

**Ansattes subjektive opplevelse med å bli utsatt for krenkelser på
arbeidsplassen i psykisk helsetjeneste – en kvalitativ studie**

Vera Thorvarsdottir



Innlevert som masteroppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITET I OSLO

Mai 2015

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	s.5
1. Innledning	s.7
1.1. Problemstilling	s.8
1.2. Begrepsavklaring	s.8
1.2.1. Krenkelser	s.8
1.2.2. Pasient	s.9
1.2.3. Psykisk helsetjeneste	s.9
1.3. Tidligere forskning	s.9
1.3.1. Forekomst av krenkelser mot ansatte i psykisk helsetjeneste	s.9
1.3.2. Årsaker til krenkelser	s.10
1.3.3. Konsekvenser av krenkelser	s.10
1.3.4. Forebygging av krenkelser	s.11
1.3.5. Problemer med å sammenlikne tidligere studier	s.12
1.4. Fra empiri til teori: Krenkelser i et helse- og sosialpsykologiskperspektiv	s.12
1.4.1. Mestringsteori	s.13
1.4.2. Sosial støtte	s.13
1.4.3. Opplevd kontroll	s.14
2. Metode	s.15
2.1. Organisering av studien	s.15
2.2. Metodologisk tilnærming	s.15
2.3. Datainnsamling	s.16
2.3.1. Fenomenologisk perspektiv	s.16
2.3.2. Intervjuguide	s.17
2.3.3. Intervjuprosedyre	s.17
2.3.4. Utvalg	s.18
2.3.5. Rekruttering	s.19
2.4. Analysemetode	s.19
2.5. Etikk	s.21

2.5.1. Forskningsetiske retningslinjer	s.21
2.5.2. Informert samtykke	s.21
2.5.3. Konfidensialitet	s.21
3. Resultater	s.22
3.1. Beskrivelse av utvalget	s.22
3.2. Organisering av resultater	s.22
3.3. Opplevelse av krenkelse	s.22
3.4. Årsaker til krenkelser	s.23
3.4.1. Sårbarhet	s.23
3.4.2. Brukergruppen	s.23
3.5. Kunnskap og erfaring	s.24
3.6. Relasjoner og sosial støtte	s.25
3.7. Personlig påvirkning og utvikling	s.25
3.8. Arbeidsplassen	s.26
3.9. Oppsummering av hovedfunn	s.27
4. Diskusjon	s.28
4.1. Ansattes erfaringer med krenkelser	s.28
4.2. Når krenkelsene blir en vane	s.29
4.3. Den profesjonelle rollen	s.30
4.4. Dagsformens påvirkning på sårbarhet	s.31
4.5. Tanker om årsaker til krenkelser	s.32
4.6. Forebygging av krenkelser	s.33
4.7. Studiens begrensninger	s.34
5. Konklusjon	s.35
6. Implikasjoner for klinisk arbeid/framtidig forskning	s.35
Referanser	s.37
Vedlegg 1: Intervjuguide	s.41
Vedlegg 2: Samtykkeerklæring	s.42
Vedlegg 3: Mail til deltakere – kort presentasjon av studien	s.43
Vedlegg 4: Tilbakemelding fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk	s.44

Vedlegg 5: Tilbakemelding fra Norsk
samfunnsvitenskapelig datatjeneste

s.45

Sammendrag

Forfatter: Vera Thorvarsdottir

Tittel: Ansattes subjektive opplevelse med å bli utsatt for krenkelser på arbeidsplassen i psykisk helsetjeneste – en kvalitativ studie.

Hovedveileder: Ole Jacob Madsen

Biveileder: Tonje Lossius Husum

Bakgrunn: Denne studien har hatt som formål å se på hvordan ansatte i psykisk helsetjeneste oppfatter det å bli utsatt for krenkelser på arbeidsplassen. Videre har det blitt undersøkt hvilke faktorer som kan være forebyggende og hva som kan oppleves som risikofaktorer.

Metode og organisering av studien: Studien er kvalitativ, og det ble brukt semistrukturert intervju. Åtte ansatte i psykisk helsetjeneste deltok i studien. Studien har vært en del av Tonje Lossius Husum sitt postdoktor prosjekt om erfaringer med krenkelser som er forankret i Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo. Husum sitt prosjekt er en del av et større prosjekt om psykiske helsetjenester, etikk og tvang (PET prosjektet). To av intervjuene ble utført sammen med Husum, mens resten ble utført alene. Analysearbeidet ble gjort på egenhånd.

