

MASTEROPPGAVE

Emnekode: HEL5007
Master i helsevitenskap

Navn: Unni Lefdal Hove
Veileder: Kristin Berre Ørjasæter

"Det er liksom synk eller svøm, og så må du bare velge"

En kvalitativ studie om sykepleieres opplevelse av arbeidshagens
betydning for egen psykisk helse

Dato: 14.05.24

Totalt antall sider: 79

Forord

I det jeg skriver disse ordene nærmer mitt treårige masterforløp seg slutten. Det har vært en svært lærerik, og tidvis krevende og tidsoppslukende, prosess. Når jeg nå skal avslutte dette siste kapittelet av reisen er det flere jeg ønsker å takke.

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til min flotte veileder Kristin, som har vært en bauta gjennom prosessen. Takk for all støtte, konstruktive tilbakemeldinger, positivt engasjement, og for at du har tatt meg på alvor fra første stund og veiledet meg i tråd med mine mål.

Takk til de seks sykepleierne som stilte til intervju og som delte sine historier med meg. Uten dere hadde ikke denne masteroppgaven vært mulig.

Takk til Karina, min avdelingsleder, for å ha gitt meg tiden i gave. Jeg kunne ikke vært foruten. Og takk til øvrige kollegaer for alle drøftinger og oppmuntrende ord på reisen.

Takk til familie og venner for heiarop og støtte. Og en særlig takk til Ingvild, min flotte venninne, og til pappa for korrekturlesing av oppgaven og gode innspill.

Takk til Eirik, min gode samboer, for tålmodighet og støtte mens jeg har vært i masterboblen min, og for å ha lyttet til høytlesninger av utallige revideringer av kapitlene.

Tromsø, mai 2024

Unni Lefdal Hove

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	v
Abstract	vi
Forkortelser	vii
1.0 Introduksjon	1
1.1 Oppgavens oppbygning	2
2.0 Bakgrunn	2
2.1 Sykepleiermangel og fremtidens helsevesen.....	2
2.2 Arbeidsrelaterte psykiske plager	3
2.3 Sykepleiere innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	4
3.0 Hensikt og forskningsspørsmål	6
4.0 Teori	6
4.1 Begrepsavklaringer.....	6
4.1.1 Psykisk helse	6
4.1.2 Arbeidsrelaterte psykiske helseplager.....	7
4.1.3 Opplevelse	7
4.1.4 Spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	8
4.1.5 Deeskalering og debriefing	9
4.2 Tidligere forskning	10
4.2.1 Arbeid og psykisk helse i et samfunnsperspektiv	11
4.2.2 Arbeid og psykisk helse i et sykepleierperspektiv.....	12
4.3 Teoretisk rammeverk: Jobbkraft-ressursteori	14
5.0 Metode og materiale.....	18
5.1 Kvalitativ metode	18
5.1.1 Design.....	18
5.1.2 Vitenskapelig forankring.....	19
5.2 Rekruttering og utvalg.....	20
5.3 Intervju	22
5.3.1 Intervjuguide	23
5.3.2 Gjennomføring av intervju	23
5.3.3 Transkripsjon.....	25

5.4 Personvern og forskningsetikk	26
5.5 Analyse.....	28
5.5.1 Refleksiv tematisk analyse	28
5.5.2 Praktisk gjennomføring av analyse	28
5.6 Metodediskusjon	30
5.6.1 Studiens reliabilitet.....	30
5.6.2 Studiens validitet	31
5.6.3 Ekstern validitet.....	32
5.6.4 Forskerrollen	34
6.0 Resultat.....	36
6.1 Når arbeidet blir et energisluk	37
6.1.1 Høy arbeidsbelastning	37
6.1.2 Emosjonell belastning	38
6.1.3 Mye ansvar	39
6.2 Hverdagen i andres hender	41
6.2.1 Manglende forutsigbarhet og kontroll.....	41
6.2.2 Manglende innflytelse og selvbestemmelse	42
6.2.3 Manglende rutiner og opplæring	42
6.3 Noen å lene seg på.....	44
6.3.1 Samhold og trygghet gjennom kollegastøtte.....	44
6.3.2 Erfaring, kunnskap og ivaretagelse av egen psykisk helse	46
7.0 Diskusjon.....	47
7.1 Arbeid som en helsereduserende prosess	48
7.2 Arbeid som en motiverende prosess.....	51
7.3 Jobbkraav og jobbressurser som en dynamisk prosess	52
7.4 Studiens begrensninger	54
8.0 Konklusjon	55
8.1 Implikasjoner for praksis.....	56
Litteraturliste	57
Vedlegg 1: PICO-skjema	66

Vedlegg 2: Søkematrise	67
Vedlegg 3: Invitasjon til studien og samtykkeerklæring.....	70
Vedlegg 4: Intervjuguide.....	74
Vedlegg 5: Meldeskjema til Sikt.....	76
Vedlegg 6: Vurdering fra Sikt.....	79

Sammendrag

Bakgrunn og hensikt: Denne masteroppgaven, med fordypning i psykisk helsearbeid, retter søkelys mot psykisk helse blant sykepleiere. Studien tar utgangspunkt i en økende samfunnsutvikling, der etterspørselen etter sykepleiekompetanse stadig blir større. Samtidig er høy turnover av personale og vansker med rekruttering til stillingene et kjent problem, særlig innen det psykiske helsefeltet. I tillegg er sykepleiere blant de mest utsatte yrkene i Norge for psykiske helseplager som følge av jobb. Hensikten med studien er å undersøke hvilken betydning sykepleiere som jobber innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling opplever at deres arbeidshverdag har for egen psykisk helse.

Forskningsspørsmålet: *Hvilken betydning opplever sykepleiere innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling at arbeidshverdagen har for egen psykiske helse?*

Metode: Studien har en kvalitativ tilnærming og er vitenskapelig forankret innen hermeneutisk fenomenologi. Datamaterialet er samlet inn gjennom semistrukturerte individuelle intervjuer med seks sykepleiere som alle har yrkeserfaring fra psykisk helsevern og/eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Refleksive tematiske analyse er brukt til å analysere datamaterialet. Jobbkraft-ressursteori, "JDR", utgjør det teoretiske rammeverket. Sammen med tidligere forskning blir teorien anvendt til å belyse og oppnå forståelse for studiens resultater.

Resultat og konklusjon: Studiens resultater kan struktureres i tre hovedtemaer: 1) Når arbeidet blir et energisluk, 2) Hverdagen i andres hender, og 3) Noen å lene seg på. Resultatene indikerer at jobbkraft og jobbkressurser i sykepleiernes arbeidshverdag har betydning for deres opplevelse av egen psykiske helse. Det fremkommer at sykepleierne opplever å bli slitne av å ha et høyt ansvar, mange samtidige arbeidsoppgaver, og håndtere og bearbeide tunge og tidvis tragiske pasientsaker. Samtidig virker det å ha et godt arbeidsmiljø med trygge kollegaer, opparbeidet yrkeserfaring og nærhet til ledelse å ha en modererende effekt mot jobbkraftene, der jobbkressursene bidrar til at sykepleierne opplever mening, mestring og trygghet i arbeidshverdagen. Studien viser også at jobbkressurser kan virke modererende på de negative psykiske helseopplevelsene som følge av jobbkraft. Likevel så ikke sykepleierne for seg at belastningen vil være bærekraftig på sikt. I videre forskning er det behov for å undersøke hvilke faktorer som bidrar til at sykepleiere innen feltet velger å bli værende i yrker.

Abstract

Background and purpose: This master's thesis in Science of Health, with a speciality in mental health work, focuses on mental health among nurses. The study is based on recent social developments, where the demand for nursing skills is constantly increasing. At the same time high staff turnover and recruitment to positions is a well-established problem, especially in the field of mental health work. In addition, nurses are among the most exposed professions in Norway to mental health problems as a result of the working day. The aim of this study is to explore the experiences of nurses working in mental health care and multidisciplinary specialist substance abuse treatment. The goal is to gain understanding of how work affect their mental health subjectively.

Research question: *What significance do nurses within mental health care and multidisciplinary specialist substance abuse treatment experience that everyday working life has for their own mental health?*

Method: This qualitative study is scientifically rooted in hermeneutic phenomenology. Data was collected through individual semi-structured interviews with six nurses who had professional experience in mental health care and/or multidisciplinary specialist substance abuse treatment. Reflexive thematic analysis was used to analyse the data. The Job Demands-Resource Theory, "JDR", constitute the theoretical framework that, together with previous research, was used to illuminate and gain understanding of the study's results.

Results and conclusion: The results of this study can be structured into three main themes: 1) When work becomes an energy drain, 2) Everyday life in the hands of someone else, and 3) Someone to lean on. The results indicate that job demands and job resources are important for nurses' experience of their own mental health. The nurses experienced fatigue from having high responsibilities, many simultaneous tasks, and handling and processing heavy, and sometimes tragic, patient cases. At the same time, having a good working environment, professional experience, and closeness to management seemed to have a moderating effect on job demands, where such job resources contributed to the nurses experiencing meaning, mastery, and safety in their everyday work. The results also suggest that job resources can have a moderating effect on the negative mental health experiences accumulated by job demands. Nevertheless, the nurses did not imagine that the mental burden would be sustainable in the long term. In further research, there is a need to investigate which factors contribute to nurses in the field choosing to remain in their professions.

Forkortelser

PHV	Psykisk helsevern
TSB	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
DPS	Distriktpsikiatrisk senter
Sikt	Kunnskapssektorens tjenesteleverandør
REK	Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
NESH	Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora
NEM	Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag

1.0 Introduksjon

Deltakelse i arbeidslivet har betydning for hvordan vi opplever vår egen psykiske helse. Ifølge Statens arbeidsmiljøinstitutt (2021) er det å være aktiv arbeidstaker forbundet med høy livskvalitet i seg selv. Hvor godt vi trives i arbeidshverdagen har også betydning for hvor fornøyde vi er med livet generelt. En ser en klar sammenheng mellom jobbtilfredshet og helse. Med økende tilfredshet i arbeidslivet synker risikoen for psykisk og somatisk sykdom. Sammenhengen er sterkest for psykisk helse (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2021, s. 27).

En videre styrking av dagens psykiske helsetilbud vurderes hensiktsmessig for å kunne sikre best mulig psykisk helse i befolkningen. Det presiseres i *Opptappingsplan for psykisk helse (2023-2033)* at forebyggende psykisk helsearbeid og personellressurser må tas større hensyn til i tiden fremover (Meld. St. 23 (2022-2023), s. 6). Dette vil også innebære å ivareta de som jobber i tjenestene. I *Opptappingsplan for psykisk helse (2023-2033)* og *Folkehelsemeldinga* vektlegger regjeringen (2022-2023) psykisk helse som et av sine viktigste satsingsområder. Det overordnede målet er at flere skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet. Helsefremmende og forebyggende arbeid fremheves som viktig for å nå dette målet (Meld. St. 15 (2022-2023), s. 68; Meld. St. 23 (2022-2023), s. 6).

Innen norske spesialiserte helsetjenester for psykisk helse og rus, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, jobber det rundt 7400 sykepleiere (Melby et al., 2017, s. 17). Rekrutteringsvansker og utskifting av kvalifisert helsepersonell er en stor utfordring innen tjenestene; en utfordring som vil tilta i årene fremover (Haugsgjerd et al., 2018, s. 29; Meld. St. 23 (2022-2023), s. 10-11). Samtidig har behovet for psykiske helsetjenester i befolkningen økt, noe som blant annet har medført kapasitetsutfordringer i tilbudene (Meld. St. 23 (2022-2023), s. 50-51). Parallelt som helsevesenet går i møte med en varslet mangel på sykepleiekompetanse (Dolonen & Reppen, 2022), oppgir 72% av sykepleiere at de vurderer å slutte i yrket eller skifte arbeidsplass, i hovedsak grunnet den psykiske belastning i arbeidshverdagen (Norsk Sykepleierforbund, 2021). Helsevesenet står dermed ovenfor omstillinger, der behovet for sykepleiere er økende samtidig som det foreligger en risiko for å miste etablert sykepleiekompetanse. Det er derfor svært interessant å rette søkelys mot sykepleiere i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for å undersøke deres opplevelser i en arbeidshverdag som er i endring.

1.1 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er strukturelt inndelt i åtte kapitler, med tilhørende underkapitler. I det følgende, kapittel to, gir jeg studien kontekst ved å belyse bakgrunnen for valg av tema i et samfunnsmessig perspektiv. Foreliggende kunnskap på feltet blir benyttet til å synliggjøre studiens relevans, samt avdekke kunnskapshullet som studien tar utgangspunkt i. Videre presenteres hensikten med studien og forskningsspørsmålet i kapittel tre. I kapittel fire gjør jeg rede for kunnskapsgrunnlaget og teoretiske perspektiver. Herunder blir relevante begreper avklart, og tidligere forskning og teoretisk rammeverk blir presentert. I kapittel fem gjør jeg rede for metoden som er brukt og vitenskapsteoretisk ståsted, samt beskriver de ulike delene av forskningsprosessen. I dette kapittelet blir også personvern og forskningsetikk i studien gjennomgått, og metoden blir avslutningsvis diskutert. Studiens resultater presenteres i kapittel seks, før resultatene blir diskutert i kapittel syv. Avslutningsvis presenterer jeg oppgavens konklusjon i kapittel åtte, samt belyser implikasjoner for praksis og foreslår videre forskning.

2.0 Bakgrunn

2.1 Sykepleiermangel og fremtidens helsevesen

Ved utgangen av 2023 jobbet det 98 017 sykepleiere i norske helse- og sosialtjenester (Statistisk sentralbyrå, u.å.). Litt over halvparten av landets sykepleiere, inkludert spesialsykepleiere, har arbeidsforhold innen spesialisthelsetjenesten (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Herunder er det sysselsatt omkring 7400 sykepleiere innen psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) (Melby et al., 2017, s. 17). Selv om Norge har den høyeste sykepleierdekningen per 1000 innbyggere innen EØS sine områder (NOU 2023:4, s. 28), mangler det over 4000 sykepleiere og spesialsykepleiere på landsbasis (Norsk Sykepleierforbund, 2024).

Én av fem sykepleiere avslutter sine arbeidsforhold i helsetjenesten innen 10 år etter endt utdanning (Skjøstad et al., 2017). Noen er ikke lengre yrkesaktive, mens andre bytter til andre næringer, hovedsakelig innen offentlig administrasjon, bemanningsbyråer eller undervisning. Frafallet er spesielt høyt tidlig i karrieren, og er særlig tilknyttet stor arbeidsbelastning, manglende trivsel på arbeidsplassen, bemanningsproblemer, dårlige lønnsvilkår, ubekvem arbeidstid, og stor andel ufaglært kompetanse på arbeidsplassene. De fleste som skifter jobb eller endrer stilling, gjør dette til fordel for stillinger med større stillingsbrøk eller uten turnusarbeid, ofte uten pasientnært arbeid (Hjemås & Syse, 2023; Skjøstad et al., 2017). Ifølge Hjemås og Syse (2023) har de fleste sykepleiere uten pasientrettet arbeid likevel

arbeidsrelasjoner der sykepleierutdanningen er relevant eller en direkte forutsetning for arbeidsoppgavene. Deres studie tyder på at det ikke finnes en stor reserve av sykepleiere som kan realisere en ønsket kapasitetsøkning, da sykepleierkapasiteten allerede utnyttes godt slik det er i dag (Hjemås & Syse, 2023).

I løpet av de neste ti årene vil antallet yrkesaktive personer i absolutte tall gå ned (NOU 2023: 4, s. 12). Ifølge en større undersøkelse gjort for Statistisk sentralbyrå vil mangelen på sykepleiere anslagsvis øke til rundt 30 000 sykepleiere innen 2040 som følge av eldrebølgen og årlig vekst i timeverk per bruker (Jia et al., 2023, s. 63). Høy turnover av helsepersonell er kjent i både kommunal- og spesialisthelsetjenesten, samtidig som det er vanskelig å rekruttere til stillingene. Særlig sykepleiere og leger med spesialkompetanse, og personell til psykisk helsevern er utfordrende å rekruttere innen spesialisthelsetjenesten (NOU 2023: 4, s. 94). Det vil være et behov for styrking av årsverk med 15% i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling innen 2040 (NOU 2023: 4, s. 42).

2.2 Arbeidsrelaterte psykiske plager

Yrkesdeltakelse er i seg selv forbundet med positive helseeffekter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 20; Meld St. 15 (2022-2023), s. 31; Meld. St. 23 (2023-2033), s. 32; Modini et al., 2016, s. 336). Blant annet gir arbeid tilgang på helsefremmende ressurser som økonomisk trygghet, sosiale relasjoner, og mulighet til personlig utvikling og vekst (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 20). Ifølge Statens arbeidsmiljøinstitutt (2021) har grad av trivsel i arbeidshverdagen en klar sammenheng med opplevelsen av livskvalitet. Høy grad av trivsel gir lavere risiko for utvikling av sykdom, både somatisk og psykisk. I Norge vurderer 86% av den yrkesaktive befolkningen sin egen generelle helse som god (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2021, s. 25-27). Likevel kan arbeidshverdag være kilde til negativ helseutvikling. Psykososiale arbeidsmiljøfaktorer som rollekonflikter, høye emosjonelle krav og lav selvbestemmelse kan påvirke den psykiske helsen negativt (Harvey et al., 2017, s. 302), også i et arbeidsliv hvor de fleste oppgir å være fornøyde med egen jobb (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2021, s. 25-29).

Over de siste årene har andelen selvrapporterte psykiske helseplager steget i den yrkesaktive befolkningen, der omtrent halvparten tilskriver egen arbeidshverdag helt eller delvis skylden (Arbeidstilsynet, 2022, s. 47; Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2021, s. 141). Per mai 2021 oppgav rundt 22% av norske arbeidstakere at de hadde opplevd psykiske helseplager den siste måneden (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2021, s. 141). Helse- og omsorgsdepartementet (2017)

fremlegger at psykisk helse skal være en «likeverdig del av det nasjonale og lokale folkehelsearbeidet» (s. 13), og arbeidstilsynet løfter frem forebygging av arbeidsrelaterte psykiske helseplager som et viktig innsatsområde i årene fremover (Arbeidstilsynet, 2022, s. 47).

Statens Arbeidsmiljøinstitutt (2021) viser i sin rapport at psykososiale arbeidsmiljøfaktorer som høye krav på jobb (emosjonelle og arbeidsrelaterte), høyt nivå av rollekonflikt, relasjonell urettferdighet, lite sosial støtte, mobbing, og lav grad av selvbestemmelse og innflytelse over egne arbeidsoppgaver øker risikoen for utvikling av psykiske plager og lidelser i den generelle yrkesbefolkningen (s. 140). Dette støttes av Harvey et al. (2017) som i en systematisk metaanalyse, hvor hensikten var å vise sammenhengen mellom arbeid og vanlige psykiske helseproblemer, identifiserte 12 arbeidsrelaterte risikofaktorer for utvikling av vanlige psykiske helseproblemer. Høy arbeidsbelastning, lite sosial støtte, ubalanse mellom arbeidsoppgaver og belønning, uvanlige arbeidstider og midlertidig ansettelse var blant de mest fremtredende risikofaktorene (Harvey et al., 2017, s. 302).

Sykepleiere utgjør den største arbeidsgruppen innen helse- og sosialtjenester, og er samtidig blant de mest utsatte yrkene for arbeidsrelaterte psykiske plager i Norge. Blant sykepleiere er psykiske lidelser den vanligste årsaken til sykemeldinger og sykefravær (Reppen, 2023; Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2021, s. 145). Dette skyldes blant annet at en som arbeidstaker må forholde seg til trusler, vold og høye emosjonelle krav (Arbeidstilsynet, 2022, s. 47; Gilardi et al., 2019, s. 148-155). I Norge rapporterer 79% av alle norske sykepleiere om høye jobb- og emosjonelle krav i sin arbeidshverdag, samt høy grad av rollekonflikt og lav kontroll over egne arbeidsoppgaver (Rolfheim-Bye, 2021). Fra før foreligger det kunnskap om at et godt arbeidsmiljø med tydelige rolleavklaringer, kontroll over egne arbeidsoppgaver, og støtte fra leder og kollegaer virker forebyggende mot arbeidsrelaterte psykiske helseplager (Gilardi et al., 2019, s. 150; Happel et al., 2013, s. 644-646).

2.3 Sykepleiere innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Psykisk helsevern (PHV) omfatter undersøkelser og behandling av psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten, herunder ved sykehus og distriktpspsykiatriske sentre (DPS) (Helsedirektoratet, 2021b). Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) omfatter tverrfaglig utredning og behandling til mennesker med rus- og avhengighetslidelser og samtidige psykiske og somatiske lidelser. Tilbudet består av poliklinisk behandling, ambulerende oppfølging/behandling og heldøgntilbud i døgninstitusjon innen spesialisthelsetjenesten (Blå

Kors, 2023; Helsedirektoratet, 2022). Som sykepleier innen tjenestene består arbeidsoppgavene blant annet av kartlegging og behandling av psykiske og fysiske helseutfordringer, omsorg og ivaretagelse av pasienter, og arbeid med rusproblematikk. I forlengelse av dette er relasjonskompetanse, istandgjøring og administrering av medikamenter, samtalerapi, ivaretagelse og oppfølging av sosiale, åndelige og juridiske behov, vurdering av selvmordsrisiko, tverrfaglig samarbeid og samhandling, dokumentering, kontakt med pårørende, og veiledning vanlige arbeidsoppgaver (Melby et al., 2017, s. 30-32). Arbeidsredskapene er i hovedsak «myke», herunder samtaler og terapeutisk observasjon (Haugsgjerd et al., 2018, s. 25).

Forskning på sykepleiere innen PHV og TSB viser at sykepleiere opplever å ha mye ansvar i arbeidshverdagen, samt at mange jobber under krevende forhold med betydning for opplevelse av trygghet (Bachmann et al., 2016, s. 288; Melby et al., 2017, s. 52-53). Hamrin et al. (2009) fant i sin litteraturstudie at samtlige spurte sykepleiere (n=62) ved et norsk psykiatrisk sykehus hadde opplevd fysisk overfall av en pasient i løpet av yrkeskarrieren (Hamrin et al., 2009, s. 216). Også nyere undersøkelser understøtter kunnskapen om at sykepleiere må håndtere krevende situasjoner, inkludert vold og trusler, i sitt arbeid. I en norsk kvalitativ studie av Bachmann et al. (2019) fant forskerne at sykepleiere og miljøterapeuter innen psykisk helsevern opplever at arbeidshverdagen stadig blir mer utfordrende, blant annet ved økt grad av utagering og vold fra pasienter enn tidligere. Artikkelen viser videre til et behov for mer forskning om hvordan arbeidsmiljø påvirker sykepleiere og helsepersonell innen psykisk helsevern (Bachmann et al., 2019, s. 1083-1085).

Fra tidligere foreligger det en del kunnskap om den psykiske helsen til sykepleiere i lys av arbeidshverdag, spesielt i forhold til utbrenthet og arbeidstretthet (Happell et al., 2013; Kelly et al., 2020; López-López et al., 2019). Mye av kunnskapen stammer dog fra internasjonale studier, der flere av studiene har en kvantitativ tilnærming (Gilardi et al., 2020; Kelly et al., 2020; López-López et al., 2019). Flere av studiene omhandler sykepleiere generelt og retter seg mot arbeidsforhold innen somatiske sykehus (Gilardi et al., 2020; Hapell et al., 2013; Kelly et al., 2020). Per i dag foreligger det lite kvalitativ forskning om den psykiske helsen til sykepleiere innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og om arbeidshverdens betydning for egenopplevd psykisk helse.

3.0 Hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med studien er å undersøke hvilken betydning sykepleiere innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling opplever at arbeidshverdagen har for egen psykisk helse. Kunnskap om hvordan denne yrkesgruppen opplever psykisk helse i lys av arbeidshverdag vil kunne ha relevans for forebygging av arbeidsrelaterte psykiske helseplager og frafall fra tjenestene, ivaretagelse av etterspurt arbeidskraft, samt bidra med innsikt av betydning for omstillinger i helsetilbudene og rekruttering av sykepleiere.

Forskningsspørsmålet er: Hvilken betydning opplever sykepleiere innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling at arbeidshverdagen har for egen psykisk helse?

4.0 Teori

4.1 Begrepsavklaringer

4.1.1 Psykisk helse

Verdens helseorganisasjon definerer helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022). Definisjonen har vært offer for mye kritikk. Hovedkritikken består i at definisjonen er urealistisk (Hjort, 2010, s. 181; Norges forskningsråd, 2002, s. 2). Det er gjort flere forsøk på å utvikle en tydeligere felles definisjon. Den norske legen Peter F. Hjort (1982, sitert i Hjort, 2010) beskrev helse som «å ha et overskudd i forhold til hverdagens krav». I definisjonen ligger det at helse ikke behøver å være perfekt for at en person skal oppleve å ha det bra, og at helse således er et subjektivt begrep (Hjort, 2010, s. 181). Også beskrivelsene til Antonovsky (1979) er mye brukt for å forstå helsebegrepet. Helse beskrives som opplevelse av sammenheng og mening som bidrar til å gi individet mulighet til mestring, komme seg etter alvorlig psykologisk stress og forebygge posttraumatiske skader. Samspillet mellom individ og samfunn vektlegges, samt den enkeltes reaksjon på utfordringer og opplevelser (Antonovsky, 1979, sitert i Lauveng, 2022, s. 59).

