnte også lønn. Det å være helsepersonell som arbeider i miljø vil ikke gjøre deg rik.

*Ja, men man sliter med rekruttering her [...] Hvis man i hvert fall hadde hatt lønn å friste med, så kunne man jo tenkt seg at det hadde vært flere som ville jobbe her, som da igjen vil føre til høyere kvalitet, når det er flere å velge mellom (Anders).*

*Hvis du kan få samme lønn på en jobb med lavere risiko, hvorfor skal du begynne å jobbe her da? Hvorfor skal du jobbe her når du ikke får et tillegg for det eller noe høyere lønn enn alle andre i samfunnet? (Celine).*

## 6. Diskusjon

Hensikten med studien var å undersøke hvilke ressurser helsepersonell i sikkerhetspsykiatrien har tilgjengelige for å håndtere utfordrende og til tider traumatiske opplevelser som kan oppstå på arbeidsplassen. Det følgende kapittel vil derfor ta for seg de mest sentrale funnene i prosjektet, og drøfte disse satt opp mot forskningsspørsmålet. Funnene vil bli belyst gjennom resiliens teorien og Job Demands-Resources modellen, som er brukt som rammeverk for prosjektet. I tillegg vil funnene bli satt opp mot litteraturgjennomgangen presentert i kapittel 3. Vi vil starte med en drøfting basert på de ulike organisatoriske og grunnleggende temaene, før vi legger frem metodiske betraktninger og avslutter med implikasjoner for videre forskning.

### 6.1 Oppsummering av resultatene

Etter datainnsamling og analyse viste resultatene at deltakerne har erfaringer med både personlige, sosiale og strukturelle ressurser på arbeidsplassen. De sosiale og strukturelle ressursene var noe mer fremtredende. Dette kan ha en sammenheng med at intervjuet ble gjennomført som fokusgruppe og at det derfor gir et tydeligere fokus på gruppen og dynamikken rundt denne. Under personlige ressurser trakk deltakerne frem ulike egenskaper de hevder er viktige å inneha som ansatt i sikkerhetspsykiatrien. Blant disse var hovedfunn ivaretagelse av egen helse, forståelse og medfølelse for andre og personlig egnethet. Ved de sosiale ressursene viste det seg at sosial støtte, takhøyde og teamarbeid var kjernetemaer. Disse ressursene er i all hovedsak knyttet opp mot interaksjon med andre mennesker. Strukturelle ressurser var det siste ressursdrevne organisatoriske tema. Temaet tok for seg ressurser som støtter deltakerne på arbeidsplassen, men som ikke nødvendigvis er direkte påvirkningsbare. Her trakk deltakerne frem ledelse, kunnskap, økonomi og prosedyrer for ansattes sikkerhet. Det siste organisatoriske temaet som dukket opp først etter flere gjennomganger av datamaterialet var strukturelle utfordringer. Temaet hjalp oss å sette ressursene i kontekst og ga et bilde av hvilke utfordringer deltakerne står ovenfor.

### 6.2 Personlige ressurser

Ifølge jobbkrav-ressursmodellen blir personlige ressurser ansett å ha like stor betydning som jobbressurser på positiv håndtering av jobbkrav og uforutsette hendelser (Bakker & Demerouti, 2017). Med andre ord har indre, personlige egenskaper lik effekt som ytre faktorer. Dette sammenfaller med det sosioøkologiske perspektivet der sosiale og

miljømessige faktorer i like stor grad som personlige egenskaper er essensielle ved utvikling av resiliens (Ungar, 2012a, s. 1). I motsetning til tidligere litteratur er ikke resultatene i dette prosjektet i like stor grad preget av personlige ressursers betydning i møte med utfordrende opplevelser på arbeidsplassen. Det vil ikke si at personlige ressurser ikke er viktige og gode ressurser som bidrar til at helsepersonell i sikkerhetspsykiatrien klarer å stå i jobben. Prosjektets funn kan være preget av metodiske valg, som vil diskuteres senere i oppgaven. Til tross for færre funn på personlige ressurser, er de fortsatt fremtredende, aktuelle og viktige.

### **6.2.1 Opplevelse av kontroll og mestring**

En opplevelse av at man har kontroll i løpet av arbeidsdagen kan være en viktig faktor for påvirkning av hvorvidt man klarer å stå i jobben. Opplevelsen av kontroll har sannsynligvis også en påvirkning for opplevelse av mestring, som er et synonym for resiliens (Borge, 2010, s. 12). Ifølge jobbkrav-ressursmodellen er mestring en viktig ressurs for bedre håndtering av høye krav, utforutsette hendelser og usikkerhet, som man som helsepersonell i sikkerhetspsykiatrien til stadighet kan møte på (Bakker & Demerouti, 2017). Hasida og Kerens (2007) funn viste at opplevd kontroll på arbeidsplassen førte til lavere grad av utmattelse og utbrenthet blant helsepersonell. Til tross for at deres studie var kvantitativ med fokus på sammenheng mellom faktorer som opplevd stress, utbrenthet og tilgang på ressurser og mestringsstrategier, kan funnene fortsatt relateres til dette prosjektet. Spesielt når det kommer til tilgang på ressurser. Denne opplevde kontrollen Hasida og Keren (2007) presenterer kan relateres til hva dette prosjektets deltakere delte om egen kunnskap og faglig forståelse ved psykiske lidelser som gjør at man håndterer utfordrende hendelser bedre. Dette gir en større forståelse for jobben man gjør. Å inneha disse ressursene kan være til hjelp med følelsen av opplevd kontroll, samt mestring. Lakioti et al. (2020) påpeker også mestringsevne (self-efficacy) som en effektiv personlig ressurs i møte med utfordringer og stress på arbeidsplassen.

### **6.2.2 Å ha en mening med arbeidet**

Personlige ressurser kan ha en positiv innvirkning på utvikling av resiliens (Lakioti et al., 2020). Dette er ingen nye funn, og har i stor grad preget tidligere forskning på resiliens (Lerner, 2006; Rutter, 1995). Lakioti et al. (2020) har i den forbindelse funnet at self-efficacy, positive følelser og en følelse av mening med arbeidet har en forebyggende effekt på blant annet utbrenthet. Deres funn er basert på kvantitative undersøkelser hos terapeuter innenfor

mentalt helsearbeid. Denne målgruppen er i stor grad preget av mye av de samme påkjenningene og utfordringene helsepersonell i sikkerhetspsykiatrien utsettes for. Ved vårt prosjekt sa flere av deltakerne at det å kunne se lys i enden av tunnelen og progresjon hos pasientene hadde stor påvirkning på et ønske om å fortsette i jobben. Evnen til å kunne ta til seg disse positive opplevelsene bidro til en følelse av mening med arbeidet, som er sammenfallende med Lakioti et al. (2020) sine funn. Lakioti et al. (2020) fremhever at en følelse av mening med arbeidet er en god indre ressurs, også i sammenheng med utbrenthet. The Kauai Longitudinal Study viste også at individuelle ferdigheter fører til effektiv bruk av evner de besitter som fremmede for utvikling av resiliens, men at denne studien var blant høyrisiko barn (Werner, 1992). På bakgrunn av dette prosjektets metodiske valg gikk vi i dybden og utforsket hva det er som gjør at de ansatte oppnår en følelse av mening med arbeidet de gjør. Dette kan være et positivt bidrag til feltet.

### **6.2.3 Personlig egnethet i arbeid med pasienter med psykiske lidelser**

Personlige ressurser kan bremse den uønskede belastningen som oppstår som følge av høye jobbkraav, i tillegg til å øke motivasjonen for utfordrende jobbkraav (Bakker & Demerouti, 2017). Frajo-Apor et al. (2016) presenterer emosjonell intelligens som en personlig egenskap/ressurs som er betydningsfull for resiliensutvikling hos helsepersonell som jobber med pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Emosjonell intelligens forklares som en evne mennesker har til å takle egne og andres følelser i møte med og ved behandling av pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Studien til Frajo-Apor et al. viser til en korrelasjon mellom emosjonell intelligens og resiliens hos helsepersonell. Vårt prosjektets funn kan vise til lignende resultater, og er også med å bygge opp under det Bakker og Demerouti (2017) sier om at personlige ressurser kan bidra til å minske belastningen som oppstår ved høye jobbkraav. I den forbindelse er det viktig å påpeke at Bakker og Demerouti (2017) snakker om personlige ressurser og jobbkraav på en generell basis i arbeidslivet, men at dette prosjektet setter det i kontekst hos helsepersonell som jobber med pasienter med psykiske lidelser eller i sikkerhetspsykiatrien. Flere av deltakerne frontet det som viktig og nødvendig med medfølelse, tålmodighet og forståelse ovenfor pasientene for å gjøre en god jobb, men også for å håndtere de utfordringene de står ovenfor ved samhandling med pasientene. Disse personlige egenskapene kan relateres til det Frajo-Apor et al. (2016) omtaler som emosjonell intelligens, og kan derfor sannsynligvis også være egenskaper som kan bidra til resiliensutvikling hos helsepersonell. De funn vi har gjort oss viser ikke til noen sikker

sammenheng mellom ressursene deltakerne la frem som positive og viktige å inneha for å klare å stå- og trives i jobben over tid og utvikling av resiliens, men kan tolkes dithen. Spesielt da prosjektets funn kan relateres til andre studier som viser til korrelasjon mellom personlige ressurser og resiliens. Frajo-Apor et al. (2016) og dette prosjektet har til en viss grad sammenfallende funn. Prosjektets funn har til ulikhet fra Frajo-Apor et al. (2016) inkludert et bidrag med kvalitative data som blant annet utdyper hvilke personlige egenskaper helsepersonellet anser som viktige, og hva slags virkning de har.