I forlengelsen av helsebegrepet finner man begrepet psykisk helse. Generelt handler psykisk helse om hvordan mennesker håndterer og opplever stressende situasjoner, egenskaper ved seg selv, lærer og arbeider, bidrar i samfunnet og bygger relasjoner. Opplevelsen av psykisk helse er individuell. Kompleks samhandling mellom sosiale interaksjoner, sosiale og strukturelle stressorer, og sårbarheter er avgjørende for hvordan psykisk helse utvikles og oppleves (World Health Organization, 2022).

Det skilles mellom psykisk helse, psykiske plager og psykiske lidelser. Begrepene blir likevel brukt mye om hverandre i dagligtalen. Psykiske plager kan forstås som psykiske symptomer som kan medføre store plager for enkeltindividet, men ikke nødvendigvis i den grad at symptomene kvalifiserer til en diagnose. Ved psykiske lidelser vil derimot symptomtrykket være av en slik karakter at plagene kvalifiserer til en diagnostisk lidelse, for eksempel bipolar lidelse eller schizofreni (Helsedirektoratet, 2021a). Symptombildet må vurderes av en fagperson før diagnose settes. Westerhof & Keyes (2010) uttrykker at psykisk helse og psykisk lidelse er to beslektede, dog distinkte begreper. De legger til grunn at tilstedeværelse av psykisk lidelse ikke er sammenfallende med dårlig psykisk helse. På samme måte kan personer oppleve å ha en dårlig psykisk helse uten at det foreligger en psykisk lidelse hos individet (Westerhof & Keyes, 2010, s. 110-117). Psykisk helse er dermed ikke enten eller. I denne studien vil hovedfokus ligge på psykisk helse og eventuelle medførte psykiske helseplager, men ikke omfatte psykiske lidelser.

4.1.2 Arbeidsrelaterte psykiske helseplager

Arbeidstilsynet (u.å.) beskriver arbeidsrelaterte psykiske helseplager som lettere symptomer på depresjon eller angst, der plagene oppstår eller blir forverret som følge av forhold på arbeidsplassen. Slike symptomer kan være uro, negative tanker og følelser, bekymring og søvnproblemer. Plagene kan også gi utslag i fysiske ubehag som magesmerter, hodepine, muskelspenninger og hjertebank. Det finnes flere mulige årsaker til arbeidsrelaterte psykiske helseplager, blant annet mobbing, høye krav og lav kontroll, og ubalanse mellom innsats og belønning. Psykiske ubehag og lettere symptomer på angst og depresjon er normalt fra tid til annen. Likevel kan plagene for noen oppleves så belastende at de fører til nedsatt funksjon, redusert livskvalitet, og redusert arbeidsevne over en kortere eller lengre periode.

Arbeidsrelaterte psykiske helseplager kan øke risikoen for sykefravær og frafall fra arbeidslivet (Arbeidstilsynet, u.å.).

4.1.3 Opplevelse

Ifølge Den norsk akademis ordbok (u.å.) betyr opplevelse «å leve samtidig med», «å være med på», «gjennomgå» eller «oppfatte og vurdere (følelsesmessig)». Én av de første gangene man ser at ordet er brukt er innen filosofien av filosofen Hegel, der han snakker om «my whole experience» for å beskrive en reise (Gadamer, 1999, s. 60, sitert i Wollan, 2009, s. 28). Videre har filosofen Hans-Georg Gadamer og sosiologen Alfred Schutz særlig bidratt til dypere forståelse av begrepet. De to skilte mellom «erlebnis» (opplevelse) og «erfahrung» (erfaring); to begreper som blir mye brukt om hverandre i dagligtalen. Opplevelse blir brukt

om den private, umiddelbare opplevelsen den enkelte har i sitt hverdagsliv, herunder når «livet skjer» («erleben»). Erfaring, på sin side, viser til reisen («fahren») gjennom livet, og innebærer en refleksjon over personens individuelle opplevelser (Wollan, 2009, s. 28).

Studien tar utgangspunkt i en hermeneutisk-fenomenologisk forståelse av opplevelse. I dette ligger det at mennesker alltid er aktive deltakere i verden, ikke kun passive observatører (Wollan, 2009, s. 28). Oppmerksomheten er alltid rettet mot noe (Thoresen et al., 2020, s. 35) og knyttet til den enkeltes grunnleggende måte å «være-i-verden» på (Heidegger, 1962, sitert i Wollan, 2009, s. 30; Merleau Ponty, 1976, sitert i Wollan, 2009, s. 30). Forståelsen fordrer at opplevelser er subjektive, og formes gjennom tolkning basert på tidligere erfaringer og den konteksten personen befinner seg i (Thornquist, 2018, s. 184).

4.1.4 Spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Den norske helsetjenesten deles inn i primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

Spesialisthelsetjenesten er statens ansvar og drives gjennom regionale helseforetak. Her gis spesialisert utredning og behandling til pasienter med akutte, alvorlige og sammensatte lidelser. Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling inngår som en del av spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2023). For å motta tjenester fra spesialisthelsetjenesten må pasienten henvises til den aktuelle avdelingen, enten fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten (primærhelsetjeneste), fortrinnsvis fastlege, eller fra andre deler av spesialisthelsetjenesten. Behandlingen som gis er vanligvis avgrenset i tid og omfang (Lauveng, 2022, s. 83-91).

Psykisk helsevern tilbyr utredning og behandling til mennesker med psykiske lidelser og mennesker med alvorlig eller mindre alvorlig psykisk lidelse kombinert med mindre alvorlig ruslidelse. Tilbudet er lokalisert i sykehus og i distriktpspsykiatriske sentre. DPS er av Rolland et al. (2023) definert som «lokalt psykisk helsevern som betjener befolkningen i et avgrenset geografisk område» (s. 51), og kan således tilhøre lokalt sykehus, samt være lokalisert i distriktene utenfor sykehuslokaler. For barn og unge er det egne tilbud organisert under barne- og ungdomspsykiatriske enheter (Helsenorge, u.å.; Oslo Universitetssykehus, 2023c).

Psykisk helsevern er hjemlet i psykisk helsevernloven. Døgnbehandling innen PHV omfatter både innleggelser på frivillig paragraf (§ 2-1) og på tvungen paragraf, herunder tvungen observasjon (§ 3-2) og tvunget psykisk helsevern (§ 3-3) (Psykisk helsevernloven, 1999, §§ 2-1, 3-2 og 3-3). Innleggelse på DPS tilbys til pasienter med moderate og alvorlige psykiske lidelser som samtykker til, og samarbeider om, behandling. Tilbudet er en forsterkning av det

kommunale psykisk helse- og rustilbudet, og tilbys når kommunalt tilbud ikke er tilstrekkelig for brukeren/pasienten, eksempelvis ved forverring av psykisk helsetilstand. På sykehusene er behandlingstilbudet organisert etter fagområdene sikkerhetspsykiatri, akuttpsykiatri, alderspsykiatri, samt spesialiserte behandlingstilbud til pasienter med spiseforstyrrelser, psykose- og ruslidelser, tvangslidelser, psykoselidelser og personlighetsforstyrrelser (Rolland et al., 2023, s. 51-53). Ved noen sykehus tilbys også medikamentfrie behandlingstilbud. Både døgnavdelinger, også kjent som sengeposter, lokalisert ved DPS og i sykehus tilbyr heldøgns behandlingstilbud. Dette omfatter at miljøpersonalet og sykepleiere er tilgjengelige hele døgnet (Rolland et al., 2023, s. 51-53).

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling tilbyr tjenester på spesialistnivå innen rus- og avhengighetsbehandling. Tjenestene utføres av personell med psykologfaglig, medisinskfaglig og sosialfaglig kompetanse. Et særpreg ved TSB er at sosialtjenesten/NAV har likeverdig henvisningsrett til tjenestene som øvrige henvisende instanser i kommunal- og spesialisthelsetjeneste. TSB er organisert i ulike avdelinger og tilbud, både sengeposter og polikliniske enheter. Tilbudene består både av øyeblikkelig hjelp og planlagte opphold og behandlingsforløp (Blå Kors, 2023; Oslo Universitetssykehus, 2023a). Helseforetakene organiserer tilbudet innen TSB ulikt. Ved enkelte foretak inngår tilbud innen TSB under DPS, men som oftest er det organisert som et frittstående tilbud, enten av private aktører, ideelle organisasjoner eller offentlig helsevesen (Lauveng, 2022, s. 92). Ni av ti pasienter i TSB har en psykisk lidelse (Oslo Universitetssykehus, 2023c). TSB er hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven og faller ikke under psykisk helsevernloven. Likevel skal det foreligge kunnskap om samtidig rus- og psykisk lidelse (ROP-lidelser). Pasienter som har mindre alvorlige psykiske lidelser kombinert med alvorlige eller mindre alvorlige ruslidelser kan dermed tildeles tilbud innen TSB. Ved mindre alvorlige psykiske lidelser i kombinasjon med mindre alvorlige ruslidelser kan pasientene motta tilbud både innen PHV og TSB (Oslo Universitetssykehus, 2023b, 2023c).

4.1.5 Deeskalering og debriefing

Deeskalering omfatter ulike psykososiale, kortvarige intervensjoner som har til hensikt å redusere eller stoppe aggresjon og vold (Seierstad, 2023). Intervensjonene kan eksempelvis være former for adferd og kommunikasjon som bygger på forståelse om aggresjon som et fenomen. Helsepersonell kan bruke deeskalerende ferdigheter til å skape trygge rammer, dempe følelser og utforske pasientperspektivet, og på denne måten forebygge uro, aggresjon og voldshendelser (SIFER, 2019).

Debriefing er en strukturert oppfølgingsamtale der hendelsesforløp blir gjennomgått i etterkant av uønskede og alvorlige pasienthendelser. Eksempler på slike hendelser kan være dødsfall, selvmord, alvorlig feilbehandling eller skader. Når helsepersonell er involvert i uønskede pasienthendelser kan det oppstå sterke emosjonelle reaksjoner i etterkant.

Debriefing, der de involverte partene er til stede, gjennomføres derfor ofte kort tid etter en alvorlig hendelse, og har til hensikt å håndtere de følelsesmessige reaksjonene som kan oppstå, samt forebygge mer alvorlige stressrelaterte reaksjoner i senere tid. Effektene og sikkerheten av debriefing er dog omdiskutert (Meneses-Echavez et al., 2022, s. 12-13). Ifølge en systematisk oversikt av Meneses-Echavez et al. (2022) er nåværende kunnskapsgrunnlag for begrenset til å kunne si noe om betydningen av tiltaket (s.20).

4.2 Tidligere forskning

Ifølge Furseth og Everett (2020) skal litteratursøk og gjennomgang av tidligere forskning resultere i en kunnskapsoppsummering om den problemstillingen forskeren er opptatt av. Dette vil bidra til å sette masteroppgaven i en større sammenheng (Furseth & Everett, 2020, s. 72-73). I dette delkapittelet belyser jeg tidligere forskning som er relevant for studiens problemstilling. Å innhente forskningslitteratur har vært en langsgående prosess gjennom studien og er gjennomført ved bruk av ulike tilnæringsmetoder, herunder litteratursøk, håndsrøk, og bruk av snøballmetoden.

Litteratursøk er gjennomført i søkemotorene og databasene Google Scholar, Oria, Idunn, ApaPsychNet, Nursing and Allied Health Database, Cochrane Library, EBSCOhost CINAHL with Full Text, ProQuest Psychology Database, PubMed, Scopus og SveMed+. Databasene ble valgt på bakgrunn av hvilke fagområder de tilbyr forskning fra, samt tilgang via universitetsbiblioteket, og dermed tilgang på hele artikler. Benyttede søkeord omfatter blant andre sykepleier/psykiatrisk sykepleier/nurse/nurs*/psychiatric nurse/psychiatric nursing, psykisk helse/egenopplevd psykisk helse/mental helse/mental health/personally experienced mental health, opplevelse/opplever/experience/experiencing, og arbeid/arbeidshverdag/arbeidsdag/arbeidsoppgaver/work/working day/work tasks/job/job tasks. PICO-skjema ble brukt til å identifisere relevante søkeord (vedlegg 1). I tillegg ble synonymmer til søkeordene benyttet. Både avanserte søk og enkeltsøk ble utført i databasene. Ved enkeltsøk ble problemstillingen i sin helhet søkt etter, på norsk og på engelsk. De fleste søk har vært avgrenset til å inkludere artikler fra de siste fem til ti årene, samt å omfatte søkeord i tittel eller abstract. I tillegg ble snøballmetoden benyttet, hvor jeg innhentet relevante artikler ved å gå gjennom referanselistene til aktuelle forskningsartikler,

kunnskapsoppsummeringer og rapporter. Utover forskningsartikler er grå litteratur inkludert i studien for å belyse bredden i kunnskapsgrunnet, herunder stortingsmeldinger, offentlige utredninger og rapporter.

Hovedtyngden av litteratursøk er gjennomført i startfasen av studien for å kartlegge hvilken kunnskap som forelå om temaet fra før av, samt avdekke kunnskapshull. Noen uker før innlevering av oppgaven ble det gjennomført et oppdatert litteratursøk, med hensikt å avdekke og inkludere eventuell nytilkommen forskning på temaet, samt gjøre et oppdatert søk etter siste revidering av problemstillingen. Søket ble gjennomført i søkemotorene Oria og Google Scholar, samt i databasene Idunn, APA PsychNet og EBSCOhost CINAHL with Full Text. For søkematrise, se vedlegg 2. Søket ble gjennomført i mindre omfang enn første litteraturgjennomgang. Dette på bakgrunn av studiens omfang, tidsperspektiv og kapasitet. Selv om valgte søkemotorer favner bredt, samt at inkluderte databaser ble vurdert relevante for studiens tema og hensikt, fremgår dette som en begrensning i studien.

Gjennom litteratursøk og -gjennomgang er både kvalitative og kvantitative studier inkludert. Dette da det foreligger lite kvalitativ kunnskap på temaet fra tidligere, samt med hensikt om å danne et bredt kunnskapsgrunnlag til studien. Artikler ble ekskludert dersom de omfattet andre yrkesgrupper enn sykepleiere og miljøterapeuter, og dersom de omhandlet barne- og ungdomspsykiatri eller kun rettet seg mot sykepleiere innen kommunale helsetjenester. Da det foreligger lite tidligere forskning som retter seg spesifikt mot sykepleiere innen PHV og TSB innenfor temaområdet, samt lite norsk forskning, er både studier om sykepleiere innen somatiske helsetjenester og internasjonale studier inkludert.

I det følgende presenteres kunnskapsgrunnet for studien. Inkluderte artikler er presentert i løpende tekst og organiseres i to hovedtemaer: 1) Arbeid og psykisk helse i et samfunnsperspektiv, og 2) Arbeid og psykisk helse i et sykepleieperspektiv.

4.2.1 Arbeid og psykisk helse i et samfunnsperspektiv

Arbeidsdagens betydning for psykisk helse hos den generelle yrkesbefolkning er grundig gjort rede for i forskningslitteraturen (Harvey et al., 2017; Harvey et al., 2018; Modini et al., 2016; Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2021). Deltakelse i arbeidslivet kan i mange tilfeller være helsefremmende, og bidrar til å fremme mestring og trivsel, samt forebygge psykiske helseplager (Meld. St. 23 (2023-2033), s. 32; Statens Arbeidsmiljøinstitutt, 2021, s. 27).

Modini et al. (2016) fremla i sin systematiske metaanalyse at det å være deltakende i arbeidslivet blant annet er forbundet med økt velvære, økt sosial status, og færre symptomer

på angst og depresjon (s. 335-336). Likevel kan arbeidsdeltakelse og arbeidsrelaterte faktorer utgjøre en risiko for å utvikle psykiske helseplager (Harvey et al., 2017, s. 307-308; Modini et al., 2016, s. 335-336). Ifølge Harvey et al. (2017) er psykiske helseplager den vanligste årsaken til langtidssykefravær (s. 301).

De siste tiårene har flere studier identifisert risikofaktorer for psykiske helseplager i arbeidsdagen (Harvey et al., 2017; Harvey et al., 2018). I forlengelse av dette er det utarbeidet en rekke ulike forståelsesmodeller for sammenhengen mellom arbeid og psykiske helseplager. I en systematisk metaanalyse sammenfatter Harvey et al. (2017) kjente arbeidsrelaterte risikofaktorer for psykiske helseplager på tvers av ulike forståelsesmodeller. Forskerne identifiserte 12 risikofaktorer for utvikling av jobbrelatert stress, angst og/eller depresjon, herunder høye jobbkraav, lite kontroll i arbeidsdagen, høy diskrepans mellom innsats og belønning, lav rettferdighet både relasjonelt og i forhold til arbeidsplassens prosedyrer, rollerelatert stress, mobbing og lite sosial støtte på jobb. På bakgrunn av funnene foreslo forskerne en mer samlende modell som oppsummerer risikofaktorene i tre hovedtemaer; ubalanse i jobbutførelse, usikkerhet tilknyttet jobb, og mangel på verdsettelse og respekt på arbeidsplassen (Harvey et al., 2017, s. 307-308).

Etter hvert som kunnskapsgrunnlaget rundt sammenhengen mellom arbeid og psykisk helse har økt, er det fremkommet bekymring knyttet til hvorvidt en del av resultatene kan være feilaktige, blant annet grunnet en mulighet for omvendt årsakssammenheng. Harvey et al. publiserte i 2018 en kohortstudie med hensikt å undersøke nettopp dette. Data fra UK National Child Development Study (NCDS) ble analysert, og resultatene ble belyst med en av de mest fremtredende forståelsesmodellene for arbeid og psykisk helse; Karaseks jobbkraav-kontrollmodell. Funnene ble kontrollert for tidligere tilfeller av psykiske helseplager hos studiedeltakerne, samt for eventuelle symptomer i remisjon. I likhet med jobbkraav-kontrollmodellen og funnene til Harvey et al. (2017), fant forskerne støtte for en individuell årsakssammenheng mellom jobbkraav og utvikling av psykiske helseplager. Lav kontroll i arbeidsdagen fremkom dog som en større risikofaktor for psykiske helseplager enn jobbkraav alene (Harvey et al., 2018, s. 5-14).

4.2.2 Arbeid og psykisk helse i et sykepleieperspektiv

Mye av forskningen som retter seg mot arbeid og psykisk helse hos sykepleiere retter seg mot sykepleiere generelt, særlig sykepleiere med arbeidsforhold innen somatiske sykehus (Gilardi et al., 2020; Happell et al., 2013; Kelly et al., 2020). Utbrenthet trekkes særlig frem ved

temaet psykisk helse. Kelly et al. (2020) fant i sin kvantitative spørreundersøkelse at over halvparten av spurte sykepleiere (n= 1688) ved tre sykehus i USA rapporterte at de opplevde utbrenthet, derav 28% opplevde høy grad av dette (s. 98). Funnene indikerer at unge, kvinnelige sykepleiere er særlig utsatt for utbrenthet som følge av jobb. Også skiftarbeid og sekundærtraumatisering som følge av dødsfall hos pasienter ble identifisert som risikofaktorer. Ved høy grad av utbrenthet ble frafall fra arbeidet identifisert som en sannsynlig konsekvens (Kelly et al., 2020, s. 98-100).

I sin kvantitative studie brukte Gilardi et al. (2020) jobbkrav-ressursteori til å utvikle en modell for å undersøke sammenhengen mellom verbal aggresjon fra pasienter og/eller pårørende, personlige ressurser og utbrenthet (s. 147). Ved bruk av spørreskjemaer ble det innhentet data fra 356 sykepleiere ved fire somatiske sykehus i Nord-Italia. I studien fant forskerne at opplevd eksponering til verbal aggresjon fra pasienter eller pårørende hadde en direkte positiv assosiasjon med utbrenthet. Samtidig kunne rolleklarhet og støtte fra leder ha en modererende effekt på opplevelse av utbrenthet (Gilardi et al., 2020, s. 150-156). Videre indikerer studier at utbrenthet blant sykepleiere kan være en respons på langvarig arbeidsrelatert stress (López-López et al., 2019, s. 1036). Happell et al. (2013) identifiserte 12 kilder til arbeidsrelatert stress gjennom fokusgruppeintervjuer med 38 sykepleiere ved et somatisk sykehus i Queensland. Både organisatoriske, yrkesrelaterte og oppgaveorienterte kilder til stress fremkom, blant annet manglende støtte fra ledelse, konflikter innad i personalgruppen, turnusarbeid og manglende opplæring (Happell et al., 2013, s. 641-643).

I forskningslitteraturen på sykepleiere innen PHV og TSB er det avdekket lignende funn som hos sykepleiere generelt. López-López et al. (2019) analyserte elleve artikler med hensikt å beskrive hyppigheten av utbrenthet blant sykepleiere innen psykiske helsetjenester, samt identifisere risikofaktorer for utbrenthet. Resultatene viser at dårlige sosiale relasjoner på arbeidsplassen og manglende anerkjennelse for arbeidet kan frarøve sykepleierne arbeidsmotivasjon. Forskerne hevder at den vanligste risikofaktoren for utbrenthet innen psykiske helsetjenester er emosjonell slitenhet og lav opplevelse av mestring (López-López et al., 2019, s. 1036-1042).

Ratnapradipa et al. (2024) intervjuet 15 spesialsykepleiere, sykepleiestudenter og ledere som hadde jobbet på akuttpsykiatriske avdelinger i Nebraska. Hensikten var å undersøke hvilke faktorer som hadde betydning for rekruttering og bevaring av psykiatriske sykepleiere innen akuttpsykiatri. Det fremkom under intervjuene at voldelige og truende situasjoner oppstod

jevnlig i arbeidsdagen til sykepleierne. Underbemanning gjorde det i flere tilfeller utfordrende å stå i disse situasjonene. I tillegg ble pasientene beskrevet å være for syke til å motta hjelp på gjeldende behandlingsnivå (Ratnapradipa et al., 2024, s. 8-9). Opplevelse av sykere pasienter og krevende arbeidssituasjoner er også tidligere beskrevet i en norsk kvalitativ studie av Bachmann et al. (2019), som gjennom intervjuer med sykepleiere og miljøterapeuter i psykisk helsevern fant at arbeidsdagen opplevdes mer krevende enn tidligere, karakterisert av mer utagerende adferd, vold og bruk av syntetiske rusmidler blant pasientene. Flere beskrev det utfordrende å håndtere slike situasjoner, samt gav uttrykk for å gå imot sine egne verdier i arbeidet de utførte (Bachmann et al., 2019, s. 1081-1082). Trusler om, eller tilfeller av, vold og aggresjon er en risikofaktor for psykiske helseplager blant sykepleiere innen psykiske helsetjenester (Bachmann et al., 2016, s. 292; Bachmann et al., 2019, s. 1081; López-López et al., 2019, s. 1036-1042; Ratnapradipa et al., 2024, s. 8-9).

I flere studier fremkom det også faktorer som kan virke forebyggende mot arbeidsrelatert stress og psykiske helseplager. Et hovedpoeng som går igjen i forskningslitteraturen er betydningen av et godt arbeidsmiljø og nærhet til ledelse for trivsel og mestring (Happell et al., 2013, s. 641-643; López-López et al., 2019, s. 1041-1042). Gilardi et al. (2020) fremla i sin studie at nærhet til ledelse hadde en modererende effekt på risikoen emosjonell belastning utgjorde for utbrenthet (s. 155). Hamrin et al. (2009) understreker betydningen av erfaring hos personalet, og tilstrekkelig opplæring i pasientomsorg og deeskalerende ferdigheter som forebyggende tiltak mot vold og utfordrende adferd (s. 221). Også debriefing etter alvorlige hendelser blir trukket frem som viktig, og kan blant annet bidra til opplevelse av å bli ivaretatt og sett av leder, noe som fremkommer viktig for ivaretagelse av psykisk helse (Bachmann et al., 2019, s. 1081-1082).

4.3 Teoretisk rammeverk: Jobbkraft-ressursteori

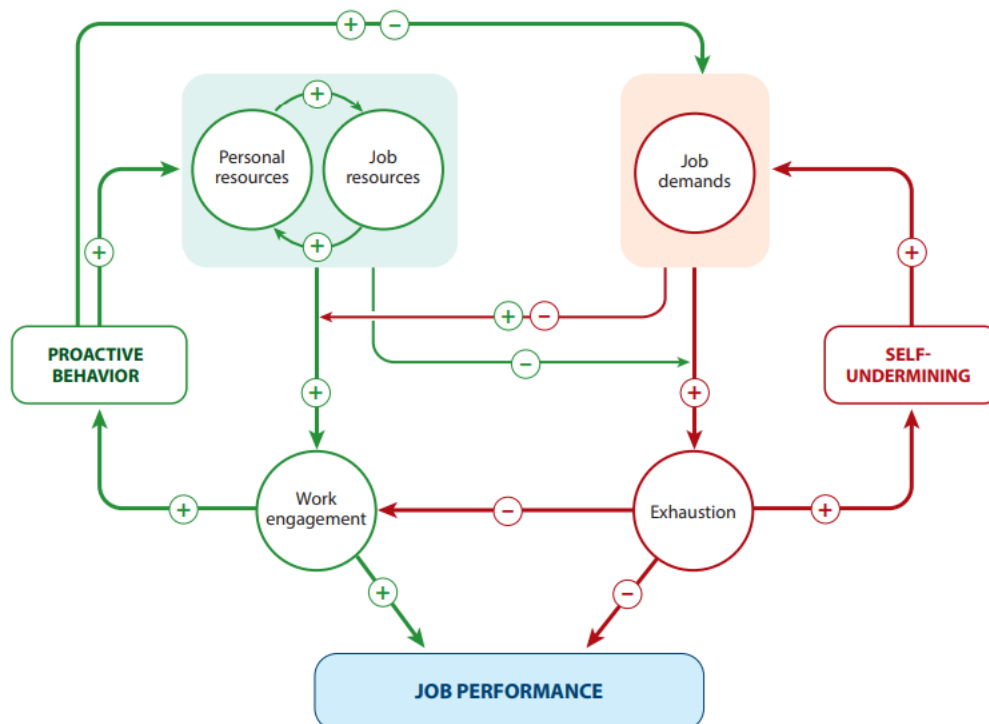
For å utforske hvilken betydning sykepleiere innen PHV og TSB opplever at arbeidshverdagen har for egen psykisk helse støtter jeg meg på jobbkraft-ressursteori, også kjent som Job Demands-Resources Theory/JD-R Theory (Bakker & Demerouti, 2007; Bakker et al., 2014; Bakker et al., 2023; Demerouti et al., 2001).

Jobbkraft-ressursteori er en veletablert, sammensatt teori som innlemmer ulike perspektiver på arbeidsrelatert stress og motiverende jobbfaktorer. Teorien ble først introdusert som en modell i 2001. Hensikten var da å identifisere mulige årsaker til utbrenthet, samt utfordre forståelsen om at utbrenthet kun oppstod blant arbeidstakere innen sosial- og omsorgsykker (Demerouti et

al., 2001, s. 499). Frem til da hadde kunnskapsfeltet om utbrenthet vært voksende, men det manglet et felles teoretisk rammeverk som forklarte hvordan utbrenthet kunne forstås. Jobbkraft-ressursmodellen var således et svar på dette (Bakker & Demerouti, 2017, s. 273).

Over de siste tiårene er modellen blitt utviklet til en teori som beskriver hvordan balansen mellom jobbkraft og jobbressurser påvirker produktivitet og arbeidshelse, samt hvordan arbeidstakere bruker proaktiv og reaktiv arbeidsinnsats for å påvirke jobbkraft og jobbressurser (figur 1) (Bakker et al., 2023, s. 26-32). Teorien er blitt revidert i flere omganger, eksempelvis ved å innlemme motivasjon som en positiv dimensjon for arbeidsutførelse, og å integrere personlige ressurser som en positiv komponent for arbeidsengasjement (Bakker & Demerouti, 2017, s. 273-275). I de senere år har kunnskap fra andre modeller også blitt implementert i teorien, herunder blant annet fra Karaseks (1979) jobbkraft-kontrollmodell og Hobfoll et al. (2018) sin «conservation of resources theory» (Bakker et al., 2023, s. 32).

Figur 1. Gjengivelse av jobbkraft-ressursmodellen.



Fra «Job demands-resources theory: Ten years later» av Bakker et al., 2023, *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 10, s. 34 (<https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-120920-053933>). CC BY 4.0.

Kjernen i jobbkrav-ressursteori er antakelsen om at selv om ethvert yrke kan ha sine spesifikke risikofaktorer knyttet til jobbstress, kan disse faktorene, uavhengig av yrke, deles inn i to generelle kategorier; jobbkrav og jobbressurser (Bakker & Demerouti, 2007, s. 312; Demerouti et al., 2001, s. 499). Jobbkrav viser til fysiske, psykiske, sosiale eller organisatoriske aspekter ved jobben som krever vedvarende fysisk, kognitiv og/eller emosjonell innsats, og dermed er assosiert med en viss fysisk og/eller psykisk belastning. Eksempler på slike jobbkrav er høyt arbeidspress og emosjonelt belastende interaksjoner med klienter (Bakker & Demerouti, 2007, s. 312; Bakker et al., 2023, s. 32; Demerouti et al., 2001, s. 501). Over flere studier er jobbkrav blitt assosiert med økt risiko for utbrenthet og feil i arbeidsdagen. Selv om jobbkravene ikke nødvendigvis er negative i seg selv, kan de utvikle seg til jobbrelaterte stressfaktorer dersom håndteringen av disse kravene krever en høyere innsats enn arbeidstakeren klarer å gi eller innhente seg fra (Bakker & Demerouti, 2007, s. 312; Bakker et al., 2023, s.32).

Jobbressurser viser til fysiske, psykiske, sosiale eller organisatoriske aspekter av jobben som enten er funksjonelle for å oppnå arbeidsrelaterte mål, stimulerer til personlig vekst, læring og utvikling, eller reduserer jobbkravene og deres tilfallede psykologiske eller fysiologiske belastninger (Bakker & Demerouti, 2007, s. 312-313; Bakker et al., 2023, s. 32; Demerouti et al., 2001, s. 501). Ressursene kan tilhøre et organisatorisk nivå (for eksempel lønn og karrieremuligheter), interpersonlige eller sosiale aspekter ved jobben (for eksempel kollegastøtte), organisering av arbeidsoppgaver (for eksempel innflytelse over egen arbeidsdag) eller oppgavedeltakelse (for eksempel ferdigheter og selvbestemmelse over arbeidsoppgaver) (Bakker & Demerouti, 2007, s. 312-313; Bakker et al., 2023, s. 32). En viktig forlengelse av den originale jobbkrav-ressursteorien er inkludering av personlige ressurser som en del av forståelsesmodellen. Personlige ressurser viser til positive selvevalueringer, og sees i sammenheng med personens opplevde evner til å kontrollere og påvirke miljøet rundt seg i positiv forstand. I jobbsammenheng kan positive personlige ressurser medføre jobbmotivasjon og bidra til motstandsdyktighet ovenfor psykiske helseutfordringer (Bakker et al., 2014, s. 401).

Et premiss innen jobbkrav-ressursteori er at arbeidstakeren selv kan påvirker sine jobbkrav og jobbressurser, herunder at den enkelte arbeidstaker kan optimalisere jobbkravene og jobbressursene gjennom proaktiv adferd. Prosessen blir omtalt som «job crafting». Arbeidstakeren kan engasjere seg i ulike typer proaktiv adferd. For eksempel kan arbeidstakeren styrke egen motivasjon i arbeidet gjennom å etterspørre regelmessige

tilbakemeldinger fra arbeidsgiver eller utfordre jobbkravene ved å lære seg en ny ferdighet (Bakker & Demerouti, 2017, s. 276; Bakker et al., 2023, s. 35). Arbeidstakere som er motiverte av jobben de står i er mer sannsynlige å benytte seg av «job crafting», som igjen vil bidra til en styrking av jobbressurser, personlige ressurser og arbeidsmotivasjon. Samtidig vil arbeidstakere som opplever slitenhet som følge av jobb oppleve, samt skape, økte jobbkrav over tid. Eksempelvis vil et høyt arbeidspress ikke bare være en risikofaktor for utbrenthet, men det å føle seg sliten vil også kunne øke opplevelsen av arbeidspress (Bakker & Demerouti, 2017, s. 276).

Det foreligger en antakelse innen teorien om at jobbkrav og jobbressurser leder an til to ulike prosesser; en helsereduserende prosess og en motiverende prosess. Jobbkrav spiller en sentral rolle i den helsereduserende prosessen, der det antas at høy frekvens og/eller høyt omfang av krav leder til redusert produktivitet, som igjen medfører en reduksjon i arbeidstakerens fysiske, emosjonelle og kognitive ressurser. Konsekvensen er risiko for psykosomatiske helseproblemer, gjentatte belastningsskader og utslitthet. På sin side antas jobbressurser å tilfredsstillende basale psykiske behov, samt fremme arbeidsengasjement, motivasjon og arbeidsglede. Jobbressurser har potensiale til å motivere arbeidstakeren. De kan ha en iboende motiverende verdi i seg selv ettersom ressursene fostrer vekst, læring og utvikling, men også være verdifulle som ytre motivasjon ved å fungere som verktøy for å oppnå arbeidsrelaterte mål (Bakker & Demerouti, 2007, s. 312; Bakker et al., 2014, s. 399; Bakker et al., 2023, s. 33).

Et annet premiss i jobbkrav-ressursteori er at interaksjonen mellom arbeidsrelaterte krav og arbeidsressurser er viktig for utvikling av arbeidsbelastning og motivasjon. Det blir lagt til grunn at jobbressurser kan være en buffer for den innvirkningen jobbkrav har på individets helse. For eksempel blir sosial støtte ansett til å være en slik buffer. Andre karakteristikk i arbeidsdagen som kan ha betydning for modererende effekt er forutsigbarhet, forståelse for/i situasjonen, tilbakemelding på eget arbeid, støtte fra leder, og mulighet for kontroll (Bakker & Demerouti, 2007, s. 314; Bakker et al., 2023, s. 39). Personlige ressurser kan moderere betydningen av jobbkrav på lik linje som jobbressurser. Når arbeidstakere opplever at de kan kontrollere det miljøet de arbeider i er de bedre rustet i møte med jobbkravene. Samtidig kan arbeidsbelastning påvirke arbeidstakerens evne til å håndtere arbeidsoppgaver. Ved høy belastning øker blant annet risikoen for arbeidsrelaterte feil. Over tid kan dårligere arbeidsutførelse skape nye jobbkrav, som igjen kan medføre ytterligere arbeidsbelastning (Bakker et al., 2023, s. 33).

I nyere tid er ledelse og lederskap inkludert i jobbkrav-ressursteorien, utover å kun være inkludert som en ressurs i form av støtte og veiledning. Gjennom sin rolle har ledere mulighet til å fremme jobbressurser og motvirke jobbkrav, blant annet ved å inspirere og oppmuntre til arbeidsengasjement og mestring av nye utfordringer. Konsultering, delegering, tilretteleggelse og informasjon er adferd hos leder som kan fremme jobbressurser og engasjement hos arbeidstakeren (Bakker et al., 2023, s. 39).

5.0 Metode og materiale

I dette kapitlet beskriver jeg de metodiske valgene og fremgangsmåten i studien. Hensikten er å gjøre rede for hvordan forskningsspørsmålet er blitt besvart, herunder hvilke data som er innhentet og hvordan dette er gjort, samt hvordan datagrunnlaget er blitt analysert (Lerdal, 2009). Redegjørelsen for metode vil også innebære etiske hensyn og beskrivelse av hvordan personvernet til studiedeltakerne er blitt sikret. Avslutningsvis vil metoden, og valgene gjort i henhold til denne, bli diskutert.

5.1 Kvalitativ metode

Ifølge Malterud (2017) gir studiens problemstilling retningslinjer for valg av metode. Herunder er spørsmålet studien har til hensikt å belyse eller besvare avgjørende for hvilken metode som er best egnet (Malterud, 2017, s. 32). I denne studien har jeg til hensikt å undersøke, tolke og skape forståelse rundt hvilken betydning sykepleiere innen PHV og TSB opplever at arbeidshverdagen har for egen psykisk helse. Kvalitativ metode er velegnet for å oppnå slik forståelse, da metoden gir grunnlag for dybdekunnskap om sosiale fenomener og menneskelig adferd. Videre egner metoden seg når målet er å oppnå levende kunnskap om menneskers handlinger, erfaringer, forventninger, holdninger og motiver. I begrepet levende kunnskap legges her kunnskap som den enkelte tilegner seg gjennom sine egne opplevelser, livserfaring, miljø og kulturell kontekst (Malterud, 2017, s. 31-32).

5.1.1 Design

Studien har et eksplorerende design. Det innebærer at flere av veivalgene blir gjort underveis i studien etter hvert som ny kunnskap fremkommer. Blant annet kan forskningsspørsmålet eller strategier, eksempelvis utvalgsstrategi, justeres etter hvert i prosjektet som nye nyanser og innsikt avdekkes (NEM, 2010). Eksplorerende design brukes når det foreligger lite kunnskap om et forskningstema på forhånd, og en dermed ikke har tilstrekkelig kunnskap til å kunne si noe i forkant om hva en finner eller hvor ofte en finner noe (Høiseth, 2013; Tjora, 2021, s. 287).

Det er valgt en induktiv tilnærming, også kjent som «bottom up». Gjennom tilnærmingen søkes kunnskap gjennom de dataene som samles inn for å svare på problemstillingen (empiri). Dette innebærer at temaene som blir identifisert er sterkt forbundet med selve datamaterialet (Braun & Clark, 2006, s. 83). På denne måten vokser kunnskapen frem gjennom empiriske data; teori skapes fra empiri. Det teoretiske rammeverket dannes på bakgrunn av datagrunnlaget, herunder temaene som blir identifiserte gjennom analyseprosessen (Braun & Clark, 2006, s. 83; Malterud, 2017, s. 113). Tilnærmingen innebærer at tolkninger trekkes fra det enkeltstående til det allmenne (Malterud, 2017, s. 27), og at funnene i studien dermed har overførbarhet til andre sammenhenger enn der studien er gjennomført (Malterud, 2017, s. 57). Slik kan studien bidra til å presentere subjektive erfaringer, nyanser og mangfold (Malterud, 2017, s. 30).

5.1.2 Vitenskapelig forankring

Studien er vitenskapelig forankret innen hermeneutisk fenomenologi. Vitenskapsteoretisk forankring hjelper forskeren til å sette sin kunnskapsforståelse inn i en større sammenheng, og har betydning for hva som oppfattes som relevante, aktuelle og gyldige måter å undersøke verden på (Malterud, 2017, s. 27-28). Min vitenskapsteoretiske posisjonering har således betydning for studiens gjennomførelse, resultater og konklusjoner, og er dermed viktig å synliggjøre. Fenomenologi er både en filosofisk og en vitenskapelig retning. Den vitenskapelige forankringen i studien vil være avgrenset til vitenskapelig fenomenologi (Norlyk & Harder, 2010, s. 427).

Vitenskapelig fenomenologi har til hensikt å beskrive essensen av et fenomen ved å utforske fenomenet fra perspektivet til den som har opplevd eller opplever det (Norlyk & Harder, 2010, s. 427). Herunder handler vitenskapelig fenomenologi om å forstå hvordan selve opplevelsen av et fenomen var for personen, ikke bare hvordan personen reagerte på opplevelsen. I dette ligger det en grunnforståelse om at verden oppfattes ulikt hos individer (Connelly, 2010, s. 127; Neubauer et al., 2019, s. 92-93).

Fenomenologi kan deles inn i to ulike tilnærminger; beskrivende og fortolkende fenomenologi (Connelly, 2010, s. 127). Denne studien er forankret innen fortolkende fenomenologi, også kjent som hermeneutisk fenomenologi, inspirert av ideene til Martin Heidegger. Heidegger var opptatt av forholdet mellom en person og personens livsverden. Han beskrev at mennesker alltid befinner seg «kastet inn i» en konkret situasjon. Dette omtales som «væren-i-verden». Herunder formes forståelse av situasjoner gjennom tolkning,

avhengig av den konteksten personen befinner seg i (Thornquist, 2018, s. 184). Med begrepet livsverden forstås det at en persons realitet og verdensbilde er påvirket av den verdenen, og det miljøet og tiden, personen lever i. Herunder fordres antakelsen om at en persons bevisste opplevelse av et fenomen ikke kan sees separat fra verden eller personens personlige historie (Neubauer et al., 2019, s. 94). I min tolkning av datagrunnlaget har det derfor vært viktig å se beskrivelsene til sykepleierne i sammenheng med den konteksten de befant seg i. Ettersom kunnskapen er levende vil fortellingene til sykepleierne gi et øyeblikksbilde av det fenomenet som undersøkes, herunder psykisk helse i lys av arbeidshverdag.

En fenomenologisk forutsetning for forståelse er reduksjon, også kallet den fenomenologiske holdning eller «bracketing». Reduksjon handler om å sette tidligere kunnskap i parentes for å kunne undersøke et fenomen uten å være påvirket av fordommer. Hensikten er å komme så nær essensen av et fenomen som mulig (Thoresen et al., 2020, s. 35-37). Innen hermeneutisk fenomenologi forstår en forforståelse som en integrert del av forskeren; denne kan dermed aldri legges helt bort. Samtidig er det essensielt at en som forsker er bevisst egen forforståelse og hvordan forforståelsen kan påvirke det som studeres (Connelly, 2010, s. 127). En sentral betingelse for kunnskapsutveksling er intensjonalitet, som innebærer at menneskelig bevissthet alltid er rettet mot noe bestemt, herunder at bevissthetens rettethet ikke er noe vi kommer utenom (Thoresen et al., 2020, s. 35). Egen forforståelse og forskerrolle er gjort rede for i delkapittel «5.6.4 Forskerrollen».

5.2 Rekruttering og utvalg

Utvalgsstørrelsen innen kvalitative studier avhenger av type studie, forskningsspørsmålet og informasjonsstyrken i datagrunnlaget (Silverman, 2022, s. 293; Norlyk & Harder, 2010, s. 427). Det er derfor ikke et fasitsvar på hvor mange deltakere en bør inkludere i studien. Innen den fenomenologiske tradisjon søker en dypere kunnskap og forståelse rundt et fenomen gjennom beskrivelser fra de som opplever fenomenet. Herunder er variasjon og kvalitet i datagrunnlaget viktigere enn hvor mange deltakere studien har (Norlyk & Harder, 2010, s. 427).

For å utforske forskningsspørsmålet var det viktig å rekruttere deltakere som hadde erfaring med fenomenet som ble utforsket, og dermed hadde forutsetninger for å kunne uttale seg om temaet på en reflektert måte (Silverman, 2022, s. 294; Tjora, 2021, s. 145). Mer spesifikt var jeg interessert i å komme i kontakt med sykepleiere som arbeidet innen PHV eller TSB, og som hadde pasientkontakt som en del av sin arbeidshverdag. Studien er derfor basert på

strategisk utvalgte deltakere rekruttert på bakgrunn av visse kriterier (Silverman, 2022, s. 294; Tjora, 2021, s. 145). Tabell 1 viser inklusjons- og eksklusjonskriterier i studien.

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier i studien

Inklusjonskriterie	Eksklusjonskriterie
Sykepleier/spesialsykepleier	Annet helsepersonell
Minimum seks måneder erfaring fra PHV eller TSB	Mindre enn seks måneders arbeidserfaring fra PHV eller TSB
Jobber innen PHV eller TSB	Ikke tilhørende arbeid innen PHV eller TSB
Pasientrettet kontakt som del av arbeidsoppgaver	Ikke pasientrettet kontakt i sin arbeidshverdag

Kontekst ble satt til spesialisthelsetjenesten, herunder PHV og TSB. Rekrutteringsprosessen ble utført i to omganger ved ett sykehus, fire DPS, ett FACT-team og tre døgnavdelinger innen TSB i Nord-Norge. Herunder ble sykepleiere ved 17 døgnavdelinger og ett FACT-team invitert til å delta i studien. Bakgrunnen for å invitere sykepleiere fra både døgnavdelinger og FACT-team var et ønske om å få større variasjonsbredde i utvalget, for videre å kunne beskrive flere nyanser av samme fenomen (Malterud, 2017, s. 59).

I første rekrutteringsrunde ble epost med invitasjon til deltakere sendt til ledere og/eller fagutviklere ved døgnavdelingene ved det aktuelle sykehuset, DPS-ene, avdelingene innen TSB og FACT-team. Døgnavdeling der jeg selv arbeider, samt døgnavdeling som ofte samhandler og samarbeider med egen avdeling, ble ekskludert fra invitasjon til deltakelse. I epost med invitasjon til deltakelse forklarte jeg kort hensikten med studien. Vedlagt var informasjonsskriv og samtykkeerklæring (vedlegg 3), og jeg ba mottakerne (ledere/fagutviklere) om å videreformidle informasjonen til sykepleierne ved avdelingene. Hensikten var å nå ut til aktuelle deltakere via deres ledere/fagutviklere. Sykepleiere ble selv bedt om å ta kontakt på epost eller telefon dersom de ønsket å delta. Respons på invitasjonen var varierende; noen avdelinger var svært positive og gav tilbakemelding om videreformidling til sykepleiere, mens andre ikke gav respons i det hele tatt. En oppfølgingsepost ble sendt til avdelingene som ikke hadde gitt respons etter én måned. Fire

sykepleiere meldte interesse via epost over en tidsperiode på to måneder, hvorav samtlige ble kontaktet for å avtale tidspunkt for intervju. Én valgte å trekke seg før intervju og én ble «lost to follow-up» i form av at det ikke lyktes å komme i videre kontakt med deltakeren. To deltakere ble dermed rekruttert i første runde.

I andre rekrutteringsrunde ble det sendt epost til seksjonsledere ved de ulike avdelingene på sykehuset, hvor det ble bedt om tillatelse til å ta direkte kontakt med sykepleierne ved døgnavdelingene. Ettersom det hadde vist seg utfordrende å rekruttere deltakere i første runde, ble også døgnavdelinger som samhandler med døgnavdeling jeg selv arbeider ved inkludert i denne runden. Døgnavdeling der jeg selv jobber ble fremdeles ekskludert. Også i andre rekrutteringsrunde var responsen varierende. Fire seksjonsledere, med ni tilhørende døgnavdelinger, gav tilbakemelding, der samtlige gav tillatelse til å ta direkte kontakt med aktuelle sykepleiere. Sykepleiere ved aktuelle døgnavdelinger ble dermed kontaktet direkte via epost med invitasjon til deltakelse, informasjonsskriv og samtykkeerklæring. I løpet av en tidsperiode på to nye måneder tok fire sykepleiere kontakt for å melde interesse. Samtlige ble inkludert i studien.

Etter gjennomføring av seks intervjuer kunne jeg tydelig se konturene av mønstre i fortellingene til sykepleierne. Selv om den enkelte deltaker hadde nye nyanser å bidra med, opplevde jeg datamaterialet mitt som rikt. Etter vurdering opp mot studiens omfang, egen tid og kapasitet, valgte jeg dermed å avslutte rekrutteringsprosessen etter seks intervjuer.

Utvalget i denne studien består av seks kvinnelige sykepleiere. Deltakerne ble rekruttert fra fire ulike døgnavdelinger, hvorav tre avdelinger tilhørte under psykiatrisk avdeling (PHV) og én tilhørte under TSB. Det lyktes ikke å rekruttere deltakere fra FACT. Alder varierte fra tidlig i 20-årene til starten av 60-årene, og erfaring fra PHV og/eller TSB varierte fra ett til 20 år. Samtlige deltakere arbeidet i 100% stilling, hvor fire av deltakerne hadde to- eller tredelt turnusarbeid, én hadde nattarbeid og én hadde dagarbeid. To av sykepleierne jobbet på lukket døgnavdeling, mens de fire andre jobbet på åpne døgnavdelinger. For å sikre anonymitet er ikke navn på døgnavdelingene gjengitt. Av samme årsak har samtlige deltakere fått fiktive navn ved bruk av sitater i oppgaven.

5.3 Intervju

Intervju ble valgt som metode for datagenerering, herunder semistrukturerte individuelle intervjuer. Hensikten med metoden er å samle inn beskrivelser fra studiedeltakernes livsverden, og dermed få tilgang på levende kunnskap. Metoden tar utgangspunkt i et

fenomenologisk ståsted, der kunnskapen søkes gjennom språklig uttrykkelse og oppstår i skjæringspunktet mellom synspunktene til den som intervjuer og den som intervjues (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 46-47; Kvale & Brinkmann, 2021, s. 156; Tjora, 2021, s. 128). Tjora (2021) understreker at semistrukturerte intervjuer har en iboende forutsetning om at det kun er forhold knyttet til deltakeren sin subjektivitet, eller deltakeren selv som subjekt, som kan utforskes (s. 128). Gjennom studien undersøkes individuelle opplevelser om arbeid og psykisk helse, og semistrukturerte intervjuer er derfor passende. I tillegg er individuelle intervjuer velegnet på bakgrunn av temaet. Samtaler om psykisk helse kan kreve trygghet og ettertanke, og det var derfor ønskelig å gi deltakerne tid og rom til å reflektere og dele opplevelser uten påvirkning fra andre deltakere.

5.3.1 Intervjuguide

En intervjuguide (vedlegg 4) ble utarbeidet før oppstart av datainnsamlingen. Som beskrevet av Kvale og Brinkmann (2021) dannet intervjuguiden en disposisjon til selve intervjuet, med oversikt over emner som skulle dekkes, samt forslag til spørsmål. Det semistrukturerte intervju er verken strengt strukturert eller helt uten styring. Dette gav mulighet til å endre rekkefølge eller tilføye spørsmål underveis i intervjuene på bakgrunn av kunnskap og kjennskap som oppstod underveis (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 162). I denne studien var intervjuguiden basert på tre overordnede temaer; bakgrunnsinformasjon om deltakeren, arbeidshverdag, og psykisk helse. Spørsmålene som ble stilt var i hovedsak åpne. Dette gav deltakerne mulighet til å gi utfyllende beskrivelser av sine opplevelser, og gå i dybden der de hadde mye å fortelle, samt åpnet mulighet for digresjoner og det den enkelte anså som betydningsfullt for temaet (Tjora, 2021, s. 128).