McCann et al. (2013) sin systematiske gjennomgang er også med å bygge oppunder at personlige egenskaper har en positiv innvirkning på utvikling av resiliens. Deres studie dro blant annet frem personlige faktorer som selvinnsikt, personlighetstype og spiritualitet som fremtredende for utvikling av resiliens. Gjennomgangen presenterer flere profesjoner innen helsetjenester, hvor helsepersonell innenfor psykiske helsetjenester også er inkludert. Personlighetstype og selvinnsikt er faktorer som kan gå innunder hva deltakerne snakket om som «personlig egnethet» når man jobber i psykiatrien, og dette gjør at man kan relatere prosjektets funn til McCann et al. (2013). Resultatene våre viser ikke til ulike personlighetstyper basert på personlighetstester, men gir dybdeinformasjon om ulike situasjoner hvor deltakerne fortalte hvordan de anser det som hensiktsmessig å oppføre seg ovenfor pasientene. Dette baserer seg på en personlig fremtreden, og kan dermed kobles opp mot personlighet. Eksempelvis er dette hvilket tonefall helsepersonell bør prate i og hvilket kroppsspråk man har med tanke på blant annet maktforhold. Betydningen av egnet personlighet og fremtreden er å anse som en positiv ressurs da det kan påvirke i hvilken grad helsepersonell kan unngå ubehagelige og vanskelige opplevelser ved samhandling med pasienter. Personlighet og beherskelse av personlig fremtreden kan ses i sammenheng med Werner (1992) sin studie, hvor individets temperamentskarakteristikker er påvirkende for utvikling av resiliens.

### **6.3 Sosiale ressurser**

Sosiale faktorer og ressurser har gjennom tidligere studier vist seg å være av betydning for at helsepersonell generelt skal bli værende- og tilpasse seg på jobb (Robertson et al., 2016). Våre funn indikerer at sosiale ressurser i stor grad har betydning for ansattes velvære og trivsel i sikkerhetspsykiatrien. Dette ble et gjentakende tema gjennom samtlige fokusgrupper. Funnene indikerer derfor sammenfallende resultater som tidligere forskning på feltet. Hva



som faller innunder begrepet sosiale ressurser bør utdypes nærmere sett opp mot tidligere forskning og teori, og vil bli presentert i det videre.

### 6.3.1 Sosial støtte

Sosial støtte fra både kollegaer og nære pårørende er en fremtredende ressurs som går igjen i flere studier for å undersøke hva som kan fremme resiliens hos helsepersonell (Hasida & Keren, 2007; Ramalisa et al., 2018; Robertson et al., 2016). Hasida og Keren (2007) sin studie viste at høy grad av opplevd kontroll og sosial støtte direkte bidro til mindre utmattelse på jobb, som igjen hadde en positiv innvirkning på lavere grad av utbrenthet blant deltakerne. De gjennomførte en kvantitativ studie, og har i større grad hatt fokus på ressurser som ikke skal føre til utbrenthet. Deres funn gir ikke dybdeinformasjon om hvorfor sosial støtte er viktig for deltakerne, men heller at det er forebyggende mot utbrenthet. Lignende resultater på hvilken effekt sosial støtte har fremkom også ved dette prosjektet. Funnene gir dybdeinformasjon om hva som faller innunder sosial støtte, og hvorfor dette oppleves som en god ressurs. Det har ikke vært fokus på negative faktorer som utbrenthet, sykefravær mm., men kun på hva som oppleves som positivt for deltakerne. Vi fant mer spesifikt hva som går innunder sosial støtte, og hvorfor dette er så viktig for dem. Sosial støtte både med kollegaer, men også nære pårørende var viktig for deltakerne da det åpnet for ventilering og avkobling fra en krevende arbeidsdag. Sammenfallende funn hvor støtteapparat som familie, venner og kolleger er viktig kom også frem ved Ramalisa et al. (2018) sin studie. Mange av deltakerne ved dette prosjektet har sagt at denne kollegastøtten og omsorgen de viser hverandre var avgjørende for at man kommer tilbake på jobb. Lignende resultater kommer ikke frem ved Hasida og Keren (2007) sin studie, da de har et annet metodisk valg og fokus. Det som derimot er sammenfallende, er viktigheten av sosial støtte som ressurs på arbeidsplassen for at helsepersonell skal oppleve motstandsdyktighet. Samtlige av studiene kan trekke tråder til The Kauai Longitudinal Study (Werner, 1992) hvor sosial støtte, derunder omsorg fra foreldre og omsorgspersoner til barn, er en av flere viktige beskyttelsesfaktorer for utvikling av resiliens. Forskningen til Werner er til ulikhet fra dette prosjektet og Hasida og Keren gjort på barn. Den sosioøkologiske modellen vektlegger også sosial støtte som en viktig forutsetning og ressurs for oppnåelse av resiliens (Ungar, 2011). Denne sosiale støtten er et eksempel på hva som kan gå inn under det Rutter (1985) legger frem som beskyttelsesfaktorer. Sosial støtte er også å anse som en sosial jobbressurs som kan bidra til å nå arbeidsmål, men også redusere psykologiske kostnader (Demerouti et al., 2001, s. 501).

### 6.3.2 Teamarbeid

Ansatte som jobber sammen og som har forståelse for hvorfor det er hensiktsmessig ble av flere av deltakerne fremhevet som en positiv og viktig ressurs. Et godt samhold hvor kollegaene har gode relasjoner seg imellom blir også påpekt av Lakioti et al. (2020) som positivt ved møte med utfordringer på arbeidsplassen. Våre funn indikerer at det er rom for å si ifra kollegaer imellom dersom det oppstår uenigheter, og at denne takhøyden er essensiell og positiv. Denne åpenheten blant kollegaene er viktig da de jobber under satte rammer og rutiner for kontinuerlig vurdering av farlige og utfordrende hendelser. Ramalisa et al. (2018) presenterer også teamarbeid som en positiv ressurs blant helsepersonell. Her kommer det i likhet med våre funn frem at et teamarbeid gjør helsepersonell mer stødig i sitt arbeid. Dette prosjektets funn bidrar videre med en utdypning av hva det er med teamarbeid som er så positivt og viktig ved møte med utfordrende opplevelser, som ikke kommer frem i lignende studie som Ramalisa et al. (2018). Deltakerne i dette prosjektet påpekte blant annet at et mangfold med mange ulike kvaliteter hos den enkelte er avgjørende for godt samarbeid. Dette i tillegg til en tydelig arbeidsfordeling hvor alle ansatte vet hva som skal gjøres til enhver tid. Det dreier seg om en rollefordeling hvor ansattes bakgrunn, kompetanse, erfaring og ferdigheter blir satt i system. Disse funnene viser at teamarbeid fremstår som en beskyttelsesfaktor for helsepersonell i sikkerhetspsykiatrien. Funnene er i tråd med det sosioøkologiske rammeverket hvor sosiale forhold har en påvirkning på utviklingen av resiliens. Sett opp mot jobbkrav-ressursmodellen (Demerouti et al., 2001) er bruk av teamarbeid en jobbressurs for å møte jobbkrav, som i prosjektets kontekst er utfordringer på arbeidsplassen.