5.3.2 Gjennomføring av intervju

Ifølge Tjora (2021) er en viktig forutsetning for å lykkes med intervjuet at det skapes en avslappet atmosfære der deltakeren føler seg trygg til å kunne snakke åpent og fritt om egne opplevelser og erfaringer. Å tilstrebe den uformelle, frie samtalen fremkommer som et ideal (Tjora, 2021, s. 132-135). På bakgrunn av dette fikk hver studiedeltaker selv velge intervjulokale. Valget ble også gitt av hensyn til logistikk for deltakerne og mulighet til å gjennomføre intervju på nøytral grunn. Fem av deltakerne valgte å gjennomføre intervjuet på egen arbeidsplass; herunder to på samtalerom ved de aktuelle avdelingene, to på avdelingenes pauserom og én på eget kontor. Den siste deltakeren valgte å gjennomføre intervju utenfor arbeidsstedets område. I dette tilfellet ble intervjuet utført på privat grupperom ved et offentlig bibliotek. Alle intervjuene ble gjennomført på rom med skjermet innsyn. I ett av

intervjuene ble vi avbrutt av en telefonsamtale deltakeren måtte besvare, og som medførte at vedkommende måtte avslutte intervjuet kort tid etter. Dette oppstod dog mot slutten av intervjuet. Fra mitt perspektiv var ikke avbrytelsen av stor betydning ettersom vi på dette tidspunktet kun hadde en oppsummering av intervjuet igjen, noe deltakeren tok seg tid til å høre gjennom, samt bekreftet informasjonen som ble gjengitt.

Samtlige intervjuer ble startet med muntlig gjentakelse av informasjonsskrivet som var sendt til deltakerne ved invitasjon til deltakelse (vedlegg 3). Her ble studiens hensikt og formålet med intervjuet gjentatt, samt deltaker sine rettigheter i form av frivillig deltakelse, innsyn i egne opplysninger og mulighet til å trekke seg fra studien på aktuelt eller senere tidspunkt. Det ble forklart at deltakerne ville bli anonymisert i studien, samt at lydopptak ville oppbevares på en forsvarlig måte og til slutt slettet. Det ble opplyst om at det ville bli tatt notater underveis for lettere å kunne oppsummere intervjuet på slutten, og at disse notatene ville bli makulerte i etterkant.

Som sykepleier ansatt ved det samme sykehuset som intervjuene ble utført, ble det viktig å tydeliggjøre egen rolle i forkant av intervju. Datainnsamling i kvalitative studier har ofte en personlig karakter, og gjensidig tillit der deltakeren kjenner seg trygg uten å oppleve seg presset eller invadert er derfor viktig (Malterud, 2017, s. 211-212). Deltakerne fikk informasjon om at min rolle under intervjuet var som student, og ikke ansatt, og de ble påminnet om at deltakelse i intervjuet ikke fratok dem sin yrkesmessige taushetsplikt. Herunder ble deltakerne oppfordret til å vise varsomhet i beskrivelser av situasjoner som kunne omfatte tredjepersonsopplysninger. Tre av deltakerne hadde jeg kjennskap til fra tidligere gjennom samhandling med andre avdelinger i egen arbeidshverdag. Ettersom det også forelå en risiko for samarbeid og samhandling i fremtiden ble bekjentskapet tatt opp med de aktuelle deltakerne, hvor de ble spurt om de opplevde det som greit å skulle samtale om egen psykisk helse med meg, i lys av mulig fremtidig arbeidsrelasjon. Samtlige av deltakerne gav tilbakemelding om at de ikke anså dette som problematisk for deltakelse i studien.

Før opptak og gjennomførelse av selve intervjuet skrev deltakerne under på samtykkeskjema (vedlegg 3). Her måtte de også krysse av for, og dermed godkjenne, at intervjuene ble gjort opptak av. Smarttelefon med appen Nettskjema-Diktafon ble benyttet for opptak. Opptakene ble dermed umiddelbart kryptert på telefonen, før de ble sendt til Nettskjema for videre transkripsjon (UiO, 2023).

Lengden på intervjuene varierte noe, hvor det korteste intervjuet hadde en varighet på 29 minutter og det lengste på én time og 17 minutter i opptakstid. Dette syntes å ha sammenheng med hvor detaljert og eksempelfyllt deltakerne svarte på spørsmålene, samt hvor mye erfaring fra arbeidsliv og yrkeskarriere de kunne vise til. Samtlige deltakere fortalte åpent om sine opplevelser. Det fremkom dog en variasjon i hvor konkret og privat den enkelte var i sine beskrivelser. Undervegs i intervjuene ble det stilt oppfølgings spørsmål til det deltakerne fortalte. Samtlige ble også bedt om å utdype, gjenta, eller komme med eksempler dersom de delvis hadde svart på kommende spørsmål, samt bedt om å utdype egne utsagn der dette ble vurdert som meningsskapende. Utover dette ble intervjuguiden fulgt under alle forskningsintervjuene, med noen tilfeller av ombytting på rekkefølgen av spørsmålene.

5.3.3 Transkripsjon

I etterkant av intervjuene ble lydopptakene transkribert. Fra og med 1. juni 2023 blir alle lydopptak levert i Nettskjema transkribert automatisk (UiO, 2023). Jeg valgte likevel å transkribere intervjuene manuelt. Dette inngikk som første del av analysen, der jeg ble kjent med datamaterialet jeg hadde samlet inn. En annen grunn til valget om å transkribere manuelt var for å fange opp det personlige i intervjuene, samt sikre at alt som ble sagt ble fanget opp. Tjora (2021) beskriver at det viktigste tapet når samtaler blir transkribert til tekst er de visuelle ledetrådene og informasjon om stemningen under intervjuene. Likevel vil risikoen for å miste informasjon i transkripsjonen reduseres når personen som utfører intervjuene og transkripsjonene er den samme (Tjora, 2021, s. 186). Jeg forholdt meg derfor relativt detaljert til datamateriale. Ved å lytte gjennom og transkribere alle utsagn, også de som ikke var relevante for funnene, fikk jeg et helhetlig bilde der krent, sukk, latter, stillhet og pauser også ble fanget opp. På denne måten fikk jeg med mest mulig materiale inn i analyseprosessen. Jeg valgte å transkribere intervjuene på bokmål. Ettersom deltakerne snakket ulike dialekter kan det å skrive ut intervjuene på ett felles skriftspråk bidra til anonymisering (Tjora, 2021, s. 186).

Transkripsjon ble gjort i NVivo, som er et komplekst dataprogram med analyseverktøy for kvalitativ forskning (UiO, u.å.). Teksten ble umiddelbart anonymisert ved at navn, stedsnavn, navn på sykehus og avdelinger ikke ble transkribert. I selve transkripsjonen ble det brukt hakeparenteser der slik informasjon forelå, for eksempel ved at det ble skrevet [eget navn] eller [navn på sykehus]. I noen av intervjuene fremkom det tredjepersonopplysninger i form av navn på avdelingsledere og navn på tillitsvalgt. Sikt (u.å.) beskriver at tredjepersonopplysninger er informasjon om andre personer enn den som deltar i

forskningsprosjektet, og som indirekte eller direkte kan identifisere denne personen. Tredjepersoner har de samme rettighetene ved behandling av personopplysninger som de andre registrerte i prosjektet (Sikt, u.å.). Alle tredjepersonopplysninger ble tatt bort fortløpende under transkripsjon.

5.4 Personvern og forskningsetikk

Forskningsetikk består av en rekke grunnleggende og alminnelige normer forankret i det internasjonale forskerfellesskapet, og i samfunnets krav og forventninger (NESH, 2021). All forskning ved Nord Universitet skal være basert på respekt for deltakernes rettigheter og menneskeverd, samt utføres i henhold til forskningsetikkloven og anerkjente forskningsetiske normer og regler. Nord Universitets forskningsetiske prinsipper om åpenhet, respekt og tillit er ivaretatt i studien (Nord Universitet, u.å.-a). Videre har jeg fulgt forskningsetiske lovverk (Forskningsetikkloven, 2017; Personopplysningsloven, 2018), inkludert prinsipper fremlagt i Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 2022), og forskningsetiske retningslinjer, særlig knyttet til informert og frivillig samtykke, anonymitet, roller og ansvar, konfidensialitet og taushetsplikt (NEM, 2010; NESH, 2021).

Prosjektet hadde meldeplikt til Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (Sikt). Vurdering forelå fra Sikt 23. juni 2023 (ref. 402830) (vedlegg 6). Prosjektet omfatter ikke sårbare grupper, involverer kun helsepersonell, og vil ikke regnes som helsefaglig og medisinsk forskning. Det er dermed ikke vurdert som meldepliktig til REK (Halvorsen & Jerpseth, 2016; Nord Universitet, u.å.-b). Denne vurderingen er tatt i samråd med veileder. Rekruttering og datainnsamling startet opp etter personvernvurdering fra Sikt forelå. I meldeskjemaet er det stadfestet hvordan personopplysninger skal oppbevares under og etter studien (vedlegg 5).

Innen forskningsetikk er hensyn til forskningsdeltakernes integritet et bærende element. Herunder er det frivillige informerte samtykket avgjørende (Halvorsen & Jerpseth, 2016). Det er en forutsetning at studiedeltakerne får tilstrekkelig med informasjon på forhånd til at de eventuelt kan takke nei til deltakelse uten at de kommer i en vanskelig situasjon (NEM, 2010). Ved invitasjon til deltakelse i studien mottok deltakerne informasjonsskriv som omfattet hensikten med studien, hva det innebar å delta, retningslinjer i forhold til personopplysninger og personvern, og deltakers rettigheter. Denne informasjonen ble gjentatt ved oppmøte til intervju, med mulighet til å oppklare eventuelle spørsmål eller utydeligheter, før samtykkeskjema ble skrevet under på.

Etter retningslinjene til Nord Universitet (u.å.-b) skal alt fysisk materiale som inneholder personopplysninger oppbevares innelåst slik at andre ikke får tilgang til dem. Elektroniske persondata i klassifisering grønn, gul eller rød kan oppbevares i OneDrive dersom filer og mapper ikke er delt med andre, og OneDrive ikke blir synkronisert til privat pc (Nord Universitet, u.å.-b). Signerte samtykkeskjema inneholder personopplysning i form av underskrift til deltakerne. Skjemaene ble etter signering låst inn i privat skap inntil mulighet for scanning. De ble deretter scannet og lagret i låst OneDrive-mappe i henhold til retningslinjene. Det ble i den anledning sikret at OneDrive-mappe med disse opplysningene ikke ble synkronisert til privat pc. Originalt samtykkeskjema ble deretter makulert.

Det ble gjort opptak av samtlige intervjuer. Lydopptak er å anse som en kilde til personopplysninger da stemmen til informantene kan kobles opp mot den aktuelle deltaker (NEM, 2010). Lydopptak skal dermed behandles etter personvernreglementet. I henhold til retningslinjene ved Nord Universitet (u.å.-b) for oppbevaring og sikring av personopplysninger ble intervjuene tatt opp ved bruk av Nettskjema-Diktafon-appen. Appen ble lastet ned på privat mobiltelefon. Lydopptakene ble dog ikke lagret på mobil, men kryptert og sendt direkte til Nettskjema (Nord Universitet, u.å.-b). Jeg informerte deltakerne om hensikten med å benytte lydopptaker, samt hvor lydopptakene ble lagret og sletting av disse ved prosjektets slutt. Deltakerne ble videre informert om at de ble anonymiserte i oppgaven. Som nevnt, er særnavn, stedsnavn og dialekt tatt bort under transkripsjon av intervjuene, samt at alle deltakere har fått fiktive navn ved bruk av sitater i resultatdelen.

I de forskningsetiske retningslinjene fremkommer det at hensynet til forskningsdeltakernes velferd skal gå fremfor vitenskapens og samfunnets interesser (NESH, 2021). Når temaer av vanskelig eller sensitiv karakter tas opp i intervju kan dette medføre overveielser eller reaksjoner hos deltakerne som de ikke var forberedt på. Som forsker har en derfor et særlig ansvar å utøve aktsomhet når en tar opp slike temaer (Malterud, 2017, s. 211-213). Deltakerne ble i forkant av intervjuene informert om studiens tema og hensikt, samt mulighet til å trekke samtykket uten begrunnelse. I tillegg var det viktig å avklare egen rolle i prosjektet for å motvirke uheldige eller motstridende forventninger (Malterud, 2017, s. 213), spesielt med tanke på at jeg selv er sykepleier innen fagfeltet. Deltakerne fikk derfor informasjon om min rolle før opptak av intervjuene, herunder at prosjektet fra min side ble utført som student og ikke som sykepleier eller ansatt. Det ble også understreket at jeg ikke var ute etter informasjon om deltakernes sykehistorie, herunder sykdommer, diagnoser eller lidelser, men derimot beskrivelser av deres opplevelse av daglig psykisk helse i lys av arbeidshverdag og -

oppgaver. På bakgrunn av studiens tema ble deltakerne minnet på sin yrkesmessige taushetsplikt og at de ikke var fritatt denne under deltakelse i studien. Det fremkom ingen pasientopplysninger under intervjuene.

5.5 Analyse

5.5.1 Refleksiv tematisk analyse

For å utforske forskningsspørsmålet har jeg gjort en refleksiv tematisk analyse. Formålet med analyse er å gjøre det mulig for en leser av forskningen å få økt kunnskap om det temaet det blir forsket på (Tjora, 2021, s. 216). Braun og Clark (2006) viser at tematisk analyse er en velegnet analysemetode når en søker å forstå menneskelig erfaring, mening og opplevelse (Braun & Clark, 2006, s. 81). Gjennom en refleksiv tilnærming blir det dannet koder av datamateriale, som videre utarbeides til temaer. Prosessen ansees å være subjektiv der temaer blir generert av forskeren gjennom arbeid med datamaterialet. Dette fordrer en fortolkende holdning, der forskeren må reflektere over egen forforståelse og hvordan denne kan påvirke arbeidet som utføres (Braun & Clark, 2021, s. 39).

Jeg har fulgt de seks analysefasene som gitt av Braun og Clark (2006) for tematisk analyse: 1) bli kjent med datamaterialet, 2) koding av datamaterialet, 3) genere initiale temaer, 4) revurdere temaene og videreutvikling av disse, 5) definere og navngi endelige temaer, og 6) rapportskrivning. De seks fasene representerer en retningslinje for analyseprosessen som må tilpasses etter forskningsspørsmålet og datamaterialet. Prosessen er dynamisk, og som forsker beveger en seg frem og tilbake mellom de ulike fasene etter hvert som en arbeider med materialet (Braun & Clark, 2006, s. 86-87).

5.5.2 Praktisk gjennomføring av analyse

Ifølge Braun og Clark (2006) starter analyseprosessen når forskeren begynner å legge merke til meningsbærende mønstre og segmenter av mulig interesse i datamaterialet (Braun & Clark, 2006, s. 86). Allerede under intervjuene begynte jeg å ane konturene av mønstre. Disse ble også tydeligere under transkripsjon av datamaterialet. Analyseprosessen startet således allerede på dette tidspunktet. I første omgang fanget beskrivelser jeg selv kjente igjen fra egen arbeidshverdag og -erfaring min oppmerksomhet. I denne tidlige fasen var dermed mønstrene som åpenbarte seg farget av min egen forforståelse.

Etter endt transkripsjon leste jeg gjennom datamaterialet flere ganger for å gjøre meg ordentlig kjent med materialet. Her ble konturene av meningsbærende mønstre tydeligere. I tillegg til kjente, og tidvis forventede, temaer, lot jeg meg overraske over temaer jeg ikke

hadde forventet skulle bli viet oppmerksomhet i så stor grad fra deltakerne. Jeg brukte verktøyet «annotations» i NVivo for å markere segmenter jeg vurderte som relevante og interessante for videre analysering. Disse ble akkompagnert av notater; korte notiser for å markere gjentakende temaer eller mer utfyllende notater om egne tanker, refleksjoner og forståelse rundt det som ble sagt. I tillegg til markering i NVivo, laget jeg et tankekart for hånd som presenterte førsteinntrykk av mulige temaer. Dette dannet grunnlaget for videre analyse i fase to.

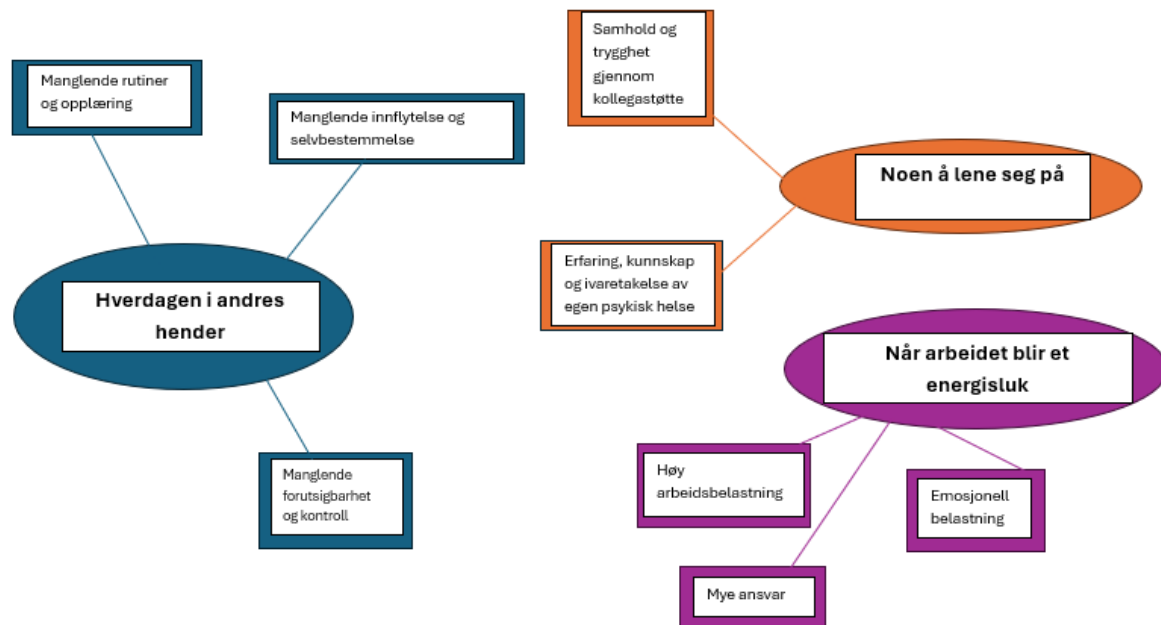
Også analysefase to, koding av datamaterialet, ble gjennomført i NVivo. Her ble det dannet koder av relevante dataekstrakter. Jeg kodet materialet fortløpende mens jeg leste gjennom det transkriberte materialet på nytt. Datamaterialet ble lest sakte og oppmerksomt, med mål om å fange opp alle utsagn av betydning. Etter første runde med koding forsøkte jeg å gå videre på fase tre; generering av initiale temaer. Jeg oppdaget imidlertid raskt at kodene var korte og deskriptive, noe som gjorde det utfordrende å sortere de videre i temaer. Flere av dataekstraktene var også kun kodet én gang, selv om de kunne generert flere koder. Jeg valgte derfor å kode materialet på nytt. Gjennom prosessen beveget jeg meg fra et tilnærmet semantisk nivå til et mer latent nivå, med formål å få frem betydningen i kodene utover det som eksplisitt ble sagt (Braun & Clark, 2006, s. 84). Endelig resultat gav meg omkring 60 koder.

I analysefase tre opprettet jeg et Word-dokument for utarbeiding av temaer. I dokumentet laget jeg en tabell og plasserte kodene kolonnevis inn i denne. Hver kolonne representerte et tema. Koder som syntes å danne meningsbærende mønstre, ble plassert i samme kolonne. Jeg flyttet kodene frem og tilbake mellom de ulike kolonnene for å utforske flere mulige temaer. Dataekstrakter ble gjennomlest på nytt undervegs for å identifisere mønstre på tvers av datasett og koder. Etter denne fasen stod jeg igjen med 12 mulige temaer.

I analysefase fire vil det, ifølge Braun og Clark (2006), bli tydelig for forskeren at noen av de initiale temaene ikke utgjør stødige temaer likevel. Noen temaer vil dermed tas bort, noen består, og andre sammenfattes til nye temaer. De endelige temaene bør være gjensidig utelukkende. Data innen hvert enkelt tema skal sammenfalle naturlig, samtidig som det bør være klare og identifiserbare forskjeller mellom de ulike temaene (Braun & Clark, 2006, s.91). Jeg oppdaget raskt at flere av mine initiale temaer kunne sammenfattes til større meningsbærende enheter. Jeg visualiserte dette for meg selv på to måter; opprettet en egen tabell for mulig sammenfatning av temaer og tilfallende relevante dataekstrakter, samt laget et

tematisk kart med oversikt over hovedtemaer og undertemaer. Det tematiske kartet ble jobbet videre med for å identifisere og navngi endelige temaer i analysefase fem. Kartet ble ferdigstilt parallelt med påbegynnelse av fase seks, rapportskrivning, da endelige temaer ble enda tydeligere for meg når jeg begynte å skrive ut funnene. Analyseprosessen endte i tre hovedtemaer, med tilhørende to til tre undertema hver. Figur 2 viser ferdigstilt tematisk kart, med endelige hovedtemaer og undertemaer.

Figur 2: Tematisk kart over hovedtemaer og undertemaer



5.6 Metodediskusjon

I dette kapittelet diskuteres de ulike stegene i forskningsprosessen, herunder studiens reliabilitet og validitet, samt egen forskerrolle.

5.6.1 Studiens reliabilitet

Reliabilitet, validitet og generaliserbarhet er tre begreper som ofte nyttes som indikatorer på kvalitet innen kvalitativ forskning (Tjora, 2021, s. 257). Reliabilitet dreier seg om pålitelighet og omhandler interne sammenhenger i forskningsprosjektet, samt hvordan disse synliggjøres.

Det er herunder viktig å gjøre rede for koblinger mellom analyse, teori og empiri. Innen kvantitative studier vil et viktig aspekt innen reliabilitet være om studiens resultater er etterprøvbare. Dette er dog problematisk innen induktive kvalitative studier (Tjora, 2021, s. 263-264). I tråd med induktiv metode har jeg ikke benyttet hypoteser eller basert intervjuprosessen på utvalgte teorier. Derimot er teori valgt ut på bakgrunn av de resultatene som fremkom som følge av analyse av innhentet datamateriale. Målet har vært å synliggjøre sykepleiernes opplevelser. De ulike metodiske delene av studien, herunder rekruttering, utvalgsprosess, innsamling av data, analyse, bruk a teori, og hvordan og hvorfor ulike valg er tatt undervegs i studien, er åpent beskrevet og diskutert gjennom oppgaven for å sikre transparens (gjennomsiktighet). Gode beskrivelser av valg gjort i studien er viktig for å gi leseren et godt nok innblikk i studien til at de kan gjøre seg opp en formening om kvaliteten i forskningen. Transparens bidrar til å styrke oppgavens reliabilitet (Tjora, 2021, s. 264).

5.6.2 Studiens validitet

Validitet handler om studiens gyldighet og hvorvidt de svarene som forskningen avdekker faktisk er svar på de spørsmålene som stilles. Med andre ord omhandler validitet kredibiliteten til forskerens fortolkninger (Malterud, 2017, s. 192; Silverman, 2022, s. 422; Tjora, 2021, s. 260). I all forskning bør det derfor stilles spørsmål om metoden som er brukt understøtter formålet med studien (Malterud, 2017, s. 192).

I denne studien var valg av kvalitativ metode, med en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming og semistrukturerte, individuelle intervjuer, hensiktsmessig for å sikre et så rikt datagrunnlag som mulig om hva sykepleierne opplevde som betydningsfullt i sin arbeidshverdag for egen psykisk helse. Min egen rolle som forsker, i lys av å være yrkesutøver innen samme fagfelt, har betydning for innsamling og fortolkning av datamaterialet. Rollen krever en bevisst holdning og vil drøftes i senere delkapittel. I det følgende vil jeg diskutere noen forhold av betydning for studiens validitet.

Studien hadde en induktiv tilnærming der det teoretiske grunnlaget ble dannet på bakgrunn av de temaene som ble identifiserte under analyseprosessen. Byrne (2022) viser i sin artikkel at koding og analyse av data sjelden kun er induktiv eller deduktiv, men derimot en kombinasjon, der en av tilnærmingene er mer dominant enn den andre. Han argumenterer for at forskeren er i behov av visse kriterier for å vite om dataekstraktene er relevante for forskningsspørsmålet, og dermed verdt å kode (Byrne, 2022, s. 1397). I henhold til induktiv tilnærming forelå det ikke et teoretisk grunnlag som datamaterialet ble analysert i henhold til.

Jeg hadde dog kjennskap til tidligere forskning og foreliggende kunnskap, da dette var nødvendig for å vite om studien hadde relevans. I tillegg, og i tråd med hermeneutisk fenomenologisk forståelse, var min erfaring fra feltet og forforståelse med meg gjennom hele prosessen. Denne forsøkte jeg dog å legge mest mulig til side, samtidig som jeg var den bevisst. Etter hvert som jeg så konturene av mønstre og mulige temaer startet tankeprosessen med å finne relevante teorier. Refleksiv tematisk analyse inviterte til å jobbe frem og tilbake gjennom de ulike analysestegene (Byrne, 2022, s. 1398). Likevel ble hovedteorien (JDR) i studien utarbeidet i etterkant av analysen, når resultatene forelå. Den induktive tilnærmingen har således vært dominerende gjennom prosjektet, dog inngått i en dynamisk prosess der teorier etter hvert har fått større plass. Tilnærmingen kan dermed minne om en abduktiv tilnærming (Tjora, 2021, s. 40).