### 6.3.3 Trygghet og takhøyde

Helsepersonell er godt representert på arbeidsplasser hvor ansatte blir utsatt for utfordrende og tidvis traumatiske opplevelser som en del av deres hverdag (Robertson et al., 2016). Deltakerne opplever til stadighet vold, trusler eller andre utfordringer og opplevelsen av trygghet på jobb er derfor svært viktig. Dette er noe som kom tydelig frem blant flertallet av prosjektets deltakere. De snakket blant annet om viktigheten av tilstedeværelse på arbeidsplassen og god kommunikasjon mellom ansatte. Samsvarende funn finner vi i Bowden et al. (2015) sin kvalitative studie, hvor et av deres gjennomgående temaer var opplevd sikkerhet på jobb. Bowden et al. (2015) studies deltakeres opplevelse av trygghet på jobb har derimot en noe annen innfallsvinkel enn hva dette prosjektets deltakere delte. Deres

opplevelse av trygghet baserte seg på oppfølging og samtaler gjennom tilsyn. Vårt prosjekts deltakere rapporterte at samhold, hvor de ansatte kjenner hverandre godt og stoler på hverandre er viktig for opplevelse av trygghet.

Bowden et al. (2015) påpeker i sin studie at kollegial, uformell samtale på arbeidsplassen er essensiell for et godt arbeidsmiljø, og trekker tråder mellom dette og opplevelsen av trygghet hos ansatte. I dette prosjektet finnes liknende funn, men de er tolket og tematisert annerledes. Vi har valgt å kalle liknende funn en form for takhøyde blant kollegaer, men viktigheten av funnene som gode sosiale ressurser er sammenfallende. Deltakerne opplevde det som viktig å vise raushet og aksept blant kollegaer, og at det skal være lett å ta en uformell prat. Om det så er utblåsning av frustrasjon, positive eller konstruktive tilbakemeldinger. Disse funnene kan i likhet med Bowden et al. (2015) sine resultater også trekkes mot det å utvikle trygge og profesjonelle helsearbeidere.

En viktig sosial egenskap som også kom frem og ble kategorisert under temaet takhøyde var bruk av humor i løpet av arbeidsdagen. Dette prosjektets funn indikerer at bruk av humor er en positiv ressurs for at ansatte i sikkerhetspsykiatrien skal klare å stå i jobben og danne en form for motstandsdyktighet. McCann et al. (2013) viser også til at bruk av humor på arbeidsplassen er fremtredende for utvikling av resiliens. McCann et al. (2013) sin artikkel er til ulikhet en systematisk gjennomgang, som både inkluderer kvantitative og kvalitative studier, med favør kvantitative. Studien gir ikke utdypende informasjon om hva det er med bruk av humor som fungerer som en positiv ressurs for helsepersonell, men kun at den er eksisterende og korrelerende med andre faktorer. Våre funn bidrar med informasjon om at bruk av humor er viktig da det letter på trykket, og at blant annet galgenhumor fungerer som et hjelpemiddel til å kunne stå i de situasjonene og vanskelighetene de stadig møter på jobb. Bruk av humor hos de ansatte i sikkerhetspsykiatrien kan ses på som en form for jobbengasjement som refereres til som en positiv, tilfredsstillende holdning som fører til trivsel og motivasjon (Schaufeli & Bakker, 2004). Jobbengasjement ble inkludert i en revidert utgave av jobbkrav-ressursmodellen for å tilføye et preg av positiv psykologi, og for å fungere som en mekler mellom jobbkrav, helseproblemer, jobbressurser og omsetningsintensjon. I dette prosjektets kontekst kan bruk av humor (jobbressurs) fungere som en mekler mellom utfordrende hendelser på arbeidsplassen (jobbkrav) og dyrking av motstandsdyktighet (omsetningsintensjon) fremfor utvikling av eventuelt sykefravær (helseproblemer). Dette sammenfaller svært godt med et helsefremmende fokus.

## 6.4 Strukturelle ressurser

I litteraturgjennomgangen fremkom det mindre resiliensforskning der de strukturelle ressursene var fremtredende. Dette på tross av hva både Ungar (2012b, s. 17) og Rutter (2012a) hevder er viktige elementer i nyere resiliensforskning, hvor miljømessige forutsetninger har stor påvirkningskraft for utvikling av resiliens. Tidlig i analysen av datamaterialet ble det klart for oss at strukturelle ressurser var svært vesentlig for de ansatte i sikkerhetspsykiatrien. Selv om dette er ressurser de ikke nødvendigvis har direkte mulighet til å påvirke, vil man likevel kunne si at de ansatte har indirekte påvirkningskraft ved for eksempel å ytre sine meninger, være organiserte eller ta tilbudte kurs eller videreutdanninger. Videre eksempler på strukturelle ressurser er lederskap, kunnskapsbygging og god oppfølging av rutiner og prosedyrer på arbeidsplassen. Slik Ungars sosioøkonomiske rammeverk tilsier er de miljømessige prediktorene for utvikling av gode ressurser også fokusert rundt prinsippet om desentralitet (Ungar, 2011). Prinsippet vektlegger samhandling mellom individ og miljø, og hvordan individet benytter seg av hjelpemidler tilgjengelig i sitt respektive miljø. Videre vil vi diskutere funn av ulike strukturelle ressurser og deres betydning i prosjektet.

### 6.4.1 Kunnskap, kompetanse og muligheter

Det er ikke enestående for sikkerhetspsykiatrien at god kunnskap og faglig kompetanse gir et godt grunnlag for utvikling og ressursbygging. Muligheten til å stå trygt i jobben man gjør henger ofte sammen med både egen faglige kompetanse og arbeidstedets fokus på kompetanseheving og kunnskapsdeling. Våre deltakers fokus på kunnskap som en ressurs de bruker for å gi jobben mening, å kunne vite hva som er faglig forventet, og kvalitet på opplæringen som gis er gode byggesteiner på arbeidsplassen. På samme måte viser Ramalisa et al. (2018) at utdanning og opplæring er sterke ressurser for resiliensbygging. Målet for Ramalisas studie var å undersøke gode ressurser for styrking av egenhelse på arbeidsplassen ved et eksplorativt og deskriptivt design. Studien har et større fokus på hvilke ressurser som må til for å unngå stress og utbrenthet i psykisk helsearbeid der ansatte opplever traumatiske og utfordrende hendelser. Med unntak av at det metodiske arbeidet har ulik vinkling, sammenfaller dette prosjektet og studien til Ramalisa et al. (2018) godt. Vårt prosjekt får likevel frem nyansene i de ansattes erfaring av opplevde strukturelle ressurser på en grundigere måte.

Det er verdt å bemerke seg at flere av prosjektets deltakere påpekte spriket i ansattes utdanning og kunnskapsbase. Funn viser derfor til at dette er noe som gir tydelige forskjeller og utfordringer på arbeidsplassen. Selv om dette er ansett som en utfordring og ikke en ressurs anses likevel temaet som viktig for prosjektet. Det eksisterer flere yrker hvor en kan oppleve høy grad av utfordrende og traumatiske hendelser på arbeidsplassen. Disse yrkene krever gjerne også en spesifikk grunnutdanning. I psykiatrien derimot kreves det ingen grunnutdanning for å jobbe som assistent eller miljøarbeider. Det er en stor gruppe ufaglærte ansatte, og disse utgjør en kjernebestanddel av de ansatte i psykiatrien landet over. Dette er ansatte som ofte ikke har noen mulighet til å benytte seg av kurs og utdanningstilbud i regi av arbeidsplassen. Det er likevel forventet at de står i akkurat de samme situasjonene, med akkurat de samme risikofaktorene som en ansatt med lang utdanning og erfaring.

#### **6.4.2 Økonomi, lederskap og utfordringer**

En mestringsorientert ledelse som gir de ansatte fleksibilitet og ansvar, samtidig som de gir klare rammer og er synlige for de ansatte er en stor strukturell ressurs (Lai, 2020). Deltakerne av prosjektet trakk frem ulike lederstiler, og hvilke ressurser og utfordringer som følger disse. Gevaux og Petty (2018) hevder at ledelse er en av de viktigste ressursene for en godt fungerende arbeidsplass. Denne studiens funn samsvarer i stor grad med vårt prosjekt, da de også har fokus på personlige, sosiale og strukturelle ressursers betydning for utvikling av resiliens (Gevaux & Petty, 2018). Deltakerne i dette prosjektet var tydelige på hva de anså som gode ledere, og trakk frem at ledelse som har kunnskap og en tilstedeværelse i avdelingen er svært positivt og en tydelig ressurs. På den måten mente flere av deltakerne at deres leder også gjorde det lettere å oppsøke dem med ømfintlige eller krevende temaer, og deltakerne følte seg sett. Dette typen ledelse virker å være gullstandarden for en god leder-ansatt dynamikk.

Det fremstår fra prosjektets funn som om god oppdekking av ansatte på avdelingen ansees som en ressurs deltakerne setter høyt, og som er nødvendig. Tettheten av ansatte er forhåndsbestemt, samtidig er det flere deltakere som sier de har mulighet til å leie inn ansatte hvis det skulle trengs uten at dette blir et fremtredende problem i avdelingens budsjett. Flere deltakere sa at de vet at dette er ulikt fra andre deler av psykiatrien, og at det trolig er slik fordi sikkerhetspsykiatrien er ansett å ha behov for høyere grad av kontroll og sikkerhet. Kreitzer og Klatt (2017) viser til en økning på 8% rapporterte helseplager hos helsepersonell

som følge av utbrenthet og stress blant annet på bakgrunn av økt arbeidsmengde. Studien konkluderer med behov for økt fokus på ivaretagelse av egen helse og utvikling av resiliens. Kreitzer og Klatts (2017) resultater kan sammenlignes med deltakernes antagelser og erfaringer om psykiatrien generelt. Samt påpeke at våre deltakere anser sitt arbeidssteds tetthet av ansatte på jobb som en ressurs som hjelper de å stå i tøffe tak og med det ivareta egen helse. Vi er oppmerksomme på at dette dog er en ressurs som styres av økonomi, og i det store bildet henger dette sammen med hvor mye penger av det statlige budsjettet som går til psykisk helse. Likevel er det verdt å belyse den delen strukturelle ressurser som de ansatte verdsetter høyt til tross for at dette ikke er noe de direkte kan påvirke.

En annen utfordring flere av fokusgruppene tok opp og som påvirket deres arbeidshverdag, var problemer med rekruttering av ansatte i psykiatrien. Spesielt gjaldt dette ansatte som jobber som ekstrahjelp, har vikarstillinger eller sesongbasert arbeid som sommervikarer. Flere deltakere begrunnet dette med at lønnen ikke veier opp for utfordringene og risikoen ved å jobbe i et slikt felt. I tillegg hevdet enkelte at det fortsatt foreligger et stigma rundt arbeid i psykiatrien. Det kan være gunstig at man i ansettelsesprosesser etterspør de personlige og sosiale ressursene som fremkommer i prosjektet som gode indikatorer for motstandsdyktige ansatte med potensiale til å bli i en krevende arbeidshverdag over tid.

### **6.4.3 Sikkerhet**

Generell sikkerhet som følge av alle de overnevnte ressursene vil i psykiatrien alltid være nedfelt i prosedyrer, rutiner og lovverk på arbeidsstedet. Derfor anses sikkerhet som en overordnet strukturell ressurs som er til stede også uavhengig av andre faktorer på arbeidsplassen. Utarbeidelsen av psykiatriens prosedyrer, regler og rutiner har sin base i lovverk, men er oftest utarbeidet av hvert enkelt foretak, med de fire helseregionene Norge er inndelt i (Helse Nord, Helse Vest, Helse Midt- Norge og Helse Sør-Øst) som base. Prosedyrene for de sikkerhetspsykiatriske avdelingene vil ha enkelte variasjoner etter hvor og hvem som har utviklet de, men de vil også ha flere like elementer.

Prosjektets deltakere hevdet at prosedyrer, regler og rutiner gir de et fundament av grunnleggende trygghet når de er på jobb. I en arbeidsdag hvor utagering og vold er dagligdags er det arbeidsstedets ansvar å sørge for et godt rammeverk og oppfølging slik at prosedyrer og rutiner blir fulgt uten unntak. Dette medfølger at hver enkelt ansatt holder seg

oppdatert. Sikkerheten skapes og vedlikeholdes av total mangel på feil og brudd på nevnte regler og prosedyrer. Kontinuerlig forbedring av både rutiner og prosedyrer er derfor ønskelig og nødvendig. Dette gjennomføres ved tilbakemeldinger fra ansatte, ledelse og kompetansegrupper. Vi kan sammenligne funn fra Bowden om følt sikkerhet på arbeidsplassen, og hvordan dette er en av kjerneressursene for utvikling av resiliens (Bowden et al., 2015). Der Bowdens studie undersøkte både ressurser og utfordringer hvor det ønskelige utfallet var resiliens, ønsket dette prosjektet hovedsakelig deltakernes ressursperspektiv. Vi ser at dette prosjektet går mer i dybden og får frem nyanserte erfaringer fra deltakerne som sier noe om hvorfor de opplever at sikkerhet er en kjerneressurs, og hva denne ressursen betyr både for individet, gruppen og arbeidsplassen. Denne sikkerheten skapes ved at prosedyrer og rutiner følges uten unntak. Deltakerne opplever både akutte og risikofylte hendelser og de har en kronisk forhøyet risiko for volds og psykiske påkjenninger over tid på sin arbeidsplass. Sikkerhetsprosedyrer, rutiner og regler fungerer i så måte som beskyttelsesfaktorer som kan bygge resiliens i møte med utfordrende hendelser (Rutter, 1985).

Selv om både litteraturen som er lagt frem i oppgaven og våre funn peker mot viktighet av gode rutiner for sikkerhet på arbeidsplassen, så hevdet likevel deltakerne at de opplever å ha behov for mer trening i de verktøyene arbeidsstedet pålegger de. Det nye samhandlingsverktøyet MAP (Møte med Aggresjonsproblematikk) oppleves ukjent for flere. Deltakerne hevdet de har fått for lite treningstid med et verktøy som skal hjelpe både de og pasientene til å kjenne seg trygge på jobb. Flere opplever også at det burde vært tydeligere struktur på hvordan de skal gå frem i etterkant av en hendelse. De påpekte at det kan være utfordrende for den som står i en hendelse å selv be om hjelp i form av debriefing eller samtale med ledelse i etterkant. Per Isdal (2017, s. 31–33) hevder i sin bok *'Smittet av vold'* at å legge arbeidet fra seg når man går fra jobb er lettere sagt enn gjort. Mange opplever at å stå i en jobb som innebærer vold mot seg selv eller andre, psykisk ubehag eller andre utfordrende opplevelser påvirker mer enn man tror. Alle disse observasjonene tilsier at man har behov for et ressursfokus, spesielt i psykiatrien. Et fokus på hjelperens helse, og hvordan de personlige, sosiale og strukturelle ressursene arbeidsplassen og individet innehar kan støtte og styrke.

## 6.5 Metodiske betraktninger

Metodiske valg vil naturligvis ha hatt en påvirkning på dette prosjektets utfall. Det er derfor viktig å være klar over hvilken betydning det har hatt for de resultater som har kommet frem. Tidsbegrensning har hatt betydning for antall deltakere i prosjektet. For å gjøre konkrete avgrensninger fant vi det hensiktsmessig å kun forholde oss til regionale sikkerhetsavdelinger i landet. Prosjektet endte opp med totalt fem fokusgrupper ved tre ulike regionale sikkerhetspsykiatriske foretak. Dette gjør at vi ikke kan tale for andre sikkerhetspsykiatriske avdelinger som ikke går innunder de regionale. Til tross for dette har vi data fra vidt forskjellige steder i Norge, med en kombinasjon av kvinner og menn.

Valg av fokusgruppeintervju ble et naturlig og bevisst valg. Det var ønskelig med dynamikken en gruppe kan frembringe. Dette kan ha påvirket i den grad funn på sosiale og strukturelle ressurser er mer fremtredende enn personlige. Individuelle intervjuer ville trolig gitt mer informasjon rundt personlige ressurser, men med individuelle intervjuer ville vi ikke hatt mulighet til å rekke over like mange deltakere og dermed begrenset utvalget. Valg av fokusgruppeintervju har derfor vært strategisk, også fordi tidligere forskning har mye data på personlige ressursers påvirkning av resiliens hos helsepersonell. Alle tre typer ressurser har vært av interesse, men det har vært ønskelig å komme med et bidrag på sosiale og strukturelle ressurser i større grad enn hva som allerede er gjort i litteraturen lagt frem i denne oppgaven. Dette opplever vi at prosjektet har lyktes med.

Vi har ikke hatt noen påvirkningskraft for hvilke deltakere gatekeeperne samlet til deltakelsen av intervjuene. I henhold til Malterud (2012, s. 50) gjorde vi utvalgsriterier kjente og opplevde å få inn deltakere med både varierende bakgrunn, utdanning og erfaring, som alle dekket kriteriene vi hadde satt. Enkelte hadde opptil 20 års fartstid i psykiatrien, noe som er å anse som en styrke på bakgrunn av formålet med prosjektet. Vi var også i utgangspunktet ute etter fokusgrupper med likt antall deltakere i hver gruppe, noe som også ble etterspurt i begynnelsen av rekrutteringen. Dette lot seg ikke gjennomføre. Ved mer tid kunne man jobbet mer for nøyaktig likhet i antall deltakere per gruppe, men dette var i prosjektets tilfelle ikke mulig. Samtlige fokusgruppeintervjuer hadde deltakere som enten var på jobb og ble hentet ut i arbeidstid, eller som var på vei av eller på vakt. Det ble derfor utfordrende å få nøyaktig det antall deltakere som var ønsket i praksis grunnet en dynamisk og raskt endret arbeidshverdag for de ansatte. Dette førte til at to av intervjuene endte med tre deltakere. Dette kan ha endret gruppedynamikken noe, men det var ikke noe vi opplevde som negativt for selve



intervjuprosessen. Det er likevel mulig at dette metodiske valget har påvirket funnene. Et av intervjuene måtte også gjennomføres digitalt grunnet korona. Dette gir en ulik gjennomføring av intervjuprosessen. Den samme intervjuguiden ble likevel brukt, og vi opplevde ikke at mangel på fysisk oppmøte påvirket dynamikken utover det tekniske aspektet.