Ifølge Malterud (2017) har all kunnskap «begrenset gyldighet ut over det rommet der den lever sitt liv, med mindre den kan deles og formidles til andre» (s. 196). Gyldighet avhenger således av forskerens evne til å kommunisere egen forskning, herunder både den forskningsmessige prosessen og resultatene som fremkommer av denne. Målet er ikke nødvendigvis at leseren skal være enig i vegvalgene forskeren har gjort, men å skape grunnlag for innsikt og forståelse (Malterud, 2017, s. 196-197). Gjennom masteroppgaven gjøres innhentet kunnskap tilgjengelig. For å formidle kunnskapen via et språk som leseren kan forstå, uavhengig av fagbakgrunn og forkunnskaper, er begreper som ikke benyttes i dagligtale forklart i delkapittel «4.1 Begrepsavklaringer». Dette bidrar også til å gi leserne like premisser til innsikt og forståelse av kunnskapen.

5.6.3 Ekstern validitet

Hensikten med kvalitative studier er sjelden generaliserbare funn. Likevel er det et mål at kunnskapen som fremkommer skal kunne anvendes av andre og dermed ha en overføringsverdi, altså en ekstern validitet. Hvor og i hvilken grad funnene er overførbare avhenger delvis av utvalgsstrategien (NEM, 2010).

Studien er basert på et strategisk utvalg, der deltakerne var sykepleiere med førstehånds erfaring fra PHV og TSB. Ifølge Malterud (2017) er utvalgsbias en «kalkulert risiko» ved bruk av strategiske utvalg. Dersom datamaterialet innhentes fra egne meningsfeller kan dette forstyrre kunnskapsutviklingen dersom det innebærer at forforståelsen til forskeren ikke utfordres (Malterud, 2017, s. 68). I lys av studiens tematikk deler jeg og deltakerne en del av de samme fagtradisjonene og forståelsesrammene. Likevel er deltakernes beskrivelser nyttige

og belyst for forskningsspørsmålet, og er preget av deres individuelle historier. Selv om min forforståelse dannet bakgrunnen for ønske om å undersøke feltet, har jeg gjennom studien vært denne bevisst, og ser således ikke det strategiske utvalget som et bias. Egen forforståelse er beskrevet mer inngående i delkapittel «5.6.4 Forskerrollen».

Å få deltakere til å stille opp på intervjuer viste seg å være en krevende prosess, der responsen på invitasjon var varierende. Etter to rekrutteringsrunder, der antall døgnavdelinger inkludert i rekrutteringsprosessen måtte utvides i andre runde, lyktes det å rekruttere seks sykepleiere til å delta på individuelle forskningsintervju. Fem av seks deltakere arbeidet innen PHV, mens én deltaker tilhørte innen TSB. Samtlige deltakere var kvinner. Årsaken til dette er ukjent. Det kan dog sees i sammenheng med at sykepleie er et kvinnedominert yrke (Karlsmoen, 2022), og at tilgangen på mannlige sykepleiere således har vært lav. Det foreligger dermed en kjønnsmessig skjevfordeling i utvalget. Utvalget har likevel en vid spredning i alder og yrkesaktive år innen PHV/TSB. Samtidig ble invitasjon til deltakelse sendt per epost. Det kan tenkes at epost i noen tilfeller ikke er blitt lest av potensielle deltakere, eller at invitasjon til deltakelse via ledere og fagutviklere (første rekrutteringsrunde) har resultert i at invitasjon kun har nådd sykepleiere som var til stede i det aktuelle tidsrommet invitasjonen ble viderefremmet. Utvalget bærer dermed preg av å være et resultat av tilgjengelighet.

Deltakerne i studien hadde arbeidsforhold på både lukkede og åpne døgnavdelinger, noe som innebærer ulike arbeidsmetoder, arbeidsmiljøer og pasientgrupper. På den ene siden gav det å inkludere sykepleiere ved både lukkede og åpne døgnavdelinger mulighet for et bredt tilfang av datamateriale. På den andre siden kan det ikke utelukkes at nyanser i de opplevelsene sykepleierne beskrev kan sees i sammenheng med type avdeling, og at andre aspekter vedrørende tematikken hadde fremkommet dersom rekruttering hadde vært avgrenset til enten lukkede eller åpne døgnavdelinger. På samme tid ville en slik avgrensning trolig ha medført ytterligere utfordringer i rekrutteringsprosessen, og i lys av studiens omfang har inklusjon av både lukkede og åpne døgnavdelinger trolig vært avgjørende for å sikre et rikt nok datagrunnlag.

Tjora (2021) legger til grunn at utfordringer med å rekruttere deltakere ikke er uvanlig, spesielt dersom studien omhandler ømfintlige temaer (s. 151). Herunder kan det ikke utelukkes at det å skulle fortelle om egen psykisk helse oppleves privat for mange og således var en terskel for deltakelse. Samtidig kan en ikke kontrollere hva de som ikke ønsket å delta, eller av andre grunner ikke responderte på invitasjon, ville ha formidlet (Tjora, 2021, s. 147).

Under rekrutteringsprosessen har jeg ikke hatt tilgang til sykepleiere som er sykemeldte eller har sluttet i jobben grunnet psykisk belastning, og jeg kan således ikke utelukke at denne gruppen ville ha tilføyd andre nyanser til datamaterialet. På samme tid kan det tenkes at denne gruppen ville hatt et kritisk syn på egen arbeidsplass og dens innvirkning på egen psykisk helse. Deltakerne som ble rekruttert gav under intervjuene uttrykk for å oppleve studiens tema som interessant og viktig. Det er således mulig at de som takket ja til deltakelse hadde et spesielt engasjement for tematikken eller et behov for å lufte sine tanker og opplevelser av egen psykisk helse i lys av arbeidshverdag.

Enhver utveksling av kunnskap representerer en mulighet for misforståelse, feilaktige tolkninger og usannheter (Malterud, 2017, s. 193). Som forsker innen det fortolkende paradigmet er det mine tolkninger av det deltakerne forteller som skaper kunnskapsgrunnlaget. Når kunnskapen innhentes via intervju skaper samtalen en ramme som avgjør hvilken historie som fortelles (Malterud, 2017, s. 193). For å avdekke eventuelle misforståelser der jeg og deltakerne kan ha snakket forbi hverandre, eller der jeg kan ha misforstått det som ble formidlet, ble det under intervjuene stilt oppklarende spørsmål til det som ble sagt. I tillegg ble hvert intervju avsluttet med en oppsummering der jeg som forsker oppsummerte det jeg hadde oppfattet at deltakerne hadde formidlet. Deltakerne fikk da mulighet til å oppklare eventuelle misforståelser eller komme med tilføyinger. Gjennom intervjuene fremkom det både negative og positive opplevelser, syn og svar på det deltakerne ble spurt om, noe som bidro til et variert og nyansert datagrunnlag. Jeg tror derfor at jeg har unngått særlige skjevheter i datamaterialet.

5.6.4 Forskerrollen

Min rolle og erfaring som spesialsykepleier innen psykisk helsevern ledet opp til mitt ønske om å undersøke arbeidsfeltet. Forskning innen eget fag- og yrkesfelt har medbrakt en forforståelse som tidvis har vært utfordrende å frigjøre seg fra. Eksempelvis har jeg aktivt jobbet med egen oppmerksomhet og kroppsspråk under intervjuene for å gi deltakerne anledning til å selv styre samtalene uten påvirkning av mine meninger, tanker og uttrykk, særlig når jeg har kjent meg igjen i det deltakerne har fortalt. Egen forforståelse har dog naturligvis påvirket hvordan jeg innhenter, leser og tolker data. Byrne (2022) synliggjør at kunnskap dannes gjennom forskerens tolkning av det deltakeren beskriver (s. 1398).

Redegjørelse for egen forforståelse er derfor viktig for studiens validitet (Silverman, 2022, s. 427). Malterud (2017) beskriver forforståelse som den «ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, før prosjektet starter» (Malterud, 2017, s. 44).

Å forske på eget fagfelt har både fordeler og ulemper. Ved kvalitative studier er nærhet til feltet en viktig forutsetning, samtidig som det fremmer en nødvendighet om refleksiv holdning hos forskeren inn i den analytiske tolkningen av resultatene (NEM, 2010). På den ene siden har min yrkesposisjon trolig gitt en enklere tilgang på aktuelle deltakere. Egen yrkesrolle har også gitt meg mulighet til å sette meg inn i deltakerne sitt ståsted, og en tilgang og forutsetning til å forstå fagfeltet. Dette innebærer at jeg deler normer, språk og tradisjoner med deltakerne i studien. Aktiv lytting er en ferdighet som er en sentral del av min arbeidshverdag, noe som har vært en fordel å ha med seg inn i intervjusituasjoner. På den andre siden utgjør de samme forutsetningene en risiko for at jeg i mitt arbeid med studien tar ting for gitt og dermed opptrer blindt, eksempelvis ved å la egen forforståelse styre min tolkning av deltakernes fortellinger. Thornquist (2018) beskriver at det innen forskning alltid vil være noe vi ikke ser, uansett hvor og hvordan vi forsker. Når forskningsfeltet i utgangspunktet er kjent, ligger utfordringen i å gjøre det kjente fremmed (Thornquist, 2018, s. 262-263). Målet er å utvide egen kunnskap og forståelse. Å være bevisst egen rolle i studien har bidratt til å motarbeide at jeg entret prosjektet blindt med antakelser rundt kommende resultater (Malterud, 2017, s. 45).

I det fenomenologiske intervju er det, ifølge Thoresen et al. (2020), et ideal å forsøke å være åpen for det som er viktig for deltakeren. Likevel vil det ikke være mulig å stille seg nøytral i intervjusituasjonen, og som forsker vil en gjennom en gjensidig dialog med deltaker prege det som kommer frem (Thoresen et al., 2020, s. 50-51). Under intervjuene forsøkte jeg å være bevisst på dette. Jeg tok i stor grad en lyttende posisjon, der jeg stilte oppfølgingsspørsmål til det som virket å være viktig for den enkelte deltaker uten å si meg enig eller uenig i deres opplevelser og meninger. Dette virket å fungere hensiktsmessig i form av å ikke styre samtalene for mye i én retning. Tidvis virket det likevel frustrerende for noen av deltakerne å ikke få verbal støtte og bekreftelse fra meg når de fortalte om krevende forhold i sin arbeidssituasjon. I disse tilfellene kan det tenkes at egen bakgrunn som spesialsykepleier innen samme fagfelt medførte forventninger hos deltakerne om at vi skulle dele en del av de samme opplevelsene. I noen tilfeller erfarte jeg at det å være stille etter deltakerne hadde svart konkret på mine spørsmål medførte at de på eget initiativ utdypet det de hadde fortalt.

Videre jobbet jeg aktivt under analyseprosessen med å ikke la egen forforståelse være avgjørende for fortolkningen av datamaterialet. Braun og Clark (2019) beskriver at temaer som identifiseres gjennom refleksiv tematisk analyse er et resultat av analytisk og fortolkende arbeid, og forskeren har således en sentral rolle i kunnskapsutvikling gjennom denne

analysemetoden (s. 594). Selv om jeg har vært bevisst min egen posisjon og rolle i prosjektet er studiens temaer aktivt produsert i møtepunktet mellom meg som forsker, datamaterialet, mine teoretiske antakelser og analytiske ferdigheter. Braun og Clark (2019) legger til grunn at bærebjelken i refleksiv tematisk analyse er forskerens reflekterende arbeid med datamaterialet, samt forskerens refleksive og gjennomtenkte arbeid i den analytiske prosessen (Braun & Clark, 2019, s. 594).

6.0 Resultat

I dette kapittelet presenterer jeg studiens resultater. Resultatene belyser forskningsspørsmålet «Hvilken betydning opplever sykepleiere innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling at arbeidshverdagen har for egen psykisk helse?». Resultatene er understøttet med sitater fra deltakerne.

Gjennom refleksiv tematisk analyse ble tre hovedtemaer utviklet:

1. Når arbeidet blir et energisluk
2. Hverdagen i andres hender
3. Noen å lene seg på

Hvert hovedtema forgreiner seg i to til tre undertemaer. Studiens hovedtemaer og tilhørende undertemaer er presentert i tabell 2.

Tabell 2: Studiens hovedtemaer og undertemaer:

Hovedtema	Undertema
Når arbeidet blir et energisluk	Høy arbeidsbelastning
	Emosjonell belastning
	Mye ansvar
Hverdagen i andres hender	Manglende forutsigbarhet og kontroll
	Manglende innflytelse og selvbestemmelse
	Manglende rutiner og opplæring
Noen å lene seg på	Samhold og trygghet gjennom kollegastøtte
	Erfaring, kunnskap og ivaretagelse av egen psykisk helse

6.1 Når arbeidet blir et energisluk

Temaet «Når arbeidet blir et energisluk» omhandler sykepleiernes fortellinger om ansvar, arbeidsmengde, forventninger og det å bli sliten av jobben de står i. Som undertemaene tilsier er det flere ulike aspekter som kan oppleves energitappende i arbeidshverdagen til sykepleierne, og temaet forgreiner seg i undertemaene «Høy arbeidsbelastning», «Emosjonell belastning» og «Mye ansvar».

6.1.1 Høy arbeidsbelastning

Dette undertemaet handler om sykepleiernes beskrivelser av å ha en større arbeidsmengde enn de opplever som håndterbart, samt hvilken betydning dette har for hvordan de møter pasientene og opplevelsen av seg selv som yrkesutøver. Sykepleierne beskrev å ha mange samtidige arbeidsoppgaver. Arbeidsoppgavene strakte seg fra tradisjonelle sykepleiefaglige oppgaver, som medikamenthåndtering og sårstell, til mer generelle oppgaver som kjøkkenansvar og renhold. Sykepleierne fortalte at de også ofte hadde en ansvarlig funksjon på sine vakter, enten som ansvarsvakt eller som sykepleiefaglig ansvarlig. Flere opplevde at mange samtidige arbeidsoppgaver gikk utover muligheten til å følge opp pasientene i den grad de ønsket. Sykepleier Tora beskrev:

Man har ansvaret for en pasient og så vet at jeg har tre andre, eller to andre som også må følges opp, og kanskje er koordinator og må gjøre administrative oppgaver. Så de får ... jeg synes, jeg synes litt synd i de pasientene som har sykepleier som kontakt.

Når mange og samtidige arbeidsoppgaver gikk utover pasientarbeid kunne dette oppleves frustrerende og være en kilde til irritasjon. Flere beskrev at de hadde dårlig samvittighet ovenfor pasientene, samt fikk dårlig samvittighet når uferdige arbeidsoppgaver måtte videreføres til neste skift grunnet manglende mulighet til å fullføre disse selv. Spesielt var dette tilfelle ved lav bemanning eller dersom sykepleieren var alene sykepleier på sitt vaktlag. Sykepleier Rita fortalte at hun kunne oppleve at hun ikke strakk til i pasientarbeidet som følge av mange samtidige arbeidsoppgaver. Hun sa:

Frustrasjon. Mye frustrasjon. Og irritasjon, ikke minst. Også går det jo ut, altså sånn, for det går jo utover deg, altså din arbeidshverdag i forhold til også at du blir jo overarbeidet etter hvert. [...] Du har ikke fått ytt den pleien du har lyst. Og det går jo utover psyken og samvittigheten og ja.

Flere av de andre sykepleierne delte Rita sin opplevelse av å ikke klare å yte den hjelpen og pleien de ønsket. Mange uttrykte ønske om å kunne gi et bedre tilbud til pasientene, spesielt

mulighet til å tilby flere aktiviteter. Ved lav bemanning i forhold til pasientgruppen ble aktiviteter ofte prioritert bort. Samtidig ble aktivitetstilbud ansett av flere til å kunne korte ned liggetid og sykdomsbyrden for den enkelte pasient. Noen av sykepleierne opplevde at de i stedet måtte ta i bruk medikamentelle tiltak for å hjelpe pasienter som hadde det vanskelig. Sykepleier Anna jobbet ved en avdeling der bemanningen hadde vært lav i forhold til omsorgsbehovet til pasientene over en lengre periode. Hun fortalte:

Og så synes jeg det er utfordrende å se på at vi medisinerer mer enn vi gjør miljøtiltak. Når vi ikke er nok folk til å gå en tur med en pasient. Så får de heller en Sobril eller en Vival fordi at de er så urolige.

Å ivareta og følge opp pasienter ble av samtlige beskrevet som en hovedoppgave. For flere var dette den viktigste delen av arbeidet. Å føle at det ikke var mulighet til å fullføre denne oppgaven med kvalitet ble oppsummert slik av sykepleier Tora: «Man strekker ikke helt til, man skulle gjerne ha gjort litt mer». Arbeidsmengdens konsekvenser for pasientoppfølging virket således å være en kilde til dårlig samvittighet, samt gikk utover sykepleiernes opplevelse av å utføre yrket i tråd med egne faglige vurderinger og verdier.

6.1.2 Emosjonell belastning

Dette undertemaet handler om den emosjonelle belastningen sykepleierne beskrev at de kunne oppleve i møte med sterke pasienthistorier, samt hvordan de opplevde å håndtere og bearbeide sterke inntrykk i arbeidsdagen. Sykepleierne formidlet at de daglig møtte ulike lidelsesuttrykk hos pasientene gjennom arbeidet sitt, samt fikk kjennskap og innsyn i pasienthistorier som ofte kunne være av alvorlig eller tragisk karakter. I møte med pasientene beskrev sykepleierne at de selv var arbeidsredskapet, og at de derfor brukte mye av seg selv inn i pasientarbeidet. Flere opplevde at de ble slitne av å bruke seg selv så mye i løpet av arbeidsdagen, samt at de ble emosjonelt berørt gjennom kontakt med pasientene og deres historier. Rita forklarte at en del av jobben var å «ta imot og bære [historiene] litt for dem», der «dem» refererte til pasientene. De emosjonelle inntrykkene krevde bearbeidelse for mange, ofte etter endt arbeidstid. Tora forklarte hvordan dette var for henne:

Noen dager så er det jo sånn at man er sliten når jeg kommer hjem fordi at man har brukt seg selv så mye i løpet av dagen. Man har kanskje stått i noen utfordrende situasjoner, eller man har blitt berørt av ting, en pasientkontakt. Så man trenger litt tid til å bearbeide når jeg kommer hjem.

For noen av sykepleierne fortsatte bearbeidelsen av inntrykk fra arbeidsdagen utover ettermiddagene, kveldene og nettene. Sykepleier Maria fortalte at hun ofte ikke fikk sove da hun «[...] kverner på alt. Ligger og kverner og får ikke sove». Dårlig nattesøvn gikk igjen utover opplevelsen av egen arbeidsprestasjon og konsentrasjon i påfølgende arbeidsdag, samt virket å ha betydning for hvordan sykepleierne opplevde sin egen psykiske helse. Sykepleier Pia forklarte at hun opplevde seg selv som «basisk sliten» grunnet lite hvile, mens sykepleier Anna fortalte, på sin side, at hun opplevde det som viktig å bruke ettermiddagene til å koble av og bearbeide dagens inntrykk for å klare å sove på natten. Hun fortalte:

Veldig ofte er jeg veldig sliten. Så jeg går hjem og så er det veldig ofte jeg gråter når jeg kommer hjem. Veldig ofte at jeg ligger bare og stirrer bare i veggen. Og folk skjønner ikke at jeg ikke ser på TV. At jeg ikke følger med på serier. Har du ikke sett den serien og den serien? Jeg skjønner ikke at folk klarer. Jeg klarer ikke alle de inntrykkene.

Bearbeidelse av dagens inntrykk fremkom således som tosidig. For flere var dette en nødvendighet for å sikre nattesøvn. Samtidig virket bearbeidelse av inntrykkene på ettermiddagstid til å ha en bakside, der prosessen hadde en emosjonell kostnad med betydning for opplevelse av overskudd, mening og sosial deltakelse på fritiden.

6.1.3 Mye ansvar

Dette undertemaet handler om sykepleiernes beskrivelser av å ha mye ansvar i sin arbeidshverdag. Opplevelsen av å ha mye ansvar og ikke strekke til i arbeidsdagen var fremtredende hos sykepleierne. Flere fortalte at de ofte var alene sykepleier på sine vaktlag, spesielt på kveldstid og i helger. Som resultat stod sykepleierne ofte alene med medisinske vurderinger uten mulighet til å drøfte eller delegere oppgavene. For noen krevde det mye tid og energi å finne svar på nye utfordringer eller håndtere flere medisinske oppgaver samtidig. Maria beskrev hvordan hun opplevde å stå alene som sykepleier på sine vakter:

Det ville jo være de vaktene der jeg faktisk er alene sykepleier, og må ta alle de her vurderingene selv, og det kan være situasjoner i forhold til pasienter der de krever noe og jeg kanskje ikke vet. Må finne ut av. Bruke mye tid og energi på de tingene. Det verste jeg vet er å ikke vite. Og så er jo det her en jobb der du faen ikke vet. Altså, ja, opplever det som krevende å ikke vite. [...] Som sykepleier her er man mye alene sykepleier. Ja. Så man har måttet svømme. Det er liksom synk eller svøm, og så må du bare velge.

Samtidig som flere av sykepleierne opplevde å ofte stå alene med medisinske vurderinger, beskrev de at behovet for sykepleiefaglig kompetanse i avdelingene var økende. Dette begrunnet de blant annet med flere somatiske utfordringer. Som sagt av Anna: «Nå blir det mer og mer somatikk i psykiatrien. Sånn at nå får vi flere og flere sånne somatiske utfordringer og oppgaver da». Et økende behov for sykepleiefaglig kompetanse gav for flere opplevelse av økt arbeidsmengde og faglig usikkerhet, samt virket å være en energi- og tidstyv fra andre oppgaver og pasientoppfølging. I tillegg beskrev sykepleierne at pasientene som ble innlagt på de ulike avdelingene opplevdes sykere nå enn tidligere, og at pasientoppfølgingen således krevde mer enn før. Mange gav uttrykk for at bemanning ikke samsvarte med de utfordringene sykepleierne stod ovenfor, noe som opplevdes frustrerende. Anna beskrev det slik:

Altså, den, en del av den pasientgruppen som er hos oss, på [avdeling], den, for fem år siden så ville den blitt sendt til akuttpost. Vi har flere holdninger, blant annet. Vi står i mye flere utageringer verbalt. Det er utfordrende, ikke bare for oss, men også fordi at, fordi vi ikke er så drillet på det. Men kanskje aller mest for de andre pasientene. Som ikke får den oppfølgingen de trenger, fordi vi ikke er bemannet til å ta oss av folk som må holdes. Nei. Så, det synes jeg er veldig utfordrende.

Når sykepleierne prøvde å formidle bekymringer rundt sykdomsbilder som ikke samsvarte med kompetanse og bemanning på avdelingene, hadde flere erfart at de ikke ble hørt på sine vurderinger. Dette kunne oppleves frustrerende. Anna beskriver videre:

For det er klart når vi får inn pasienter som vi, vi ser at det her er for syke pasienter til å være inne hos oss, også blir vi overkjørt av at det er tatt en vurdering av overlegene. Også må det nesten skje skade før vi faktisk blir tatt på alvor. Det synes både jeg og flere er ganske frustrerende.

Det fremkom at det å ikke bli anerkjent på sine vurderinger kunne ha betydning for opplevelse av sikkerhet og kvalitet i omsorgen som ble gitt. Når sykepleierne opplevde at det var en diskrepans mellom egne og behandlers vurderinger var dette en kilde til opplevelse av maktesløshet. I slike tilfeller hadde sykepleierne verken forutsetninger til å imøtekomme et økt omsorgs- og behandlingsbehov hos pasientene, eller anledning til å delegere noe av ansvaret bort til andre, særlig dersom bemanningen var lav eller sykepleieren var alene sykepleier på vakt.

6.2 Hverdagen i andres hender

Temaet «Hverdagen i andres hender» handler om de organisatoriske strukturene i arbeidshverdagen til sykepleierne, samt deres opplevde muligheter til å påvirke og forme egen arbeidshverdag.

6.2.1 Manglende forutsigbarhet og kontroll

Dette undertemaet handler om sykepleiernes beskrivelser av lite forutsigbarhet i arbeidsdagen og manglende kontroll over egne arbeidsoppgaver. Forutsigbarhet var et moment mange av sykepleierne var opptatt av i sine beskrivelser av arbeidagens betydning for egen psykisk helse. Både viktigheten av forutsigbarhet, og konsekvensene ved fravær av det, ble tematisert. Som sykepleier Ida sa: "Forutsigbare ting da, kan du si. Det er jo mindre angstskapende". Forutsigbarhet fremkom viktig for trivsel og mestring i arbeidsdagen. Samtidig gav flere uttrykk for å ofte ikke vite hva som kom til å møte de på jobb, og at de således opplevde arbeidsdagen som uforutsigbar. Dette syntes å være en kilde til uro og utrygghet. Anna fortalte at hun nå opplevde arbeidsdagen mer uforutsigbar enn tidligere som følge av omstillinger i avdelingen og utskiftninger i personalgruppen og ledelse. Hun beskrev hvordan dette opplevdes for henne:

Når det blir veldig mye av det uforutsigbare så, så går jeg litt i stå. Så ja, jeg gruer meg. Det har jeg faktisk sagt høyt også, at jeg gruer meg til å komme på jobb. For jeg vet aldri hva som venter. Jeg vet aldri hva som er planlagt.