Vi oppdaget raskt at den noe formelle stemningen på begynnelsen av intervjuet løsnet dersom vi fortalte litt mer om oss selv og hva vi jobbet med. Vi var bevisste på at dette kunne påvirke intervjusituasjonen da deltakerne kunne henvende seg til oss for bekreftelse og forståelse av situasjoner de har stått i, og ressurser de har for å mestre arbeidsdagen. Likevel opplevde begge denne informasjonsutvekslingen som særlig positiv. Vi opplevde at samtalen fløt lettere da deltakerne gjerne følte mindre behov for å skjerme eller begrense muntlig språk og forklaring av situasjoner. Vi var likevel oppmerksomme på det Malterud kaller etterlevelse og identifikasjon. Med det menes at ved å la deltakerne bli kjent med oss som intervjuere ønsket vi å skape tillit mellom oss og gruppen. Det kan medføre at enkelte deltakere vil komme med synspunkter de tror moderatorene ønsker å høre, eller plassere oss i samme båt ved bruk av forklaringsbegreper som 'vi' og derav inkludere moderator som en del av historien (Malterud, 2012, s. 86–87).

Dersom intervjuer er gjennomført riktig i henhold til prosjektets agenda med rett bruk av både empati og forståelse, kan deltakerne i etterkant gjerne sitte igjen med en god opplevelse (Green & Thorogood, 2018, s. 93-94). I etterkant av intervjuene opplevde vi ved flere tilfeller at deltakere kom bort til oss og sa de hadde satt pris på å ha fått være med. De begrunnet dette med at de hadde hatt utbytte av å finne de positive aspektene og ressursene på arbeidsplassen sin. Andre sa det hadde vært en god arena for å lufte både frustrasjon og positivitet og at de hadde fått ny innsikt i temaer vi hadde vært gjennom.

## **6.6 Ressurser og helsefremmende arbeid i psykiatrien**

I sammenheng med WHO's konseptualisering av helse kom også påstanden om at samtlige mennesker skal ha krav og tilgang på grunnleggende ressurser for utvikling og ivaretagelse av helse (Korin, 2016). Denne helsefremmende tilnærmingen og dens fokus på ressurser sammenfaller i stor grad med resiliens-teorien, som inkluderer ressursfullhet i flere definisjoner (Sameroff & Rosenblum, 2006). Fokuset på viktigheten av ressurser, og ikke minst tilgjengelighet av riktige ressurser i ulike kontekster har til dags dato preget en mengde

forskning og litteratur som har blitt gjort rede for gjennom denne oppgaven. Ikke minst har det preget dette prosjektet, hvor hovedfokus har vært tilgjengelige ressurser hos helsepersonell i sikkerhetspsykiatrien. Dette viser at WHO's konseptualisering av helse tydelig har satt preg på samfunnet og ulike forskningsarenaer. Dette i tillegg til den påvirkningen Ottawa-charteret har hatt som fokus på helsefremmende arbeid, og hvilke strategier som burde ligge til grunn for et samfunn hvor målet er å fremme folkehelsen. Gjennom både litteratur og teori har det kommet frem at ressurser i ulik form kan ha positiv effekt på menneskers opplevelse av trivsel og i noen kontekster resiliens. I den sammenheng kan det derfor være vanskelig å si nøyaktig hvilken type ressurs som er å anse som den beste eller viktigste. Likevel er det enkelte ressurser som gjennomsyrrer dette prosjektet mer enn andre. Sikkerhet var et gjengangertema hos prosjektets deltakere. Dette vises i nesten alle ressurser lagt frem i resultat og diskusjonskapitlene. For de personlige ressursene handlet dette om den personlige egnetheten det hevdes er nødvendig å inneha. Ved de sosiale ressursene handlet det om samarbeid og støtte for å kunne føle seg trygg på jobb. For strukturelle ressurser var fokuset på prosedyrer, rammer og regelverk i hverdagen.

Samtidig er det gunstig å ha en forståelse for at de sosiale, personlig og strukturelle ressursene er dynamiske. Sosiale ressurser kan påvirkes direkte av de personlig og strukturelle. Gode personlige og strukturelle ressurser kan gi større grunnlag for godt sosialt samhold på arbeidsplassen. Strukturelle ressurser påvirkes oftere av ytre faktorer, og det kan være vanskelig for individet å ha direkte påvirkningskraft. Det kommer likevel tydelig frem i dette prosjektet at de strukturelle ressursene har innvirkning på både de personlige og sosiale ressursene på arbeidsplassen.

## **6.7 Implikasjoner for videre forskning**

Med unntak av en avdeling har prosjektet lyktes med å rekruttere tre av fire regionale sikkerhetspsykiatriavdelinger. Deltakerne er fordelt over hele landet. Dette er en klar styrke for prosjektet, da funnene viser til like opplevelser og erfaringer fra ulike arbeidsteder både geografisk og kulturelt. Likheten gir antydninger til en overførbarhet for mange av funnene, og gir tro på at prosjektet forhåpentligvis kan være med å åpne for en samtale om ressursfokus i det helsefremmende arbeidet i norsk psykiatri, og i helse- og sosial sektor. Det kunne videre vært interessant om lignende studier også ble gjennomført på andre sikkerhetspsykiatriavdelinger over hele landet, ikke kun de regionale. Dette for å fange opp

om det foreligger noen forskjeller mellom avdelingene, og om det fremkommer andre ressurser vi ikke har fanget opp. I tillegg ville det vært interessant å inkludere akuttposter, døgnenheter og andre lignende psykiatriske enheter. Litteratur og egne erfaringer gir inntrykk av at det foreligger mange av de samme utfordringene i løpet av arbeidsdagen på disse avdelingene/enhetene.

Vi har hele veien vært interessert i å se hvilke ressurser helsepersonell i sikkerhetspsykiatrien har tilgjengelig og anser som positive i møte med utfordringer og tidvis traumatiske hendelser på arbeidsplassen, satt i lys av resiliensteorien. De funn vi har gjort oss gjennom fokusgruppeintervjuer med helsepersonell har gitt dybdeinformasjon om hvilke ressurser personell som er i arbeid anser som hensiktsmessige og gunstige. Derimot viser de ikke til noen direkte sammenheng eller korrelasjon på hvilken effekt det har på utvikling av resiliens. Vi kan ikke basert på funnene med sikkerhet si at disse ressursene vil være positive for utvikling av resiliens. Det ville derfor være interessant med videre forskning som tar utgangspunkt i å undersøke sammenhengen mellom noen av ressursene som har kommet frem gjennom studien vi har gjennomført, og om de korrelerer med resiliensutvikling. Dette kan for videre studier muligens kreve en kombinert metode.

## 7. Oppsummering og veien videre

Formålet med prosjektet var å undersøke hvilke ressurser helsepersonell i sikkerhetspsykiatrien har tilgjengelig og anser som positive gitt møte med utfordringer på arbeidsplassen. Forskning tilsier at det har blitt et økende fokus på hvilken betydning ressurser har for ivaretagelse av egen helse og utvikling av resiliens i møte av utfordringer på arbeidsplassen. Dette viser til et helsefremmende fokus innenfor ulike profesjoner i helsesektoren i tillegg til et fokusskifte fra det patogene til et mer salutogent og helsefremmende syn.

Prosjektet er med å bygge opp under hva tidligere forskning sier om ressursers betydning hos helsepersonell i møte med utfordringer på arbeidsplassen. Funnene er også i tråd med det teoretiske rammeverket vi har bygd prosjektet på. I tillegg bidrar prosjektet med kunnskap i en norsk kontekst, som vi opplevde som manglende basert på de litteratursøk vi har gjennomført. Sosiale og strukturelle ressurser kommer til en viss grad tydeligere frem som viktige for deltakerne enn hva personlige ressurser gjorde, når det kom til møtet med utfordringer på arbeidsplassen. Dette er noe avvikende fra tidligere studier, som har hatt et større fokus på personlige ressurser. Dette til tross for at flere av studiene også har valgt å inkludere sosiale og strukturelle ressurser. Det kan tenkes at det metodiske valget av gruppeintervju fremfor individuelle intervjuer kan ha hatt en stor påvirkning på hvordan resultatene har utformet seg. Prosjektet har gode bidrag når det kommer til hvilke ressurser helsepersonell selv anser som gunstige i møte med utfordringer på arbeidsplassen, og ikke minst hvorfor disse ressursene er positive. Utfordringer rundt mangel på ressurser var også noe som dukket opp blant funnene, og var såpass fremtredende at de ikke kunne la seg ignoreres. Dette til tross for at dette ikke var prosjektets fokus. Videre forskning på feltet, gjerne i form av å undersøke om ressursene som har preget dette prosjektets resultater direkte har en sammenheng med utvikling av resiliens, kan både være hensiktsmessig og av interesse.

### Referanser

- Andoh-Arthur, J. (2019). *Gatekeepers in Qualitative Research*.  
<https://doi.org/10.4135/9781526421036854377>
- Angelopoulou, P., & Panagopoulou, E. (2020). Is wellbeing at work related to professional recognition: A pilot intervention. *Psychology, Health & Medicine*, 25(8), 950–957.  
<https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1707239>
- Anker, T. (2020). *Analyse i praksis—En håndbok for masterstudenter* (1. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11(1), 11–18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: An analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*, 3(1), 385–405. <https://doi.org/10.1177/146879410100100307>
- Ayling, J. (2009). Criminal organizations and resilience. *International Journal of Law, Crime and Justice*, 37(4), 182–196. <https://doi.org/10.1016/j.ijlcj.2009.10.003>
- Bakker, A. B., & Costa, P. L. (2014). Chronic job burnout and daily functioning: A theoretical analysis. *Burnout Research*, 1, 112–119.  
<https://doi.org/10.1016/j.burn.2014.04.003>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328.  
<https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job Demands–Resources Theory: Taking Stock and Looking Forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273–285.  
<https://doi.org/10.1037/ocp0000056>
- Bernabe, M., & Botia, J. M. (2016). Resilience as a mediator in emotional social support's relationship with occupational psychology health in firefighters. *Journal of Health*

- Psychology*, 21(8), 1778–1786. <https://doi.org/10.1177/1359105314566258>
- Borge, A. I. H. (2010). *Resiliens—Risiko og sunn utvikling* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Bowden, G. E., Smith, J. C., Parker, P. A., & Boxall, M. J. (2015). Working on the Edge: Stresses and Rewards of Work in a Front-line Mental Health Service. *Clin Psychol Psychother*, 22(6), 488–501. <https://doi.org/10.1002/cpp.1912>
- Chen, S., Westman, M., & Hobfoll, S. E. (2015). The Commerce and Crossover of Resources: Resource Conservation in the Service of Resilience. *Stress and health*, 31(2), 95–105. <https://doi.org/10.1002/smi.2574>
- Cleary, M., Kornhaber, R., Thapa, D. K., Weat, S., & Visentin, D. (2018). The effectiveness of interventions to improve resilience among health professionals: A systematic review. *Nurse education today*, 71, 247–263. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.10.002>
- Cozby, P. C., & Bates, S. C. (2015). *Methods in Behavioral Research* (12. utg.). McGraw-Hill Education.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design—Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods* (4. utg.). SAGE Publications.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches* (5. utg.). SAGE Publications, Inc.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The Job Demands-Resources Model of Burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499–512.

<https://doi.org/10.1037//0021-9010.86.3.499>

Egeland, B., Carlson, E., & Sroufe, L. A. (1993). Resilience as process. *Development and Psychopathology*, 5(4), 517–528. <https://doi.org/10.1017/S0954579400006131>

Espnes, G. A., & Smedslund, G. (2017). *Helsepsykologi* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.

Fothergill, A., Edwards, D., & Burnard, P. (2004). Stress, Burnout, Coping and Stress Management in Psychiatrists: Findings from a Systematic Review. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(1), 54–65.

<https://doi.org/10.1177/0020764004040953>

Frajo-Apor, B., Pardeller, S., Kemmler, G., & Hofer, A. (2016). Emotional Intelligence and resilience in mental health professionals caring for patients with serious mental illness. *Psychol Health Med.*, 21(6), 755–761.

<https://doi.org/10.1080/13548506.2015.1120325>

Gevaux, N. S., & Petty, S. (2018). Maximising resilience resources for mental healthcare staff. *Mental Health Review Journal*, 23(1), 37–53.

<https://doi.org/10.1108/MHRJ-10-2016-0020>

Goldstein, S., & Brooks, R. B. (2013). Why Study Resilience? I S. Goldstein & R. B. Brooks (Red.), *Handbook of Resilience in Children* (2. utg.). Springer.

Green, Jackie, Tones, K., Cross, R., & Woodall, J. (2015). *Health Promotion: Planning & Strategies* (3. utg.). SAGE Publications, Inc.

Green, Judith, & Thorogood, N. (2018). *Qualitative Methods for Health Research* (4. utg.). SAGE Publications.

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation* (1. utg.). SAGE.

Hanson, A. (2012). *Saltugent lederskap—For helse og framgang*. Fortbildning AB.

Hart, P. L., Brannan, J. D., & De Chesnay, M. (2014). Resilience in nurses: An integrative review. *Journal of Nursing Managemen*, 22, 720–734.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01485.x>

Hasida, B.-Z., & Keren, M. (2007). Burnout, Social Support, and Coping at Work Among Social Workers, Psychologists, and Nurses—The Role of Challenge/Control Appraisals. *Social Work in Health Care*, 45(4), 63–82.

[https://doi.org/10.1300/J010v45n04\\_04](https://doi.org/10.1300/J010v45n04_04)

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). lovdata.no. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsedirektoratet. (u.å.). *Helsepersonellregisteret: Autorisasjonsstatus og HPR-nummer for helsepersonell*. <https://register.helsedirektoratet.no/hpr>

Isdal, P. (2017). *Smittet av vold: Om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelperyrkene* (1. utg.). Fagbokforlaget.

Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Abstrakt forlag AS.

Johnson, S., Wood, S., Paul, M., Osborn, D. P., Wearn, E., Lloyd-Evans, B., Totman, J., Araya, R., Burton, E., Sheehan, B., & Hundt, G. (2011). *Inpatient mental health staff morale: A national investigation. Final report*. (s. 1–283).

[http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO\\_FR\\_08-1604-142\\_V01.pdf](http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1604-142_V01.pdf)

Kirkehei, I., & Ormstad, S. S. (2013). Litteratursøk. *Norsk Epidemiologi*, 23(2), 141–154.

<https://doi.org/10.5324/nje.v23i2.1635>

Korin, M. R. (2016). Introduction: What Is Health Promotion for Children and Adolescents? I M. R. Korin (Red.), *Health Promotion for Children and Adolescents* (1. utg.). Springer.

Kreitzer, M. J., & Klatt, M. (2017). Educational innovations to foster resilience in the health professions. *Medical Teacher*, 39(2), 153–159.



<https://doi.org/10.1080/0142159X.2016.1248917>

- Kristiansen, M. (2020). Nedskjæringer fører til kasteballsystem. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(2), 133–134.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Lai, L. (2020). *10-faktor undersøkelsen—En innføring i de ti faktorene* (s. 1–27) [Veileder]. Handelshøyskolen BI. [https://10faktor.no/sites/default/files/2020-04/10-FAKTOR%20-%20Innf%C3%B8ring%20i%20de%20ti%20faktorene%20-%20endelig\\_%20%28002%29.pdf?fbclid=IwAR2x01yYExaVMygO5p297GvD5QSk0yjsk8qu0uZW9qNi3A3ZXRCtknTf7ug](https://10faktor.no/sites/default/files/2020-04/10-FAKTOR%20-%20Innf%C3%B8ring%20i%20de%20ti%20faktorene%20-%20endelig_%20%28002%29.pdf?fbclid=IwAR2x01yYExaVMygO5p297GvD5QSk0yjsk8qu0uZW9qNi3A3ZXRCtknTf7ug)
- Lakioti, A., Stalikas, A., & Pezirkianidis. (2020). The Role of Personal, Professional, and Psychological Factors in Therapists' Resilience. *Professional Psychology: Research and Practice*, 51(6), 560–570. <https://doi.org/10.1037/pro0000306>
- Lerner, R. M. (2006). Resilience as an Attribute of the Developmental system: Comments on the Papers of Professors Masten & Wachs. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 40–51. <https://doi.org/10.1196/annals.1376.005>
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese: Helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Gyldendal Akademisk.
- Lipsitt, L. P., & Demick, J. (2012). Theory and Measurement of Resilience: Views from Development. I M. Ungar (Red.), *The Social Ecology of Resilience—A Handbook of Theory and Practice* (1. utg., s. 43–52). Springer.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71(3), 543–563. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines. *Qualitative*