Som sitatet viser, opplevde Anna at en uforutsigbar arbeidshverdag hadde betydning for hennes trivsel i jobben. Manglende kontroll over egne arbeidsoppgaver førte til at hun gruet seg til å dra på jobb. Ida hadde lignende erfaring, og fortalte "at [hun] ikke har kontroll, på det man skal gjøre. Altså den. Den, den kjenner man jo på". Også for flere var mangelen på kontroll frustrerende. Sykepleierne erfarte at de kunne bli overkjørt på planer de lagde for egen arbeidsdag og opplevde at dette hadde konsekvenser for arbeidet med pasientene. Anna fortalte:

Jeg har opplevd å bli overkjørt på de planene jeg har gjort med pasienter. Viktige planer for pasienten, og så blir det liksom overkjørt av andre. Det er ikke så viktig. Og da blir jeg litt sånn, men er det du eller jeg som har tatt ... Er det du eller jeg som har stått i akkurat den? Vurderingen.

Uforutsigbarhet i hverdagen kunne også føre til opplevelse av håpløshet. Ida uttrykte: «Det er litt sånn balanse mellom hvor mye jeg kan påvirke arbeidshverdagen generelt. Den kjenner

jeg resignerer liksom litt på». Erfaringer om at forsøk på kontroll og planlegging av eget arbeid ikke førte frem virket således å frata sykepleierne opplevelse av eierskap til egne arbeidsoppgaver på sikt, samt svekke motivasjon for arbeidet.

6.2.2 Manglende innflytelse og selvbestemmelse

Dette undertemaet handler om sykepleiernes opplevelse av manglende innflytelse og selvbestemmelse i avgjørelser som omhandler egen arbeidshverdag og utvikling av egen arbeidsplass. Flere av sykepleierne opplevde at de ble ekskludert fra avgjørelser som omhandlet utvikling av tjenestetilbudet. Dårlig økonomi og innsparinger i klinikkene var noe mange opplevde, som både virket å ha konsekvenser for bemanning og for mulighet til å gi pasientene et optimalt behandlings- og aktivitetstilbud. Ida sa: «[...] Tror du vi på gulvet blir med på de, de der gruppene? Nei. Det skal bestemmes der oppe». Det fremkom at sykepleierne ved flere anledninger opplevde å stå på sidelinjen uten mulighet til å påvirke utvikling av egen arbeidsplass i den retningen de ønsket grunnet økonomi. Rita formidlet sin opplevelse:

Det her helsesystemet har litt å si. Kommer du på jobb og det er nytt møte om innsparinger i klinikken og legge, altså sitte og legge planer om hvordan man skal spare inn. At nå blir det ikke aktivitetstilbud lengre og alt sånn der der. Så det begynner å gå inn på meg, fordi at jeg har holdt på med så mye nå. Og det er så, det er jo tungt over lengre tid å på en måte å ha det kontinuerlig at, ja, det er ikke nok folk, det er ikke nok penger, det er ikke nok, altså sånn, at struk ... at ja. Systemet svikter litt, rett og slett. Det er litt tungt, etter hvert.

Flere av sykepleierne delte Rita sin opplevelse av at det var slitsomt å skulle forholde seg til dårlig økonomi på klinikkene over tid. Det fremkom et ønske om å bli inkludert i større grad rundt avgjørelser om hvor innsparinger skulle inntreffe i forhold til videreutvikling av tilbudet ved avdelingene. Å oppleve å bli ekskludert fra disse drøftingene virket å frustrere flere av sykepleierne.

6.2.3 Manglende rutiner og opplæring

Dette undertemaet handler om sykepleiernes opplevelser rundt manglende rutiner og opplæring i avdelingene. Da sykepleierne ble spurt om det var noe de ønsket å endre i sin arbeidsdag var det flere som ytrer ønske om bedre og tydeligere rutiner. Dette ble spesielt satt i sammenheng med opplæring av nytt personale, koordinering av arbeidsdagen, urosituasjoner og håndtering av et økende antall somatiske utfordringer. Flere opplevde at manglende eller

mangelfull opplæring gav dårligere kvalitet og arbeidsflyt i avdelingene. Anna delte av sine opplevelser: «[...] nå er det mye armer og ben i hele avdelingen. Mange gjør ting på egen måte fordi de ikke har fått opplæring».

Flere opplevde at manglende opplæring var et resultat av dårlig planlegging, slik at andre arbeidsoppgaver kom i veien. Maria forklarte at "man får jo ikke opplæring lengre. For man har ikke tid til å gi folk opplæring". Også i møte med flere og nye somatiske utfordringer opplevde sykepleierne opplæring som fraværende. Dette syntes å være en kilde til utrygghet i arbeidsdagen. Anna sa:

Personlig så synes jeg det er litt utfordrende med somatiske utfordringer som er veldig alvorlige. Der det er alvorlige, eller det kan få alvorlige følger viss ikke vi gjør det riktig. [...] Jeg er så kjemperedd for å gjøre feil. Og så får vi ingen opplæring.

Manglende opplæring og rutiner hadde også betydning for opplevelse av kvalitet i pasientarbeidet. Flere opplevde at personalgruppen ikke var samkjørte rundt håndtering av arbeidsoppgaver. Det fremkom at ulike preferanser og personlige egenskaper kunne gjøre samkjøring rundt arbeidsdagens oppgaver utfordrende, spesielt dersom det ikke forelå tydelige rutiner. Sykepleier Pia fortalte om hvordan hun opplevde samarbeidet rundt pasientoppfølging innad i kollegagruppen: «Jobbe i team. Det er veldig utfordrende synes jeg. Fordi, vi mennesker er alltid så forskjellige og vi tenker så forskjellig og vi opplever så forskjellig, og vi gjør så forskjellig». Manglende felles forståelse rundt hvordan pasientene skulle møtes syntes å være spesielt utfordrende, der ulike tilnærminger i noen tilfeller ble beskrevet til å kunne øke uro i avdelingene fremfor å dempe den. Anna fortalte hvordan hun opplevde en situasjon der personalgruppen var uenig om hvordan de skulle møte en pasient som skadet seg selv:

Jeg skal jo, jeg skal jo forhindre skade. Det er jo en av prinsippene som sykepleier. Jeg skal forhindre skade. Så det går så mot mine prinsipper på en måte det vi ofte gjør. Og kanskje det er det som gjør at jeg blir så sliten.

Manglende felles forståelse av pasientoppfølging i personalgruppes fremkom følgelig som en kilde til slitenhet. I tillegg virket det å gå imot faglige og personlige verdier å gå på bekostning av opplevelse av seg selv som profesjonell yrkesutøver.

6.3 Noen å lene seg på

Temaet «Noen å lene seg på» handler om betydningen av å finne støtte og trygghet i arbeidsdagen.

6.3.1 Samhold og trygghet gjennom kollegastøtte

Dette undertemaet handler om arbeidsmiljø og betydningen av å ha kollegaer å støtte seg på gjennom arbeidsdagen. Flere av sykepleierne beskrev et godt arbeidsmiljø som viktig for god psykisk helse og for å klare å stå i en tidvis krevende arbeidsdag over tid. Arbeidsplassen fremkom også som en arena med betydning for sosial og samfunnsmessig deltakelse. Ida fortalte at arbeidsplassen var viktig for å føle seg «sett og hørt og møtt». Flere av sykepleierne beskrev samholdet innad i kollegagruppen som nært, og i noen tilfeller tilnærmet familiært. Anna fortalte hvilken betydning arbeidsplassen og kollegagruppen hadde for henne:

På en måte så er jeg jo veldig glad i jobben min og jeg ... Eller ikke bare på en måte. På mange måter er jeg det. Ja. Og jobben er jo min utvidede familie. De folkene som er her, de tørr jeg å vise mine veldig svake sider til.

Et trygt arbeidsmiljø fremkom som betydningsfullt for trivsel og trygghet i hverdagen. Spesielt stabilitet i arbeidsgruppen virket å være av betydning. Flere av sykepleierne fortalte at avdelingene de jobbet med hadde gjennomgått en omstilling i løpet av de siste årene, i form av utskiftninger i personalgruppen og/eller ledelse. Flere gav uttrykk for at de i løpet av disse prosessene hadde gått fra en trygg og kjent arbeidshverdag, til økt uforutsigbarhet som følge av perioder med underbemanning, mange nye ansatte på samme tid, nye rutiner og ny ledelse. Tora fortalte at hun hadde opplevd at flere av hennes kollegaer sluttet samtidig etter en svært krevende periode i avdelingen. Dette skapte en uro og bekymring hos henne. Hun fortalte:

Så var det jo faktisk et par stykker av mine kollegaer da som sa opp fordi at de tenkte at de ikke kommer til å klare å kunne stå i noe sånt igjen. Og det, det synes jeg er krevende. Jeg synes da at det har jo slitt på at så mange har sluttet. Det kjenner jeg veldig på [...] Da var jeg litt sånn nedimellom en periode, der jeg tenkte at hvor skal det her ende? Ramler avdelingen sammen nå?

Arbeidsmiljøet ble også beskrevet som betydningsfullt for å klare å stå i jobben over tid, og for å håndtere og overkomme alvorlige hendelser og akutte situasjoner i arbeidsdagen. Rita fortalte at hun sjeldent følte seg personlig truet ved tilfeller av verbal utagering som følge av at hun hadde kollegaer å lene seg på. Hun begrunnet at «vi er jo flere som står i det». Det virket å være grunnleggende for sykepleierne at det forelå en tillit og faglig trygghet i

kollegagruppen. Dette fremkom betydningsfullt både for egen sikkerhet, der sykepleierne kunne stole på at de fikk hjelp i situasjoner som måtte kreve det, men også for å stole på at pasientene fikk god oppfølging og omsorg når de selv ikke var på jobb, og således trygt kunne overlate egne arbeidsoppgaver til noen andre ved endt arbeidstid. Ida fortalte: «Vi har hatt ett.. Flere faktisk. Alvorlige tilfeller med suicidforsøk, i avdelingen. [...] Da var det fint at det var så rolige folk på jobb». Tora formildet hvilken betydning samhold i kollegagruppen hadde for henne:

Altså vi har et kjempegodt arbeidsmiljø, og jeg, jeg opplever å ha en leder jeg kan snakke til. Eller snakke med. Og at man har ... Vi har en felles plattform, ikke sant, vi er i lag, det er ikke noe jeg står alene på en måte forsvarlig for. Og jeg stoler på mine kollegaer at pasientene får oppfølging, god oppfølging, etter at jeg har gått hjem også.

Som det fremkommer av sitatet, var nærhet til leder viktig. Dette var noe flere var opptatt av. Sykepleierne virket å sette pris på å ha en leder som var synlig og tilgjengelig i deres arbeidsdag, og som de kunne ha en personlig relasjon til. Ida formidlet: «[...] kortere veg til leder og det der. Så klart, det jo ... Det er akkurat som et familiemedlem. Jo lenger tid du er borte, jo verre er det å ta kontakt». Ledelse spilte også en viktig rolle for oppfølging etter alvorlige hendelser. Flere av sykepleierne formidlet at slik oppfølging var betydningsfullt for hvordan de opplevde sin psykiske helse. Herunder ble tiltak iverksatt av ledelse, som refleksjonsmøter og debriefing, beskrevet som nødvendig for å klare å bearbeide sterke inntrykk og, i noen tilfeller, belastende hendelser i arbeidsdagen. Også drilling av personalet i deeskalerende ferdigheter ble tydeliggjort som viktig av flere. I forlengelsen av disse tiltakene, fremkom arbeidsmiljøet og personalets evner til å se hverandre og den belastningen den enkelte stod i som betydningsfullt. Rita beskrev:

Nei, det er nå det å ha sånn her, hva det heter, refleksjonsmøter og at man har en debriefing etter akutte situasjoner. [...] Men også litt sånn her at, på en måte, at det blir litt sånn her folk spør litt om du på en måte er, har du for mye? Skal jeg liksom, går det greit at du står på den her pasienten på den tiende dagen, for vi vet at den er tung. Går det greit liksom.

Å se arbeidsbelastningen til den enkelte, samt dele på ansvaret i arbeidsdagen, virket å styrke samholdet i kollegagruppen og således lette opplevd belastning, samt bidra til trygghet og trivsel.

6.3.2 Erfaring, kunnskap og ivaretagelse av egen psykisk helse

Dette undertemaet handler om sykepleiernes beskrivelser av å finne trygghet i seg selv og andre gjennom erfaring, kunnskap og ivaretagelse av egen psykisk helse. Samtlige av sykepleierne i studien gav uttrykk for at de opplevde arbeidet sitt som viktig, men samtidig utfordrende å stå i over tid. Rita beskrev det som «belastende» å jobbe tett på mennesker med alvorlig psykisk lidelse. På spørsmål om hva hun la i ordet «belastende», svarte hun at «det er psykisk tungt, rett og slett». Sykepleierne virket å være bevisst belastningen de opplevde i egen hverdag og hvilken betydning dette hadde for dem. Pia fortalte: «Min personlige erfaring er at jeg må passe veldig på. Ikke være for mye, jeg kan si, belastet av de problemer mennesker har her».

Ved siden av et godt arbeidsmiljø og tiltak iverksatt på arbeidsplassen, var sykepleierne opptatt av betydningen av å ivareta seg selv. Flere fortalte om tiltak og mestringsstrategier de gjorde på fritiden for å håndtere opplevd arbeidsbelastning. Søvn fremkom som viktig, både for å hente seg inn mellom vakter og for å være konsentrert på jobb. Noen av sykepleierne fortalte at de aktivt jobbet med egne tanker og opplevelser for å «tømme hodet» før natten, enten ved å skjerme seg selv fra ytre stimuli på kveldene eller, som Maria sa, ved å sortere i tankene og «mentalt arkivere» det man ikke får gjort noe med i «Det-får-du-ikke-gjort-noe-med-nå-boksen». Andre var opptatt av å ha lystbetonte aktiviteter og noe å se frem til. Ida fortalte:

Nei, jeg tror, altså, man jobber i det her, så må man ha noe å se frem til. Man kan ikke bare jobbe, da blir man helt oppspist. Og så, så må man, man må hente seg inn, man må liksom ... Jeg blir mer og mer klar over at det er ingen som gjør det for deg. Du må selv sørge for din egen psykiske helse.

Selv om sykepleierne var tydelige på at arbeidsdagen kunne være krevende, gav flere uttrykk for at den ble lettere å håndtere over tid. Erfaring ble trukket frem som betydningsfullt flere ganger, både egen erfaring og det å oppleve en trygghet i erfarne kollegaer. Dette syntes også å ha betydning for faglig forståelse og opplevelse av kvalitet i det arbeidet som ble gjort ved avdelingene. I beskrivelser fremkom det igjen en utrygghet når stabilt og kjent personale sluttet ved avdelingene, både for trygghet i personalgruppen, men også for pasientsikkerhet. Tora hadde opplevd et generasjonsskifte ved sin avdeling kort tid etter hun startet i jobben, og beskrev hvordan frafall av faglig kompetanse opplevdes for henne:

Det hadde vært en veldig stabil avdeling. Mange hadde videreutdanning som psykiatriske sykepleiere. Og det er vi få som har nå. [...] Så jeg savner litt den her med dem som har vært lenge i bransjen og som kan psykiatrien, for dem har helt klart en annen ... ja, en annen forståelse av, av ting, og de kan være flinkere til å sette ord på ting og hva man skal være oppmerksom på og ... ja. Så det savner jeg.

Samtidig opplevde hun at hennes egen opparbeidede erfaring var verdifull i arbeidsdagen:

Man blir påvirket, men ... Jeg vet ikke om det er fordi at jeg har, vi har det så bra nå eller hva det er for noe, men jeg blir ikke påvirket i samme grad nå som da jeg var yngre. Og mer uerfaren.

Selv om sykepleierne erfarte at det ble lettere å håndtere arbeidshverdagen over tid, svarte samtlige at de trolig ikke kom til å stå i jobben om fem til ti år. Noen så for seg å gå av med pensjon, men samtlige var enige om at stress og sterke inntrykk i arbeidsdagen gjorde at de ønsket et annet type arbeid på sikt, eller gå ned i stillingsprosent. Rita fortalte det slik:

Jeg tenker jo at man blir litt sånn hardfør etter å ha jobbet veldig mange år i det her yrket. Man er jo med på mye, man ser jo mye. Man lærer seg en måte å håndtere det på. Men hvordan det blir etter hvert, når man har håndtert veldig mye, det vet man jo egentlig ikke.

Flere av sykepleierne delte Rita sin bekymring for hvordan belastningen i arbeidshverdagen ville påvirke de psykisk over tid. Herunder fremkom det at ivaretagelse av egen psykisk helse for flere også innebar å endre stilling eller arbeidsfelt med tiden.

7.0 Diskusjon

Denne studien har utforsket opplevelsene til sykepleiere innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Hensikten har vært å undersøke hvilken betydning sykepleiere opplever at arbeidshverdagen har for deres egen psykiske helse. I dette kapittelet diskuterer jeg studiens resultater i lys av utvalgt teori, herunder jobbkrav-ressursteori, og tidligere forskning.

Resultatene fra studien ble strukturert som tre hovedtemaer: 1) Når arbeidet blir et energisluk, 2) hverdagen i andres hender, og 3) noen å lene seg på. Disse resultatene kan overordnet deles inn i to grupper med betydning for arbeid og psykisk helse: jobbkrav og jobbressurser. På den ene siden ble det synliggjort at sykepleierne opplevde en rekke jobbkrav i sine arbeidsdager; både emosjonelle krav og krav relatert til arbeidsmengde og -oppgaver, kunnskap og kvalitet.

Kravene medførte emosjonelle konsekvenser i form av slitenhet, irritabilitet, frustrasjon og håpløshet, som kan sees i sammenheng med negative psykiske helsekonsekvenser. På den andre siden viste sykepleierne til aspekter av jobbhverdagen med betydning for mestring, mening, trygghet og trivsel, som videre kan relateres positivt til psykisk helse. Spesielt arbeidsmiljø, erfaring og kunnskap ble fremhevet som viktig for opplevelse av god psykisk helse i lys av arbeidshverdag.

I følgende delkapitler vil jeg diskutere 1) arbeid som en helsereduserende prosess, 2) arbeid som en motiverende prosess, og 3) jobbkrav og jobbressurser som dynamisk prosess.

7.1 Arbeid som en helsereduserende prosess

Studiens resultater viser at sykepleierne opplevde en rekke krav i sine arbeidshverdager, både i form av arbeidsoppgaver, ansvar og emosjonelle utfordringer. Jobbkravene representerte et energisluk for sykepleierne, der flere beskrev å føle seg frustrerte, irriterte og slitne som følge av disse. Ifølge jobbkrav-ressursteori medfører jobbkrav en viss fysisk og/eller psykisk belastning (Bakker & Demerouti, 2007, s. 312; Demerouti et al., 2001, s. 501). Det antas at jobbkrav har en sentral rolle i en helsereduserende prosess, der høy frekvens og/eller et høyt omfang av jobbkrav medfører redusert produktivitet. Dette vil igjen føre til en reduksjon i arbeidstakerens fysiske, kognitive og emosjonelle ressurser (Bakker & Demerouti, 2007, s. 312; Bakker et al., 2014, s. 399; Bakker et al., 2023, s. 33).

Gjennom intervjuene beskrev sykepleierne at de opplevde å ha mye ansvar og en høy arbeidsbelastning, blant annet som følge av mange samtidige arbeidsoppgaver, flere somatiske utfordringer og emosjonelle påkjenninger. Ofte var de alene sykepleier på vakt uten andre sykepleiere å lene seg på. Å bruke seg selv som arbeidsredskap fremkom som en del av arbeidets natur. Gjennom beskrivelser ble det tydelig at dette hadde en emosjonell kostnad for sykepleierne. Flere fortalte at de følte seg slitne som følge av å bruke mye av seg selv inn i arbeidet og fra å håndtere daglige møter med pasienthistorier av tidvis tragisk karakter. I mange tilfeller hadde jobbkravene konsekvenser for søvn, deltakelse i sosiale aktiviteter, trivsel, overskudd og opplevelse av seg selv som yrkesutøver. I tråd med premisene i jobbkrav-ressursteori virket jobbkravene å inngå i en helsereduserende prosess (Bakker & Demerouti, 2007, s. 312; Bakker et al., 2014, s. 399), der høy arbeidsrelatert og emosjonell belastning hadde konsekvenser for opplevelse av egen psykisk helse.

Som det fremkommer av resultatene, opplevde sykepleierne stor grad av uforutsigbarhet og manglende kontroll i forhold til arbeidsoppgaver og strukturering av egen arbeidsdag.

Uforutsigbarhet virket å være et resultat av flere ulike prosesser i arbeidsdagen, der organisering rundt oppgavefordeling og organisatoriske faktorer spilte en viktig rolle. Eksempelvis kunne utskiftninger i personalgruppen, underbemanning og tilgjengelig fagkompetanse på vaktene ha konsekvenser for mulighet til planlegging, og dermed forutsigbarhet. Stor grad av uforutsigbarhet kunne medføre vegring for å dra på jobb, og således være en kilde til mistriivsel og engstelse. Dette kan igjen sees i sammenheng med en helsereduserende prosess (Bakker & Demerouti, 2007, s. 312; Bakker et al., 2014, s. 399), der sykepleierne gav uttrykk for å bli slitne, frustrerte og maktesløse som følge av forhold i arbeidsdagen. Resultatene i studien samsvarer også med tidligere forskning om sykepleiere, som viser at yrkesgruppen opplever høye arbeidsrelaterede krav, stress og emosjonelle påkjenninger som følge av høy arbeidsbelastning (Happell et al., 2013, s. 641; López-López et al., 2019, s. 1040).

Det fremkom en gjengående opplevelse blant sykepleierne at opplæring av nye ansatte, samt opplæring i nye prosedyrer, var manglende eller mangelfull. Opplæring virket å bli nedprioritert til fordel for andre arbeidsoppgaver. Mangelfull opplæring fremstod således som et resultat av dårlig planlegging ved fordeling av arbeidsoppgaver innad i personalgruppen. Dette virket å gå på bekostning av opplevelse av samhold, trygghet og kvalitet i avdelingene. Spesielt var dette betydningsfullt for opplevelse av trygghet og støtte inn i urosituasjoner, der det fremkom viktig å kunne stole på at en fikk støtte fra kollegaer, samt at det var en enighet i kollegagruppen om hvordan en skulle møte situasjonen. Happell et al. (2013) legger til grunn at manglende opplæring er en av flere faktorer som gir arbeidsrelatert stress hos sykepleiere på generell basis (s. 641). Sett i lys av studiens resultater, kan tilstrekkelig opplæring av nye ansatte trolig bidra til å senke opplevd arbeidsbelastning, blant annet ved å gi økt opplevelse av trygghet og således bidra til å senke den opplevde ansvarsbyrden. Fra tidligere vet vi at mange sykepleiere slutter relativt tidlig i sin yrkeskarriere som følge av manglende trivsel, bemanningsutfordringer, høy arbeidsbelastning og stor andel ufaglært kompetanse på arbeidsplassene (Hjemås & Syse, 2023; Skjøstad et al., 2017). Tiltak som retter seg mot disse områdene vil dermed trolig virke mot en helsereduserende prosess og således fremme bedre psykisk helse.

I tråd med premisset om «job crafting» (Bakker & Demerouti, 2017, s. 276; Bakker et al., 2023, s. 35) fortalte sykepleierne om flere tilfeller og forsøk på proaktiv adferd for å fremme egne jobressurser og motivasjon i arbeidsdagen. Forsøk på å planlegge dagene sammen med pasientene, ønske om å bidra inn i utvikling av egen arbeidsplass, og etterspørsel etter bedre

opplæring i somatiske prosedyrer fremkom. Resultatene indikerer dog at en del av sykepleierne opplevde at organisatoriske forhold på arbeidsplassen, blant annet lav bemanning, manglende kontroll over egne arbeidsoppgaver, og en tidvis diskrepans mellom sykepleiers og behandlers vurderinger, ikke muliggjorde denne adferden. Andre oppgaver kom ofte i veien for det arbeidet sykepleierne selv ønsket å utføre, spesielt med tanke på å kunne tilby aktiviteter. I tillegg til mange samtidige arbeidsoppgaver og lav bemanning, var sykepleierne ofte alene sykepleier på vakt. Det å stå alene med utfordrende oppgaver krevde bruk av tid de således ikke opplevde å ha. Dermed ble det ofte benyttet medikamentelle tiltak i stedet for miljøterapeutiske tiltak, slik som aktiviteter. Dette virket å gå imot sykepleiernes faglige og personlige verdier, og medførte en opplevelse av slitenhet og av å ikke strekke til som yrkesutøver.

Ifølge Bachmann et al. (2019) blir arbeidsdagen innen PHV og TSB stadig mer utfordrende, blant annet som følge av mer vold og utagering fra pasienter enn tidligere (s. 1083-1085). Dette fremkommer også i Ratnapradipa et al. (2024), der det i tillegg fremlegges at bemanning ikke samsvarer med behandlingsnivået til pasientene i dagens tjenester (s. 9). Til tross for at funnene er basert på et amerikansk helsesystem fremkommer det lignende funn i denne studien, der sykepleierne beskrev en hverdag med stadig sykere pasienter i forhold til behandlingsnivå. Dette ble videre beskrevet til å kreve mer ressurser, blant annet i form av bemanning og kompetanse. Sykepleierne gav uttrykk for å allerede ha en økt arbeidsmengde og et økt ansvar som følge av flere somatiske utfordringer og aleneansvar som sykepleier på vaktene. Når de ikke hadde mulighet til å imøtekomme behandlingsbehovet hos sykere pasienter ble de satt i en skvis mellom egne verdier og forutsetninger for å utøve eget yrke.