- Research Series*, 385(1), 483–488.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforl.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary Magic: Resilience Processes in Development. *American Psychologist*, 56(3), 227–238. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227>
- Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (2008). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2(4), 425–444. <https://doi.org/10.1017/S0954579400005812>
- Matarazzo, J. D. (1980). *Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology*. 35(9), 807–817. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.9.807>
- McCann, C. M., Beddoe, E., McCormick, K., Huggard, P., Kedge, S., Adamson, C., & Huggard, J. (2013). Resilience in the health professions: A review of recent literature. *International Journal of Wellbeing*, 3(1), 60–81. <https://doi.org/10.5502/ijw.v3i1.4>
- Meld. St. 19 (2018–2019). (2019). *Folkehelsemeldinga—Gode liv i eit trygt samfunn*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/sec1?fbclid=IwAR3U48jUWYRHTwjl-vFlhwNXIU1fg1IqAyRjpXv8NCQyMD315Ys0pwmyqh4>
- Panter-Brick, C., & Eggerman, M. (2012). Understanding Culture, Resilience, and Mental Health: The Production of Hope. I M. Ungar (Red.), *The Sosial Ecology of Resilience* (1. utg., s. 369–386). Springer.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). lovdata.no. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)
- Persvold, A. Z. (2020, juli 18). *Ressurs*. snl. <https://snl.no/ressurs>
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*

(LOV-1999-07-02-62). lovdata.no. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>

Ramalisa, R. J., Plessis, E. D., & Koen, M. P. (2018). Increasing coping and strengthening resilience in nurses providing mental health care: Empirical qualitative research.

*Health SA Gesondheid*, 23(1), 1–9. <https://doi.org/10.4102/hsag.v23i0.1094>

Robertson, H. D., Elliott, A. M., Burton, C., Iversen, L., Murchie, P., Porteous, T., & Matheson, C. (2016). Resilience of primary healthcare professionals: A systematic review. *British Journal of General Practice*, 66(647), e423–e433.

<https://doi.org/10.3399/bjgp16X685261>

Rutter, M. (1985). Resilience in the Fase of Adversity: Protective Factors and Resistance to Psychiatrick Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147(6), 598–611.

<https://doi.org/10.1192/bjp.147.6.598>

Rutter, M. (1987). Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316–331. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>

Rutter, M. (1995). Psychosocial Adversity: Risk, Resilience & Recovery. *Southern African Journal for Child & Adolescent Psychiatry & Allied Profession*, 7(2), 75–88.

<https://doi.org/10.1080/16826108.1995.9632442>

Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. *Child Abuse & Neglect*, 31(3), 205–209. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.02.001>

Rutter, M. (2012a). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24(2), 335–344. <https://doi.org/10.1017/S0954579412000028>

Rutter, M. (2012b). Resilience: Causal Pathways and Social Ecology. I M. Ungar (Red.), *The Social Ecology of Resilience—A Handbook of Theory and Practice* (1. utg., s. 33–42). Springer.

Sameroff, A. J., & Rosenblum, K. L. (2006). Psychosocial Constraints on the Development of

- Resilience. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 116–124.  
<https://doi.org/10.1196/annals.1376.010>
- Sanderson, B., & Brewer, M. (2017). What do we know about student resilience in health professional education? A scoping review of the literature. *Nurse Education Today*, 58(1), 65–71. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.07.018>
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293–315.  
<https://doi.org/10.1002/job.248>
- Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2014). A Critical Review of the Job Demands-Resources Model: Implications for Improving Work and Health. I G. F. Bauer & O. Hämmig (Red.), *Bridging Occupational, Organizational and Public Health—A Transdisciplinary Approach* (1. utg., s. 43–68). Springer.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Sifer. (2019). *Sikkerhetspsykiatri i Norge 2019—En statusrapport* (s. 1–38).  
[https://sifer.no/wp-content/uploads/2020/11/Sikkerhetspsykiatri-i-Norge-2019.-En-statusrapport.-PDF.-ISBN-978-82-692218-0-0-2\\_-nf.pdf?fbclid=IwAR2HjBPZ7z6dfDuR3E7sRtcQX2HPxpWOVDY7aMo1syTZ9kHrQ\\_4642GjRYE](https://sifer.no/wp-content/uploads/2020/11/Sikkerhetspsykiatri-i-Norge-2019.-En-statusrapport.-PDF.-ISBN-978-82-692218-0-0-2_-nf.pdf?fbclid=IwAR2HjBPZ7z6dfDuR3E7sRtcQX2HPxpWOVDY7aMo1syTZ9kHrQ_4642GjRYE)
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). lovdata.no. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- SSB. (2021). *Sykefravær*. <https://www.ssb.no/sykefratot/>
- Stami. (2016). *Årsrapport 2016* (s. 1–50). Statens Arbeidsmiljøinstitutt.  
<https://stami.no/content/uploads/2017/03/STAMI-a%CC%8Aarsrapport-2016-nett.pdf>
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse—En innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Fagbokforlaget.

- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag* (5. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Thornquist, E. (2015). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag* (6. utg.). Fagbokforlaget.
- Torp, S. (2013). Hva er helsefremmende arbeidsplasser – og hvordan skapes det? *Socialmedicinsk Tidsskrift*, 90(6), 768–779.
- Ungar, M. (2011). The Social Ecology of Resilience: Addressing Contextual and Cultural Ambiguity of a Nascent Construct. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(1), 1–17.  
<https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01067.x>
- Ungar, M. (2012a). Introduction to the Volume. I M. Ungar (Red.), *The Social Ecology of Resilience—A Handbook of Theory and Practice* (1. utg., s. 1–9). Springer.
- Ungar, M. (2012b). Social Ecologies and Their Contribution to Resilience. I *The Social Ecology of Resilience—A Handbook of Theory and Practice* (1. utg., s. 13–31). Springer.
- Ungar, M. (2015). Practitioner Review: Diagnosing childhood resilience – a systemic approach to the diagnosis of adaptation in adverse social and physical ecologies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(1), 4–17.  
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12306>
- Ward, L., & Gwinner, K. (2015). Have you got what it takes? Nursing in a Psychiatric Intensive Care Unit. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 10(2), 1001–1116. <https://doi.org/10.1108/JMHTEP-08-2014-0021>
- Werner, E. E. (1992). *The children of Kauai: Resiliency and recovery in adolescence and adulthood*. 13(4), 262–268. [https://doi.org/10.1016/1054-139X\(92\)90157-7](https://doi.org/10.1016/1054-139X(92)90157-7)
- Werner, E. E. (2005). Resilience and Recovery: Findings from the Kauai Longitudinal Study. *Research, Policy, and Practice in Children's Mental Health*, 19(1), 11–14.

- WHO. (1948). *Constitution of WHO: principles*. <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>
- WHO. (1986a). *Ottawa Charter for Health Promotion*.  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf)
- WHO. (1986b). *The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986*.  
<https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>
- Wibeck, V. (2011). Med fokus på interaksjon—Om å fange opp samspillet mellom deltakere, ideer og argumenter i fokusgruppeindivider. I A.-M. Sellerberg (Red.), *Mange ulike metoder* (1. utg.). Gyldendal Akademisk.
- World Health Organization. (2016). *Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development* (Nr. 9).  
[https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1&fbclid=IwAR2tecd01\\_iQa6SQANTS3q0-dAkpWOaov-bCjUIQerFypAQqwE78517XHKM](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1&fbclid=IwAR2tecd01_iQa6SQANTS3q0-dAkpWOaov-bCjUIQerFypAQqwE78517XHKM)

## Vedlegg 1. Godkjenning NSD

24.3.2021

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

## NSD sin vurdering

### Prosjekttittel

Utvikling av motstandskraft i møte med utfordrende opplevelser hos helsepersonell i psykiatrien

### Referansenummer

407450

**Registrert** 11.08.2020 av Siri Munthe-Kaas -

Siri.Munthe-Kaas@student.uib.no

### Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Bergen / Det psykologiske fakultet / Hemil-senteret

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

Fungisai Puleng Gwanzura Ottemöller, Fungi.Ottemoller@uib.no, tlf: 55583134

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Siri Munthe-Kaas, Siri.Munthe-Kaas@student.uib.no, tlf: 99327025

### Prosjektperiode

24.08.2020 - 30.06.2021

### Status

26.08.2020 - Vurdert

### Vurdering (1)

---

26.08.2020 - 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 26.08.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. 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://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.

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5f1fd936-198f-423e-a3ec-1721164e490a>  
24.3.2021

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

1/2

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.06.2021.

#### 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 nr. 11 og art. 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 uttrykkelige samtykke, jf.

personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

#### 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 ogsamtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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



12.1 og art. 13.

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

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD:  
Elizabeth Blomstervik Tlf.  
Personverntjenester: 55 58 21 17  
(tast 1)

## Vedlegg 2. Informasjonsskriv og samtykkeskjema

### Vil du delta i forskningsprosjektet

#### *‘Utvikling av motstandskraft i møte med utfordrende opplevelser hos helsepersonell i psykiatrien’*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvilke ressurser du og dine kollegaer har tilgjengelig og tar i bruk etter møte med vanskelige/utfordrende opplevelser i løpet av din arbeidsdag. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Som følge av at det finnes flere arbeidsgrupper i dagens samfunn, spesielt hos helsepersonell, som daglig utsettes for store påkjenninger og belastninger i løpet av arbeidsdagen, ønsker vi å undersøke hvordan dere klare å håndtere disse. Vårt formål er å undersøke hvilke ressurser dere har tilgjengelig og hvorvidt dere tar disse i bruk, for å komme dere best mulig etter møte med vanskelige opplevelser. Vi vil finne ut hvilke beskyttelsesfaktorer som eksisterer slik at dere utvikler motstandskraft, og fortsetter å gå tilbake til en krevende arbeidsdag. Vi ønsker derfor å gjennomføre flere fokusgruppeintervjuer med 4-6 deltakere for å få til en samtale vedrørende dette temaet. Problemstillingen vi ønsker å analysere er følgende: «Hva hjelper helsepersonell å mestre motgang i stadig møte med traumatiske opplevelser og risikofylte hendelser på arbeidsplassen?». Vi vil også ha fokus på hvilke personlige egenskaper som er påfallende hos helsepersonell med god helse, til tross for jevnlig møter med utfordrende episoder/risiko. Samt vil vi undersøke om det finnes systemiske eller samfunnsstrukturelle tilbud/tiltak og hvorvidt organisasjonskultur spiller inn.

Forskningsprosjektet vårt er bundet opp til vår masteroppgave i «Helsefremmende Arbeid og Helsepsykologi», og opplysningene vi samler inn vil kun bli brukt til dette formålet.

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

Universitetet i Bergen, derunder HEMIL-senteret.

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

Da det er tydelig hvilke grupper og individer i samfunnet vi ønsker å undersøke er ikke denne henvendelsen basert på tilfeldighet. Vi ønsker å komme i kontakt med mennesker som har vært i jobben i over 1 år og har en stillingsprosent på 50 % eller over. Vi ønsker å finne ut hva som gjør at vedkomne trives/ønsker å komme tilbake på jobb, til tross for stadige utfordrende opplevelser. Vi ønsker opp imot seks fokusgrupper med 4-6 deltakere per gruppe. Antall henvendelser vil derfra basere seg på dette.

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

Vi ønsker som sagt å gjennomføre fokusgruppeintervjuer på 4-6 deltakere som vil ha varighet på maks 90 minutter. Gitt samtykke fra samtlige deltakere vil samtale bli tatt opp med en diktafon (Sony ICD-BX140) samt at vi vil ta notater underveis, slik at vi ikke mister viktig og relevant informasjon fra dere. All innsamlet data vil bli oppbevart på UiBs sikre server i henhold til personvern. Fokusgruppeintervjuene vil følge en semistrukturert intervjuguide, med hovedtemaer som «utfordrende oppgaver/opplevelser på jobb, tilgjengelige og bruk av ressurser, organisasjonskultur og samhold mm.» i et helsefremmende perspektiv.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Du som deltaker har også innsyn i de opplysningene som blir samlet inn vedrørende deg. Hvis du i etterkant av intervju lurer på noe, kan du kontakte oss per telefon eller mail.

### **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 vil kun være veileder og forskningsansvarlige (to studenter) som vil ha tilgang på opplysningene og informasjonen vi henter inn. For å opprettholde anonymitet gjennom hele intervjuet vil vi tildele dere hvert deres nummer, slik at vi kan henvende oss via dette fremfor navn. Ved oppbevaring av kontaktopplysninger vil også navnet deres bli kodet om til deres tildelte nummer. Vi vil også praktisere dette ved transkribering av intervjuene. Fremfor navn vil dere få deltakernummer som 101, 102, 103 osv. Eventuelle andre skriv med sensitive opplysninger vil bli lagret adskilt fra øvrige data på egen forskningsserver som vil være innlåst.

I oppgaven vil vi som forklart ikke bruke navn. Det vil heller ikke komme frem hvilken avdeling vi har hentet inn informasjon fra. Det vil derimot komme frem hvilken arbeidsgruppe vi har intervjuet, som vil bli omtalt som regional sikkerhetspsykiatri. Dette vil si at dere ikke vil gjenkjennes på individ- eller gruppenivå.

For å sikre personvern ovenfor kollegaer og pasienter vil vi i forkant minne om viktigheten rundt taushetsplikt dere som informanter har ovenfor pasienter. I tillegg ønsker vi at kollegaer skal ikke omtales ved navn, og helst på et gruppenivå, slik at kollegaer heller ikke kan identifiseres.

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

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er mai 2021. Personopplysning og alle opptak ved prosjektslutt vil bli slettet fra alle enheter de har blitt lagret på.

### **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Bergen, HEMIL-senteret, 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:

- Universitetet i Bergen ved Fungisai Puleng Gwanzura Ottemöller per mail: [Fungi.Ottemoller@uib.no](mailto:Fungi.Ottemoller@uib.no)
- Ane Johansen Heggernes og Siri Munthe-Kaas, [Ane.Heggernes@student.uib.no](mailto:Ane.Heggernes@student.uib.no) og [Siri.Munthe-Kaas@student.uib.no](mailto:Siri.Munthe-Kaas@student.uib.no)
- Vårt personvernombud: Janecke Helene Veim, [personvernombud@uib.no](mailto:personvernombud@uib.no)

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

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personvertjenester@nsd.no](mailto:personvertjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

*Prosjektansvarlig*

Fungisai Puleng Gwanzura Ottemöller

*Studenter*

Ane Johansen Heggernes og Siri Munthe-Kaas

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet 'Utvikling av motstandskraft i møte med utfordrende opplevelser hos helsepersonell i psykiatrien', og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppe intervju
- at all innsamlet informasjon vil kunne brukes i masteroppgaven

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

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3. Intervjugudie

### Intervjuguide

#### Bakgrunn/ rammesetting

- Uformell samtale, forklare bakgrunn og formål med intervjuet. Få frem vårt fokus på ressurser, i en helsefremmende tilnærming. Forklare hva vi legger bak dette på en folkelig måte
- Dele ut og få underskrift på samtykke
- Fortelle kort om oss selv
- Si at vi er ute etter en samtale mellom «deltakerne» og at vi helst kun skal fungere som en moderator
- Hver deltaker sier sitt tildelte nummer og en eksempelsetning 'nå er det snart jul'

#### Hoveddel

Temaer som vil gjennomgås:

##### Generelt

1. Beskriv en typisk arbeidsdag, hva verdsettes? (i løpet av en dag/hos kollegaer/ etc.)
  2. Utfordrende oppgaver/vanskelige hendelser på arbeidsplassen. Hva gjør man for å håndtere disse? Hva er viktig? Eksempler på en slik utagering/situasjon. Hva føler, gjør, sier, etc.
  3. Rutiner før, under og etter utageringer/utfordrende hendelser
- Personlige ressurser
4. Positive individuelle egenskaper å ha på en slik arbeidsplass?
  5. Hva gjør at du ønsker å fortsette i en slik jobb, hva hjelper deg å fortsette?
  6. Hvordan ivaretar du egne behov?
- Sosiale ressurser
7. Organisasjonskultur og samhold
  8. Tilgjengelighet og bruk av sosiale ressurser på arbeidsplassen.
  9. Egenskaper som gir samhold på deres arbeidsplass.
  10. Opplever du trygghet på jobb? Isåfall, hva bidrar til at du opplever trygghet på jobben?
- Strukturelle ressurser
11. Hvilke tiltak ville du hatt på en arbeidsplass for å sikre robuste medarbeidere?

12. Finnes det tilgjengelige eksterne/interne ressurser på arbeidsplassen i etterkant av møte med risikofylte opplevelser på din arbeidsplass? I så tilfelle, hvilke?
13. Har dere en tillitsvalgt, og hvilke oppgaver har vedkomne?

**Avsluttende**

- Er det noe du ønsker å tilføye som du føler vi har glemt å spørre om, eller noe du ønsker å legge til? Oppsummering av intervjuet