I forlengelse av dette beskrev sykepleierne å oppleve en indre konflikt vedrørende den hjelpen de gav og det som opplevdes etisk riktig. Resultatene viser at sykepleierne kunne oppleve å gå imot egen arbeidsmoral og trosse egne verdier i arbeidet de utførte. Dette ble beskrevet å være svært frustrerende og energitappende over tid, og hadde betydning for opplevelsen av mening i arbeidshverdagen. Som sykepleier inngår en i et omsorgsyrke, der ønske om å hjelpe den andre ofte står sterkt. Pasientarbeidet ble beskrevet som den viktigste arbeidsoppgaven for sykepleierne, og det fremkom emosjonelle konsekvenser når de ikke klarte å utføre det som for dem opplevdes som det viktigste gjennom dagen. Flere beskrev også at de følte seg slitne og frustrerte av å ikke bli anerkjente på sine vurderinger og bidrag inn i arbeidet. Ifølge Bakker og Demerouti (2017) vil opplevelse av slitenhet som følge av jobb kunne øke opplevelsen av jobbkraft. Dette vil igjen øke grad av slitenhet og således skape en negativ

spiral der arbeidstakeren står i risiko for å bli demotivert og utbrent (Bakker & Demerouti, 2017, s. 276). Å stå i konflikt med seg selv og sine verdier virket å være energitappende over tid, samt fremme en opplevelse av å ikke strekke til. Sykepleierne hadde en rekke jobbkrav i sin arbeidshverdag som medførte slitenhet, noe som kan ha økt opplevelsen av å ha høye jobbkrav. Samtidig kan det tenkes at sykepleierne hadde opplevd mindre grad av slitenhet og mindre belastning som følge av jobbkravene dersom deres proaktive adferd hadde blitt anerkjent og tilrettelagt for.

7.2 Arbeid som en motiverende prosess

Resultatene tydeliggjør hvilken betydning flere jobbkrav hadde i arbeidsdagen til sykepleierne. Mange og høye krav virket å ha negative psykiske helsekonsekvenser, med betydning for trivsel, mestring, mening og motivasjon. Likevel beskrev de fleste sykepleierne egen psykisk helse som god. Sykepleierne understreket betydningen av å ha et godt arbeidsmiljø med støttende, erfarne og trygge kollegaer, samt nærhet til ledelse. Fra før foreligger det kunnskap om at et godt arbeidsmiljø virker forebyggende mot psykiske helseplager (Gilardi et al., 2019, s. 150; Happel et al., 2013, s. 644-645; Modini et al., 2016, s. 335-336). I tillegg er trivsel identifisert som en viktig faktor for livskvalitet (Modini et al., 2016, s. 335-336; Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2021, s. 25-29). Arbeidsmiljø fremkom betydningsfullt for å håndtere og klare å stå i en tidvis krevende arbeidshverdag over tid. Resultatene indikerer også at arbeidsmiljø hadde betydning for opplevelse av deltakelse i samfunnet, der sykepleierne beskrev at de følte seg sett, hørt og møtt på arbeidsplassen.

Jobbkraft-ressursteori legger til grunn at jobbressurser har potensiale til å motivere arbeidstakeren. Ressursene fostrer vekst, læring og utvikling, og kan fungere som viktige verktøy for å nå arbeidsrelaterte mål (Bakker & Demerouti, 2007, s. 312; Bakker et al., 2014, s. 399; Bakker et al., 2023, s. 33; Demerouti et al., 2001, s. 501). Arbeidsmiljø var en ytre jobbressurs med betydning for trivsel og mestring. Også personlige ressurser fremkom betydningsfulle for sykepleierne. Innen jobbkraft-ressursteori hevdes det at personlige ressurser kan fremme jobbmotivasjon på lik linje som jobbressurser (Bakker et al., 2014, s. 401). Under intervjuene ble det stadig tydeligere at erfaring var en slik personlig ressurs. Erfaring syntes viktig for å håndtere og mestre belastningen arbeidsdagen kunne utgjøre, der belastningen opplevdes mindre over tid etter hvert som sykepleierne erfarte at «det går bra likevel». Dette gjorde sykepleierne tryggere i jobben og i rollen som yrkesutøvere. Etter å ha erfart at de håndterte krevende arbeidsoppgaver og pasientsituasjoner, ofte i kombinasjon med støtte fra kollegaer, krevde nye utfordrende situasjoner mindre energi og bearbeidelse for en

del av sykepleierne. Erfaring fra arbeid med ulike pasientgrupper var også en kilde til kunnskap, herunder erfaringskunnskap. Erfaringskunnskap ble satt pris på av sykepleierne og ble beskrevet som et savn ved utskiftninger i personalgruppen eller ufaglært kompetanse på vaktene. Dette fremkom således som en kilde til trygghet.

I nyere tid er ledelse inkludert i jobbkrav-ressursteorien, der leder fremkommer som en ressurs med mulighet til å fremme motivasjon hos arbeidstakeren (Bakker et al., 2023, s. 39). Sykepleierne var opptatt av betydningen nærhet til ledelse hadde for deres trivsel i arbeidsdagen. Leder fremkom som en person sykepleierne kunne lene seg på, og det syntes betydningsfullt at leder bidro aktivt inn i ivaretagelsen av de ansatte. Spesielt var dette tilfellet etter alvorlige hendelser, der det ble tydeliggjort at tiltak iverksatt av leder for å følge opp personalet hadde betydning for hvordan sykepleierne bearbeidet alvorlige hendelser og således opplevde sin egen psykiske helse. Tidligere kunnskap understøtter disse funnene, der det fremkommer at et godt arbeidsmiljø og støtte fra leder og kollegaer virker forebyggende mot arbeidsrelaterte psykiske helseplager (Gilardi et al., 2019, s. 150; Happel et al., 2013, s. 644-646).

7.3 Jobbkrav og jobbressurser som en dynamisk prosess

Studiens resultater synliggjør et dynamisk samspill mellom jobbkrav og jobbressurser i arbeidshverdagen til sykepleierne, og hvilken betydning dette har for deres psykiske helse. I arbeidshverdagen til sykepleiere innen PHV og TSB kan ikke jobbkrav og jobbressurser sees som to uavhengige, selvstendige prosesser. Et premiss innen jobbkrav-ressursteorien er at interaksjonen mellom arbeidsrelaterte krav og jobbressurser er viktig for utvikling av arbeidsbelastning og motivasjon. Herunder kan jobbressurser være en buffer for den innvirkningen jobbkrav har på individets helse (Bakker & Demerouti, 2007, s. 314; Bakker et al., 2023, s. 39).

Tidligere forskning på sykepleiere innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling viser at sykepleiere opplever å ha et stort ansvar i sin arbeidshverdag, og at flere jobber under krevende forhold som blant annet har konsekvenser for opplevelse av sikkerhet (Backmann et al., 2016, s. 288; Ratnapradipa, 2024, s. 8-9). Resultatene indikerer dog at et trygt arbeidsmiljø med erfarne kollegaer og nærhet til ledelse har en modererende effekt på opplevelsen av utrygghet i arbeidsdagen. Sykepleierne beskrev at støtte fra kollegaer i truende situasjoner gjorde at de følte seg mindre truet og tryggere i håndteringen av situasjonen. Også tiltak iverksatt av ledelse for oppfølging og ivaretagelse etter alvorlige

hendelser virket å ha en forebyggende funksjon for opplevd psykisk belastning i arbeidsdagen. Således synes et godt arbeidsmiljø å bidra til bedre trivsel og stamina i arbeidet, samt moderere den belastningen jobbkraav medfører, for eksempel truende pasientsituasjoner.

På lik linje med arbeidsmiljø, virket øvrige jobbressurser å ha en modererende effekt på jobbkraavene til sykepleierne. Uforutsigbarhet som følge av manglende kontroll over egne arbeidsoppgaver og egen arbeidshverdag viste seg som et jobbkraav med betydning for opplevelse av stress, uro, utrygghet og frustrasjon. I lys av jobbkraav-ressursteori (Bakker & Demerouti, 2007, s. 314; Bakker et al., 2023, s. 33) kan det dermed tenkes at økt opplevelse av kontroll og forutsigbarhet i arbeidsdagen kunne hatt en modererende effekt på andre jobbkraav, for eksempel gi bedre forutsetninger til å håndtere mange og samtidige arbeidsoppgaver, og herunder redusere stress, grubling etter endt arbeidstid, dårlig samvittighet og opplevd uro.

Å ivareta seg selv fremkom som en personlig ressurs med betydning for å moderere konsekvensene av jobbkraavene. Sykepleierne fortalte at valgene de tok på fritiden som omhandlet ivaretagelse av seg selv og egenomsorg hadde betydning for opplevd arbeidsbelastning. Søvn virket spesielt viktig. For å fremme tilstrekkelig søvn og hvile var det også viktig for sykepleierne å prioritere bruk av tid på å bearbeide arbeidsdagens inntrykk. Dette fremkom både som en belastning og som en ressurs. På den ene siden gikk bearbeidelse av dagens inntrykk på bekostning av overskudd og sosial deltakelse på fritiden. På den andre siden var dette essensielt for flere for å sikre at de fikk sove om nettene, med betydning for opplevelsen å være fokusert og tilstrekkelig uthvilte til å håndtere nye inntrykk på neste arbeidsdag.

Som vist hadde sykepleierne en rekke ressurser i sin arbeidshverdag som virket modererende mot de negative psykiske helseeffektene jobbkraavene kunne medføre, herunder erfaring, ivaretagelse av selvet, et trygt arbeidsmiljø og nærhet til ledelse. Likevel virket ikke jobbressursene å overkomme den belastningen jobbkraavene representerte for sykepleierne. Som gitt av jobbkraav-ressursteori vil overbelastning av jobbkraav på sikt føre til utmattelse (Bakker et al., 2014, s. 399; Bakker et al., 2023, s. 33). Dette fremkom tydelig hos sykepleierne. Til tross for at samtlige beskrev å oppleve arbeidsmiljø, egenomsorg og erfaring som positivt for den psykiske helsen, gav alle sykepleierne uttrykk for at de ikke så for seg å stå i jobben om fem til ti år. I noen tilfeller skyldes dette at vedkommende skulle gå av med pensjon, men de fleste gav uttrykk for at den psykiske belastningen i arbeidsdagen ikke

opplevdes bærekraftig over tid. Dermed indikerer funnene at jobbkravene sykepleierne opplevde trolig vil overgå den modererende effekten av jobbressursene på sikt. På et individnivå kan dette forstås som at organisering av, og forhold i, arbeidsdagen til sykepleierne utgjør en risiko for opplevelse av negative psykiske helsekonsekvenser. På et samfunnsnivå kan dette ha betydning for stabil arbeidskraft i stillingene over tid, turnover av kompetanse i avdelingene og rekruttering av nye sykepleiere, som i forlengelse vil kunne ha konsekvenser for behandlingstilbudet som gis i spesialisthelsetjenesten.

7.4 Studiens begrensninger

Litteraturgjennomgang til studien avdekket et bredt kunnskapsgrunnlag om betydningen av arbeid for psykisk helse (Harvey et al., 2017; Harvey et al., 2018; Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 20; Meld St. 23 (2023-2033), s. 32; Modini et al., 2016). Herunder var det flere studier som rettet seg mot sykepleiere, særlig tilknyttet sykepleiere med arbeidsforhold innen somatiske helsetjenester (Gilardi et al., 2020; Happell et al., 2013; Kelly et al., 2020). Imidlertid ble det avdekket lite norsk kunnskap, samt begrenset kunnskap om sykepleiere innen PHV og TSB innenfor temaområdet. Dette representerer en begrensning med studien, da resultatene er drøftet opp mot tidligere forskning som i hovedsak er internasjonal, og omhandler sykepleiere eller arbeid generelt. På samme tid synliggjør kunnskapsgrunnlaget et kunnskapshull på feltet, og dermed understøtter studiens relevans i et samfunnsperspektiv.

Ifølge Tjora (2021) vil pragmatiske hensyn alltid spille inn i forskning, der metodologisk mangfoldighet både styres av faglige hensyn og praktiske forhold (s. 43).

Rekrutteringsprosessen gjenspeiler dette. Av faglige hensyn ble det rekruttert et strategisk utvalg, samtidig som praktiske forhold, herunder tidsbegrensning, omfang av studien og tilgjengelighet på deltakere, spilte inn. Studien er basert på et relativt lite utvalg kvinnelige sykepleiere ved ett sykehus i Nord-Norge. Dette bidrar til en skjevhet i forhold til mulige kjønnsmessige eller geografiske nyanser innen tematikken, og kan dermed anses som en begrensning i studien. Videre hadde fem av deltakerne arbeidsforhold innen PHV, og én hadde arbeidsforhold innen TSB, fordelt på fire døgnavdelinger. På den ene siden representerer utvalget en mangfoldighet. På den andre siden er skjevfordeling av faggruppene en begrensning.

Den induktive tilnærmingen i studien inviterer til å trekke slutninger fra det enkeltstående til det allmenne. Resultatene kan dermed ha en overføringsverdi til sykepleiere innen PHV og

TSB andre steder i landet, i betydningen av arbeid og psykisk helse. I lys av studiens kvalitative metode er dog funnene ikke generaliserbare, og man kan dermed ikke trekke allmenngyldige slutninger fra studiens resultater.

En annen begrensning er egen erfaring med utførelse av kvalitative studier, da dette ikke er noe jeg har erfaring med fra tidligere. Tilegnelse av lærdom om kvalitative prosjekter har derfor vært av betydning under utførelsen av studien.

8.0 Konklusjon

I denne studien har jeg utforsket hvilken betydning sykepleiere innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling opplever at arbeidshverdagen har for egen psykisk helse. Studiens resultater er diskutert i lys av jobbkrav-ressursteori og tidligere forskning.

Resultatene indikerer at sykepleiere innen PHV og TSB har en rekke ulike jobbkrav og jobbressurser i arbeidshverdagen med betydning for opplevelse av egen psykisk helse. Jobbkrav, som mange samtidige arbeidsoppgaver, emosjonell belastning, høyt ansvar og lite kontroll, virker å inngå i en helsereduserende prosess som medfører uro, grubling på kveldstid, dårlig samvittighet og opplevelse av å ikke strekke til. Dette har igjen konsekvenser for opplevelse av seg selv som yrkesutøver, søvn og sosial deltakelse på fritiden, og kan således sees i sammenheng med negativ psykisk helseutvikling. På sin side kan jobbressurser, som erfaring, støtte fra kollegaer og nærhet ledelse, inngå i en motiverende prosess som bidra til opplevelse av trygghet, mestring og trivsel. I lys av dette vil tilretteleggelse av jobbressurser som nærhet til ledelse, tilretteleggelse for gode arbeidsmiljø, og støtte oppunder erfaring og egenomsorg, kunne bidra positivt til opplevelse av egen psykisk helse.

Samtidig virker jobbressurser og jobbkrav til å inngå i et dynamisk samspill, der jobbressurser virker modererende på negative opplevelser av psykisk helse som følge av jobbkrav. Studien bidrar således med nyttig kunnskap til sykepleiere og ledere om hvor «skoen trykker» og på hvilke områder det behøves endringer for å forebygge psykiske helseplager som følge av jobb. Likevel gav sykepleierne uttrykk for at den psykiske belastningen ikke oppleves bærekraftig på lang sikt, til tross for tilstedeværelse av flere jobbressurser. Selv om det er en samlet enighet om at det å være i jobb er positivt i seg selv, er det knyttet usikkerhet til hvilken betydning arbeidsdagens belastning vil ha for den psykiske helsen til sykepleiere innen PHV og TSB over tid. Det er således behov for et større kunnskapsgrunnlag om hvordan det oppleves for sykepleiere å stå i en arbeidsdag innen fagfeltet over tid, samt

undersøke hvilke faktorer som bidrar til at sykepleiere velger å bli værende i arbeidet. I tillegg er det behov for studier der flere kjønn er representert.

8.1 Implikasjoner for praksis

Studiens resultater bekrefter tidligere forskning om sykepleiere generelt, som viser at sykepleiere opplever høy arbeidsbelastning, mye ansvar og emosjonell slitenhet i sin arbeidshverdag, samt at sykepleiere innen PHV og TSB opplever arbeidsdagen som mer uforutsigbar og utfordrende enn tidligere. Resultatene understøtter også foreliggende kunnskap om at arbeidsmiljøfaktorer som lav selvbestemmelse, manglende innflytelse og mangelfull opplæring øker risikoen for psykiske helseplager, samtidig som den løfter frem hvordan jobbressurser kan bidra til motivasjon, trivsel og mestring, samt bidra til positiv opplevelse av psykisk helse.

I årene fremover er behovet for sykepleiere og sykepleiekompetanse økende. Samtidig foreligger det kunnskap om at sykepleiere avslutter eller skifter sin yrkeskarriere relativt tidlig, og undersøkelser tyder på at det ikke foreligger en reserve av sykepleiere som kan realisere en ønsket kapasitetsøkning. I denne studien fremkom det at sykepleierne ikke så for seg å bli værende innen fagfeltet over tid grunnet opplevelse av høy psykisk belastning som følge av jobbkrav. Når behovet for sykepleiere er økende, samtidig som frafall og turnover av fagkompetansen er høy, er det nødvendig å undersøke hvordan arbeidsdagen oppleves av de som er yrkesaktive. Ved å utforske sykepleierne opplevelse av egen psykisk helse i lys av arbeidshverdag innen PHV og TSB, bidrar denne studien med verdifull innsikt i et kunnskapsfelt som er begrenset. I et samfunns- og folkehelseperspektiv bidrar studien med kunnskap om hvilke forhold som har særlig betydning for opplevelse av egen psykisk helse i arbeidsdagen. Kunnskapen kan bidra inn i arbeid og tilrettelegging for forebygging av psykiske helseplager som følge av jobb, samt bidra til forebygging av frafall av sårt tiltrengt helsepersonell.

Litteraturliste

- Arbeidstilsynet. (u.å). *Arbeidsrelaterte psykiske plager*. Hentet 08. mai 2024 fra <https://www.arbeidstilsynet.no/tema/arbeidsrelaterte-psykiske-plager/>
- Arbeidstilsynet. (2022). *Årsrapport 2021: En analyse av Arbeidstilsynets innsats i 2021*. Arbeidstilsynet. <https://www.arbeidstilsynet.no/contentassets/7ec576afb75a45b69f8a74705ebe9c18/arbeidstilsynets-arsrapport-2021.pdf>
- Bachmann, L., Michaelsen, R. A. & Vatne, S. (2016). Feeling «overloaded» and «shortcomings»: milieu therapists' experiences of vulnerability in caring for severely mentally ill patients. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, 285-296. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S106310>
- Bachmann, L., Michaelsen, R. & Vatne, S. (2019). Professional vulnerability in mental healthcare context: A focus group study of milieu-therapists' experiences. *Nursing Open*, 6(3), 1076-1087. <https://doi.org/10.1002/nop2.292>
- 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. <http://dx.doi.org/10.1037/ocp0000056>
- Bakker, A. B., Demerouti, E. & Sanz-Vergel, A. I. (2014). Burnout and work engagement: the JD-R approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1, 389-411. <https://doi-org.ezproxy.nord.no/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091235>
- Bakker, A. B., Demerouti, E. & Sanz-Vergel, A. (2023). Job demands-resources theory: ten years later. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behaviour*, 10, 25-53. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-120920-053933>
- Blå Kors. (2023, 03. oktober). *Tverrfaglig spesialisert behandling*. <https://www.blakors.no/fagside/tverrfaglig-spesialisert-behandling-i-bla-kors/>

- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589-597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Braun, V. & Clarke, V. (2021). Can I use TA? Should I use TA? Should I *not* use TA? Comparing reflexive thematic analysis and other pattern-based qualitative analytic approaches. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21(1), 37-47. <https://doi.org/10.1002/capr.12360>
- Byrne, D. (2022). A worked example of Braun and Clark's approach to reflexive thematic analysis. *Quality and Quantity*, 56, 1391-1412. <https://doi.org/10.1007/s11135-021-01182-y>
- Connelly, L. M. (2010). What is phenomenology? *Medsurg Nursing*, 19(2), 127-128. <https://www.proquest.com/docview/230522357?accountid=26469&parentSessionId=e3Gk1FgGt7dGSw%2FubZzANruTC3eM6%2F6k51Du8rUe3Gc%3D&pq-origsite=primo&sourcetype=Scholarly%20Journals>
- 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>
- Den norske akademis ordbok. (u.å.). *Oppleve*. Hentet 12. mai 2024 fra <https://naob.no/ordbok/oppleve>
- Dolonen, K. A. & Reppen, N. K. (2022, 18. mai). *Norge mangler 5900 sykepleiere og 700 spesialsykepleiere*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/2022/05/norge-mangler-5900-sykepleiere-og-700-spesialsykepleiere>
- Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid* (LOV-2017-04-28-23). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23/>
- Furseth, I. & Everett, E. L. (2022). *Masteroppgaven: Hvordan begynne – og fullføre* (3.utg). Universitetsforlaget.
- Gilardi, S., Guglielmetti, C., Converso, D., Fida, R. & Viotti, S. (2020). Third-party aggression and emotion work among nurses: Testing a moderated mediation model.

- International Journal of Stress Management*, 27(2), 146-159.
<http://dx.doi.org/10.1037/str0000136>
- Halvorsen, K. & Jerpseth, H. (2016). Forskningsetiske utfordringer ved kvalitative studier. *Sykepleien Forskning*, 14, Artikkel e57440.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleief.2019.57440>
- Hamrin, V., Iennaco, J. & Olsen, D. (2009). A review of ecological factors affecting inpatient psychiatric unit violence: implications for relational and unit cultural improvements. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, 214-226.
<https://doi.org/10.1080/01612840802701083>
- Happell, B., Dwyer, T., Reid-Searl, K., Burke, K. J., Caperchione, C. M. & Gaskin, C. J. (2013). Nurses and stress: recognizing causes and seeking solutions. *Journal of Nursing Management*, 21(4), 638-647. <https://doi.org/10.1111/jonm.12037>
- Harvey, S. B., Modini, M., Joyce, S., Milligan-Saville, J. S., Tan, L., Mykletun, A., Bryant, R. A., Christensen, H. & Mitchell, P. B. (2017). Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occupational and Environmental Medicine*, 74(4), 301-310.
<https://doi.org/10.1136/oemed-2016-104015>
- Harvey, s. B., Sellahewa, D. A., Wang, M-J., Milligan-Saville, J., Bryan, B. T., Henderson, M., Hatch, S. L. & Mykletun, A. (2018). The role of job strain in understanding midlife common mental disorder: A national cohort-study. *The Lancet Psychiatry*, 5(6), 498-506. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30137-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30137-8)
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke, J. A. (2018). *Perspektiver på psykisk lidelse: å forstå, beskrive og behandle* (3.utg.). Gyldendal.
- Helsedirektoratet. (2021a, 19. mai). *Begreper om psykiske helseplager*.
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/psykisk-helsearbeid-for-barn-og-unge/begreper-om-psykiske-helseplager>
- Helsedirektoratet. (2021b, 21. desember). *Bruk av tvang i psykisk helsevern*. Helsenorge.
<https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/psykisk-helsevern/tvungent-psykisk-helsevern/>

- Helsedirektoratet. (2022, 30. september). *Behandling i TSB*.
<https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/rusbehandling-tsb/behandling-og-oppfolging-rusbehandling-tsb-pakkeforlop/behandling-i-tsb>
- Helsedirektoratet. (2023, 20. september). *Rett til nødvendig hjelp fra spesialisthelsetjenesten*. Helsenorge. Hentet 07. februar 2024 fra
<https://www.helsenorge.no/rettigheter/sykehus-og-spesialist/rett-til-nodvendig-helsehjelp/#hva-betyr-spesialisthelsetjenesten>
- Helsenorge. (u.å.). *Psykisk helsevern*. Hentet 07. februar 2024 fra
<https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/psykisk-helsevern/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Mestre hele livet: Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/andre-dokumenter/hod/2017/mestre-hele-livet/id2568354/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022, 27. april). *Verdens helseorganisasjon*. Regjeringen.
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/internasjonalt-helsesamarbeid/innsikt/verdens-helseorganisasjon-who/id435126/>
- Hjemås, G. & Syse, A. (2023). Hvor blir det av sykepleiere? En registerbasert analyse. *Sykepleien Forskning*, 18, Artikkel e93304.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleief.2023.93304>
- Hjort, P. F. (2010). *Alderdom: Helse, omsorg og kultur*. Universitetsforlaget.
- Hobfoll, S. E., Halbesleben, J., Neveu, J-P. & Westman, M. (2018). Conservation of resources in the organizational context: the reality of resources and their consequences. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behaviour*, 5(1), 103-128. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032117-104640>
- Høiseth, A. (2013, 05. april). *Hypotesetestende og eksplorerende studier*. Tidsskriftet.
<https://tidsskriftet.no/2013/04/kommentar/hypotesetestende-og-eksplorerende-studier>
- Jia, Z., Kornstad, T., Stølen, N. M. & Hjemås, G. (2023). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040* (Rapporter 2023/2). Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/artikler/arbeidsmarkedet-for-helsepersonell-fram-mot->

[2040/ /attachment/inline/487396f0-0469-49de-8b79-092941ac346f:9861f0cf62d33b5643028f02e0e8f7c22f80a709/RAPP2023-02.pdf](https://doi.org/10.2307/2392498)

Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308.

<https://doi.org/10.2307/2392498>

Karlsmoen, R. (2022, 04. januar). *Aldri har flere menn vært sykepleiere*. Sykepleien.

<https://sykepleien.no/2022/01/aldri-har-flere-menn-vaert-sykepleiere>

Kelly, L. A., Gee, P. M. & Butler, R. J. (2020). Impact of nurse burnout on organizational and position turnover. *Nursing Outlook*, 69, 96-102.

<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2020.06.008>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2021). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal.

Lauveng, A. (2022). *Grunnbok i psykisk helsearbeid for vernepleiestudenter: Det landskapet vi er mennesker i*. Universitetsforlaget.

Lerdal, A. (2009). Metodekapitlet. *Sykepleien Forskning*, 4(3), 239-241.

<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2009.0120>

López-López, I. M., Gómez-Urquiza, J. L., Cañadas, R., De la Fuente, E. I., Albendín-García, L. & Cañadas-De la Fuente, G. (2019). Prevalence of burnout in mental health nurses and related factors: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28, 1035-1044. <https://doi.org/10.1111/inm.12606>

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

Melby, L., Ådnanes, M. & Kasteng, F. (2017). *Sykepleie i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling: Hva er sykepleieres ansvar og arbeidsoppgaver? Hvilke pasientbehov dekkes? Hva er kompetansebehovet?* (Rapport A28053). SINTEF. <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/bitstream/handle/11250/2436189/Rapport%2bA28053%2bSykepleie%2bi%2bpsykisk%2bhelsevern%2bog%2bTSB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Meld. St. 15 (2022-2023). *Folkehelsemeldinga: Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20222023/id2969572/?ch=1>

- Meld. St. 23 (2022-2023). *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023-2033)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-23-20222023/id2983623/?ch=1>
- Meneses-Echavez, J. F., Borge, T. C., Nygård, H. T., Gaustad, J-V. & Hval, G. (2022). *Psykologisk debriefing for helsepersonell involvert i uønskede pasienthendelser: en systematisk oversikt*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2022/psykologisk-debriefing-for-helsepersonell-involvert-i-uonskede-pasienthende/>
- Modini, M., Joyce, S., Mykletun, A., Christensen, H., Bryant, R. A., Mitchell, P. B. & Harvey, S. B. (2016). The mental health benefits of employment: Results of a systematic meta-review. *Australasian Psychiatry*, 24(4), 329-413. <https://doi.org/10.1177/1039856215618523>
- NEM. (2010, 15. januar). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- NESH. (2021, 16. desember). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
- Neubauer, B. E., Witkop, C. T. & Varpio, L. (2019). How phenomenology can help us learn from the experience of others. *Perspectives on Medical Education*, 8(2), 90-97. <https://doi.org/10.1007/s40037-019-0509-2>
- Nord Universitet. (u.å.-a). *Forskningsetikk*. Hentet 12. desember 2023 fra <https://www.nord.no/forskning/forskerstotte/forskningsetikk>
- Nord Universitet. (u.å.-b). *Studenters ansvar for personvern i oppgaveskriving*. Hentet 07. september 2023 fra <https://www.nord.no/om/personvern/personvern-i-oppgaver>
- Norges forskningsråd. (2002). *Rapport fra seminaret om helsebegrepet*. Norges forskningsråd. <https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1203528281561.pdf>

- Norlyk, A. & Harder, I. (2010). What makes a phenomenological study phenomenological? An analysis of peer-reviewed empirical nursing studies. *Qualitative Health Research*, 20(3), 420-431. <https://doi.org/10.1177/1049732309357435>
- Norsk sykepleierforbund. (u.å.). *Statistikk*. Hentet 30. mars 2023 fra <https://www.nsf.no/lonn-og-tariff/statistikk>
- Norsk Sykepleierforbund. (2021, 16. august). *Sykepleiere vurderer å slutte eller skifte jobb*. <https://www.nsf.no/artikkel/sykepleiere-vurderer-slutte-eller-skifte-jobb>
- Norsk Sykepleierforbund. (2024, 07. mai). *Fortsatt størst mangel på sykepleiere*. <https://www.nsf.no/artikkel/fortsatt-storst-mangel-pa-sykepleiere-0>
- NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling – personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/?ch=1>
- Oslo Universitetssykehus. (2023a, 13. juni). *Introduksjon til TSB*. Hentet 07. februar 2024 fra <https://www.oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/introduksjon-til-tsb/#henvisningsrutiner>
- Oslo Universitetssykehus. (2023b, 03. mars). *Juss i TSB*. Hentet 07. februar 2024 <https://www.oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/juss-i-tsb/>
- Oslo Universitetssykehus. (2023c, 16. mai). *Pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse*. Hentet 07. februar 2024 fra <https://www.oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/pasienter-med-samtidig-rus-og-psykisk-lidelse>
- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger* (LOV-2018-06-15-38). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Ratnapradipa, K. L., Houfek, J. F., Gearhart, P., Schneider, E. O., Chasek, C., Dinkel, D., Cordts, K. M., Doyle, M., Chaudhary, P., Bhale, D. & Watanabe-Galloway, S. (2024). Exploring the dynamics of attracting and retaining acute care psychiatric registered

- nurses: An in-depth analysis using focus groups. *Journal of Nursing Management*, 2024, 1-11. <https://doi.org/10.1155/2024/3167255>
- Reppen, N. K. (2023, 13. juni). *Sykefravær: Psykiske lidelser blant sykepleiere øker kraftig*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/2023/06/sykefravaer-psykisk-lidelser-blant-sykepleiere-oket-kraftig>
- Rolfheim-Bye, S. (2021, 16. november). *Stort potensiale for å forebygge sykefravær blant sykepleiere*. Statens arbeidsmiljøinstitutt. <https://stami.no/stort-potensial-for-a-forebygge-sykefravaer-blant-sykepleiere/>
- Rolland, E. G., Bremnes, O., Lyngved, K. J. & Sebergsen, K. (2023). Arenaer for praksisstudier. I Å. Fause, E. G. Rolland & K. Sebergsen (Red.), *Klar for praksisstudier i psykiske helsetjenester: Sykepleierens særegne ansvar* (s. 44-63). Fagbokforlaget.
- Seierstad, A. (2023). Aggressive pasienter bør roes med deeskalerende tiltak. *Sykepleien*, 111, Artikkel e92808. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2023.92808>
- SIFER. (2019, 30. august). *MAP*. <https://sifer.no/?s=deeskalering&submit=S%C3%B8k>
- Sikt. (u.å.). *Opplysninger om andre enn deltakarane (tredjepersonar)*. Hentet 12. desember 2023 fra <https://sikt.no/tjenester/personverntjenester-forskning/personvernhandbok-forskning/opplysninger-om-andre-personer-enn-deltakerne-tredjepersoner>
- Silverman, D. (2022). *Doing qualitative research* (6.utg.). SAGE.
- Skjøstad, O., Hjemås, G. & Beyer, S. (2017, 25. august). *1 av 5 nyutdanna sykepleiere jobber ikke i helsetjenesten*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/1-av-5-nyutdanna-sykepleiere-jobber-ikke-i-helsetjenesten>
- Statens arbeidsmiljøinstitutt. (2021). *Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2021: status og utviklingstrekk* (STAMI-rapport nr. 4). Statens arbeidsmiljøinstitutt. <https://hdl.handle.net/11250/2757495>
- Statistisk sentralbyrå. (u.å.). *Helse- og sosialpersonell*. Hentet 04. mai 2024 fra <https://www.ssb.no/statbank/table/07941/tableViewLayout1/>
- Thoresen, L., Rugseth, G. & Bondevik, H. (2020). *Fenomenologi i helsefaglig forskning*. Universitetsforlaget.

- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder: i praksis* (4. utg.). Gyldendal.
- Universitetet i Oslo. (u.å.). *NVivo*. Hentet 12. desember 2023 fra <https://www.uio.no/tjenester/it/forskning/datafangst-og-analyse/nvivo/>
- Universitetet i Oslo. (2023, 30. november). *Nettskjema-diktafon mobilapp*. Hentet 11. desember 2023 fra <https://www.uio.no/tjenester/it/admin/app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>
- Westerhof, G. J. & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110-119. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>
- Wollan, G. (2009). *Festivaler og turisme som performing places: En sosio-kulturell analyse* (Rapport nr. 59). Høgskolen i Nord-Trøndelag. <https://nordopen.nord.no/nord-xmlui/bitstream/handle/11250/146207/Endelig%20sluttrapport%20CSA%202009.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization. (2022, 17. juni). *Mental health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Medical Association. (2022, 06. september). *WMA declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Vedlegg 1: PICO-skjema

	Norsk	Engelsk
P	<p>Sykepleier</p> <p>Sykepleier innen psykisk helsevern</p> <p>Sykepleier innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling</p>	<p>Nurse</p> <p>Nurse within mental health care</p> <p>Psychiatric nurse</p> <p>Nurse within multidisciplinary specialized drug treatment</p>
I	Arbeidshverdag	<p>Workday</p> <p>Work</p> <p>Working day</p>
C		
O	<p>Psykisk helse</p> <p>Egen psykisk helse</p> <p>Egenopplevd psykisk helse</p>	<p>Mental health</p> <p>Self-perceived mental health</p>

Vedlegg 2: Søkematrise

Søkeord/ søketerminologi	Database	Antall treff	Vurderte artikler på bakgrunn av tittel/abstract	Inkluderte artikler
Enkeltsøk: Psykisk helse blant sykepleiere (avgrensning: forskningsartikler)	Idunn	218	1	0
Enkeltsøk: Hvilken betydning opplever sykepleiere at arbeidshverdag har for egen psykisk helse	Idunn	2	0	0
Nurs* OR (psychiatric nurse) OR (nurse within mental health care) OR (Nurse within multidisciplinary specialized drug treatment) AND work OR (working day) OR (workday) (avgrensning: søkeord I abstract, publisert siste fem år)	APA PsychNet	257	0	0
Nurs* OR (psychiatric nurse) OR (nurse within mental health care) OR (Nurse within multidisciplinary specialized drug treatment) (avgrensning: søkeord I tittelen, publisert siste fem år)	APA PsychNet	36	2	0
Enkeltsøk: Hvordan opplever sykepleiere innen	Oria	2	0	0

psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling egen psykisk helse				
Enkeltsøk: Hvilken betydning opplever sykepleiere at arbeidshverdagen har for egen psykisk helse	Oria	2	1	0
Søk 1: nurs* OR (psychiatric nurse) OR (nurse working in mental health care) OR (nurse working in multidisciplinary specialized drug treatment) OR (psychiatric mental health clinical nurse specialists) OR (psychiatric mental health nurse practitioners) OR (psychiatric nursing) OR (psychiatric nurses)	EBSCOhost CINAHL with Full Text	6243		
Søk 2: work OR working day OR workday OR work environment OR work experiences OR work-life balance		42170		
Søk 3: Søk 1 AND Søk 2 (Avgrensning: publisert siste ti år)		404	4	1
Enkeltsøk: Hvilken betydning opplever sykepleiere innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling at	Google Scholar	239	1	0

arbeid har for psykisk helse (Avgrensning: publisert siste fem år)				
Enkeltøk: The mental health of nurses (Avgrensning: siste fem år)	EBSCOhost CINAHL with Full Text	22	0	0

Vedlegg 3: Invitasjon til studien og samtykkeerklæring



Vil du delta i forskningsprosjektet «psykisk helse blant sykepleiere?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan sykepleiere med jobb innen psykisk helsevern opplever egen psykiske helse i lys av arbeidshverdag og arbeidsoppgaver. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Selvrapporterte psykiske helseplager er økende blant den yrkesaktive befolkningen. Helse- og omsorgstjenesten er spesielt utsatt, blant annet som følge av en stor andel relasjonelle yrker, der arbeidstakere må forholde seg til vold, trusler og emosjonelle krav. Samtidig er norsk helsevesen i en omstillingsfase med omstruktureringer og en økende mangel på kvalifisert helsepersonell. Denne studien undersøker den psykiske helsen blant sykepleiere som jobber innen psykisk helsevern, og hvordan sykepleiere opplever at deres psykiske helse påvirkes av arbeidsoppgaver og arbeidshverdagen. Prosjektet er en masteroppgave innen Helsevitenskap med fordypning i psykisk helsearbeid, i regi av Nord Universitet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Nord Universitet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta fordi du er sykepleier som jobber innen psykisk helsevern. Sykepleiere innen psykisk helsevern med mer enn 6mnd arbeidserfaring, fast ansettelse og regelmessig pasientrettet kontakt inviteres til å delta.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det deltakelse i et forskningsintervju. Intervjuet vil vare i omkring én time, og vil bli gjennomført i egne lokaler ved ditt arbeidssted eller i en annen skjermet omgivelse etter ditt ønske. Det vil bli tatt lydopptak av intervjuet.

Masterstudent Unni Lefdal Hove vil gjennomføre intervjuet. |

Under intervjuet vil du bli spurt om dine tanker og opplevelser rundt egen psykisk helse, og hvordan du opplever at arbeidshverdagen din og dine arbeidsoppgaver påvirker denne i positiv og negativ retning. Vi ønsker også å spør deg om dine tanker rundt hvordan psykiske helseplager kan forebygges blant sykepleiere. Du vil ikke bli spurt spørsmål om psykiske lidelser og/eller diagnoser.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- Bare personer som er i prosjektgruppen for denne studien vil ha tilgang til opplysninger. Disse er Unni Lefdal Hove og Kristin Berre Ørjasæter.
- Samtykkeskjema med navn vil bli forsvarlig innelåst separat fra datamaterialet. Alle forskningsdata vil bli lagret på forskningsserver ved Nord Universitet og innelåst.

Det vil ikke være mulig å gjenkjenne enkeltindivider når resultatene publiseres.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes 30.06.25. Etter prosjektslutt vil personopplysninger og lydopptak bli slettet.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Nord Universitet har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

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

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

- Nord Universitet ved masterstudent Unni Lefdal Hove (epost: unni.l.hove@student.nord.no, telefon: 46 96 36 75) eller prosjektansvarlig/veileder Kristin Berre Ørjasæter (epost: kristin.b.oriasater@nord.no, telefon: 74 21 23 37)
- Vårt personvernombud: Toril Irene Kringen, personvernombud@nord.no, telefon: 74 02 27 50

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- Epost: personverntjenester@sikt.no eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

Kristin Berre Ørjasæter

Unni Lefdal Hove

Prosjektansvarlig

Student

(Veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «psykisk helse blant sykepleiere», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i forskningsintervju
- å ta lydopptak av forskningsintervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Dersom du samtykker til deltakelse i studien kan du ta direkte kontakt med masterstudent Unni Lefdal Hove på e-post: unni.l.hove@student.nord.no eller telefon 46963675, enten for å sende samtykke eller for å avtale tid for intervju.



Intervjuguide

1. Innledning til intervjuet (før opptak starter)
 - o Intervju og rammesetting for intervjuet
 - Generell informasjon om intervjuer og intervjuers rolle
 - Presentere tema, bakgrunn og hensikt for samtalen
 - Deltaker sine rettigheter (anonymitet, håndtering av personopplysninger, rett til å trekke seg)
 - Oppklare eventuelle spørsmål fra deltaker
 - Starte opptaket

2. Innledningsfase (Opptak har startet)
 - o Innledningsspørsmål
 - Kan du fortelle litt om deg selv? (Alder, sivilstatus, arbeid/skolegang)
 - Hvor lenge har du jobbet innen psykisk helsevern/tverrfaglig spesialisert rusbehandling?
 - Har du jobbet flere plasser innen PHV/TSB? Hvis ja, hvor og hvor lenge? Hvilken rolle hadde du da?

3. Arbeidshverdag
 - o Kan du fortelle litt om hva ditt daglige arbeid består av? Hvilke arbeidsoppgaver har du?
 - o Hvordan opplever du arbeidsoppgavene dine?

- Er det situasjoner i din arbeidshverdag som du opplever som utfordrende eller truende for egen sikkerhet? Kan du gi eksempler?
- Hva ønsker du at du kunne endret på i din arbeidshverdag?

4. Psykisk helse

- Når du hører psykisk helse, hva legger du i det? Hvilke assosiasjoner får du?
- Hvordan opplever du din egen psykiske helse?
- Hvilken rolle opplever du at arbeidshverdagen din har for din psykiske helse?
- Hva i din arbeidshverdag har betydning for at du skal oppleve å ha en god psykisk helse? Fortell.
- Hva i din arbeidshverdag har betydning for at du skal oppleve å ha mindre bra eller dårlig psykisk helse? Fortell.
- Hvordan ønsker du at din arbeidshverdag ser ut om 5-10 år? Kan du begrunne?
- Hvis dette skjer, hvilken betydning vil det ha for din psykiske helse?

5. Tilbakeblikk/oppsummering

- Gjengi en oppsummering av intervjuers forståelse av informasjonen som kom frem i intervjuet
- Gi mulighet til å komme med innspill/tillegg: Er det noe du ønsker å legge til?
- Takke for tiden og bidraget

Vedlegg 5: Meldeskjema til Sikt

30.04.2024, 17:06

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



Meldeskjema

Referansenummer

402830

Hvilke personopplysninger skal du behandle?

- Navn
- Nettidentifikator
- Stemme på lydopptak
- Bakgrunnsopplysninger, som i kombinasjon vil kunne identifisere en person
- Helseopplysninger

Beskriv bakgrunnsopplysningene

Bakgrunnsopplysningene vil omfatte en kombinasjon av opplysninger, herunder bostedskommune, arbeidssted, alder, sivilstatus, kjønn, skolegang og stilling.

Prosjektinformasjon

Tittel

Psykisk helse blant sykepleiere

Sammendrag

Prosjektet er en masteroppgave i Helsevitenskap, med fordypning i psykisk helsearbeid. Formålet med prosjektet å undersøke hvilken betydning sykepleiere som jobber innen psykisk helsevern opplever at deres arbeidshverdag har for egen psykiske helse. De siste 20 årene har fagfeltet psykisk helse og rus forandret seg mye, der målet til helsemyndighetene har vært å bedre det psykiske helsetilbudet på et nasjonalt nivå. Samtidig som fagfeltet omstilles, går helsevesenet i møte med en varslet sykepleiemangel. Det finnes flere studier som viser at sykepleiere opplever et stort ansvar og stress i sin arbeidshverdag, med høy andel utbrenthet og arbeidstretthet. Mye av foreliggende kunnskap stammer dog fra kvantitative studier om sykepleiere generelt, og det finnes lite forskning som omhandler den psykiske helsen til sykepleiere innen psykisk helsevern. Prosjektet vil ha et kvalitativt design. Data vil bli innhentet gjennom fenomenologiske intervjuer med sykepleiere innen psykisk helsevern.

Hva er formålet med behandlingen av personopplysninger?

Personopplysninger samles inn på bakgrunn av forskningsspørsmål og design av studien. Det vil kun samles inn opplysninger som er relevante for hensikten med prosjektet.

Dersom personopplysningene skal behandles til flere formål, beskriv hvilke

Personopplysninger vil behandles videre etter prosjektslutt for bearbeiding av endelig masteroppgave til artikkel for publikasjon.

Prosjektbeskrivelse

[Prosjektbeskrivelse - psykisk helse blant sykepleiere.pdf](#)

Ekstern finansiering

Ikke utfyllt

Type prosjekt

Master

Kontaktinformasjon, student

Unni Lefdal Hove, unni.l.hove@student.nord.no, tlf: 46963675

Behandlingsansvar

Behandlingsansvarlig institusjon

Nord Universitet / Fakultet for sykepleie og helsevitenskap / Helse og samfunnsdeltakelse

Prosjektansvarlig

Kristin Berre Ørjasæter, kristin.b.orjasater@nord.no, tlf: 74212337

Er behandlingsansvaret delt med flere institusjoner?

Nei

Utvalg 1

<https://meldeskjema.sikt.no/646887ec-0759-49b8-bdb8-81bf2a935c81/eksport>

1/3

Beskriv utvalget

Utvalget består sykepleiere innen psykisk helsevern, som er ansatt ved psykiatrisk sengepost eller i FACT-team. Inklusjonskriterier omfatter fast ansettelse, minimum 6 mnd praksiserfaring og pasientkontakt som en del av arbeidshverdag.

Beskriv hvordan du finner frem til eller kontakter utvalget

Sykepleiere rekrutteres via sine arbeidsgivere ved at en beskrivende oppsummering av prosjektet, invitasjon til deltakelse og samtykkeskjema sendes ut til ledere og/eller fagutviklingssykepleiere ved aktuelle avdelinger/FACT-team. Samtykkende deltakere kontakter deretter masterstudent for å avtale intervjuetidspunkt.

Aldersgruppe

21 - 77

Hvilke personopplysninger vil bli behandlet om utvalg {{i}}? 1

- Navn
- Nettidentifikator
- Stemme på lydopptak
- Bakgrunnsopplysninger, som i kombinasjon vil kunne identifisere en person
- Helseopplysninger

Hvordan innhentes opplysningene om utvalg 1?**Personlig intervju****Vedlegg**

[Intervjuguide masteroppgave.docx](#)

Lovlig grunnlag for å behandle alminnelige personopplysninger

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

Lovlig grunnlag for å behandle særlige personopplysninger

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

Begrunn valget av behandlingsgrunnlag**Informasjon til utvalg 1****Mottar utvalget informasjon om behandlingen av personopplysningene?**

Ja

Hvordan mottar utvalget informasjon om behandlingen?

Skriftlig (papir eller elektronisk)

Informasjonsskriv

[Informasjonsskriv masterprosjekt.docx](#)

Tredjepersoner**Innhenter prosjektet informasjon om tredjepersoner?**

Nei

Dokumentasjon**Hvordan dokumenteres samtykkene?**

- Manuelt (papir)

Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?

Samtykket kan trekkes tilbake muntlig eller skriftlig. Muntlig kan dette gjøres i samtale eller per tlf med student eller veileder. Samtykket kan også trekkes skriftlig, henholdsvis på epost. Deltaker behøver ikke oppgi grunn for å trekke sitt samtykke.

Hvordan kan de registrerte få innsyn, rettet eller slettet personopplysninger om seg selv?

De registrerte kan få innsyn, rettet eller slettet opplysninger om seg selv ved å ta kontakt på mail, fysisk eller per telefon med masterstudent. Ønske om innsyn, retting eller sletting av opplysninger trenger ikke begrunnes. Den enkelte vil etter ønske få innsyn i data som omhandler seg selv, herunder eget intervju.

Totalt antall registrerte i prosjektet

1-99

Tillatelser

Vil noen av de følgende godkjenninger eller tillatelser innhentes?

Ikke utfyllt

Sikkerhetstiltak

Vil personopplysningene lagres atskilt fra øvrige data?

Ja

Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?

- Fortløpende anonymisering
- Adgangsbegrensning
- Andre sikkerhetstiltak

Hvilke

Innlåsing av samtykkeskjema, bruk av nettskjema for lagring av opptak, transkripsjon gjennomføres i NVivo, arbeids pc med automatisk tastelås etter kort tid.

Hvor blir personopplysningene behandlet?

- ?

Hvem har tilgang til personopplysningene?

- Prosjektansvarlig
- Student (studentprosjekt)
- Databehandler

Hvilken databehandler har tilgang til personopplysningene?

Diktafon Nettskjema og NVivo

Overføres personopplysninger til et tredjeland?

Nei

Avslutning

Prosjektperiode

01.06.2023 - 30.06.2025

Hva skjer med dataene ved prosjektslutt?

Data slettes (sletter rådataene)

Vil enkeltpersoner kunne gjenkjennes i publikasjon?

Nei

Tilleggsopplysninger

Vedlegg 6: Vurdering fra Sikt

30.04.2024, 17:10

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

402830

Vurderingstype

Standard

Dato

23.06.2023

Tittel

Psykisk helse blant sykepleiere

Behandlingsansvarlig institusjon

Nord Universitet / Fakultet for sykepleie og helsevitenskap / Helse og samfunnsdeltakelse

Prosjektansvarlig

Kristin Berre Ørjasæter

Student

Unni Lefdal Hove

Prosjektperiode

01.06.2023 - 30.06.2025

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Særlige

Lovlig grunnlag

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

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

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 30.06.2025.

Meldeskjema [🔗](#)

Kommentar

OM VURDERINGEN

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

TYPE PERSONOPPLYSNINGER

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold.

TAUSHETSPLIKT

Forskningsdeltagerne har yrkesmessig taushetsplikt. De kan ikke dele taushetsbelagte opplysninger med forskningsprosjektet. Vi anbefaler at du minner dem på taushetsplikten. Merk at det ikke er nok å utelate navn ved omtale av pasienter el. Vær forsiktig med bruk av eksempler og bakgrunnsopplysninger som tid, sted, kjønn og alder.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Vi har vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene, men husk at det er institusjonen du er ansatt/student ved som avgjør hvilke databehandlere du kan bruke og hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt. Husk å bruke leverandører som din institusjon har avtale med (f.eks. ved skylagring, nettspørreskjema, videosamtale el.

Personvertjenester 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).

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Se våre nettsider om hvilke endringer du må melde: <https://sikt.no/melde-endingar-i-meldeskjema>

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!