Resultater: Majoriteten av de ansatte i studien hadde opplevd å bli krenket i en eller annen grad, men flertallet tok seg ikke nær av krenkelsene. Erfaring og kunnskap ser ut til å være viktige faktorer for hvordan ansatte opplever krenkelser. Majoriteten av de ansatte mente at de habituerte krenkelsene. Grensen for når de kjente seg krenket flyttet seg med økt grad av erfaring. Dagsformen har også noe å si på hvordan de ansatte opplever krenkelser. Er man sliten eller litt sårbar en dag kan det øke krenkbarhet. Ulike risikofaktorer ved arbeidsplassen kan være: underbemanning, dårlig tid, stress og lav kompetanse hos ansatte. Man skal være profesjonell og man skal dermed ikke la seg krenke. At krenkelser kan bli en vane for de ansatte kan også se ut til å være en risikofaktor, men det kan også bli sett på som en overlevelsesstrategi for at de ansatte skal takle arbeidshverdagen. Som forebyggende effekt ble sosial støtte fra kollegaer mest vektlagt hos de ansatte.

Konklusjon: Krenkelser kan ha både fysiske og psykiske negative effekter på ansatte i psykisk helsetjeneste og bør derfor tas på alvor. Forebyggende faktorer for opplevelse av

krenkelser er erfaring, kunnskap og sosial støtte. For at ansatte skal kunne gi pasienter den hjelpen de fortjener er det viktig at de får opparbeidet seg erfaring og kunnskap, samtidig som de får den sosiale støtten og veiledning som de trenger.

1. Innledning

Stadig flere arbeidstakere utsettes for vold og trusler i forbindelse med deres arbeid. Arbeidstilsynet (2009b) rapporterer at fem til seks prosent av sysselsatte i Norge utsettes for vold minst en gang i måneden. Ansatte i helse- og sosialsektoren er spesielt utsatt for dette (Atawneh, Zahid, Al-Sahlawi, Shahid & Al-Farrak, 2003). Hele 50 til 85 prosent av de ansatte i psykisk helsetjeneste har opplevd å bli utsatt for vold eller trusler en gang i løpet av tiden de har jobbet der (Atawneh et al., 2003; Nolan, Dallender, Soares, Thomsen & Arnetz, 1999; Soares, Lawoko & Nolan, 2000; Svalund, 2009). Vold mot ansatte i psykisk helsetjeneste er et problem som ser ut til å øke både i omfang og i alvorlighetsgrad (Nolan et al. 1999; Rippon, 2000; Soares et al., 2000). Hvordan ansatte takler å bli utsatt for vold, trusler eller krenkelser på arbeidsplassen kan være veldig individuelt. Videre vil alvorlighetsgraden og frekvens av vold, trusler eller krenkelser, og hvordan man blir fulgt opp ha en effekt på hvordan ansatte opplever hendelsene (Arbeidstilsynet, 2009b; Atawneh et al., 2003).

Arbeid er viktig for mennesker, ikke bare av økonomiske grunner, men også for menneskets psykososiale behov (Soares et al., 2000). De organisatoriske arbeidsbetingelsene har betydning for hvor utsatt ansatte er for vold og trusler (Arbeidstilsynet, 2009b). Ansatte som har vært utsatt for vold oppgir disse organisatoriske arbeidsbetingelsene som utløsende faktorer: tidspress, overtidarbeid, høye jobbkraav, krevende arbeidsoppgaver, rollekonflikter, dårlig samarbeidsforhold, lite sosial støtte, underbemanning samt mangel på forutsigbarhet i arbeidet (Arbeidstilsynet, 2009b; Johannessen, Gravseth & Sterud, 2015). For at arbeidstakere skal føle trivsel og opprettholde god helse er det viktig med trygghet på arbeidsplassen. Trygghet blant ansatte er også en viktig faktor for å kunne gi gode tjenester til pasienter og deres pårørende. (Arbeidstilsynet, 2009a). Arbeidstakere viser seg å være mer produktive i jobbsituasjoner der de føler seg trygge (Soares et al., 2000). Hvis ikke krenkelser mot ansatte håndteres riktig vil det kunne ha negativ effekt på både individnivå og på arbeidsmiljøet som en helhet (Arbeidstilsynet, 2009b). Det er derfor viktig å ta vold, trusler og krenkelser mot ansatte alvorlig.

Når man hører om psykisk helsetjeneste er fokuset ofte på pasienter og deres erfaringer. Denne undersøkelsen har derimot undersøkt hvordan ansatte opplevde det å bli utsatt for krenkelser. Mange vil kanskje betrakte vold og trusler mot ansatte som en del av

jobben når man jobber i psykisk helsetjeneste. Men er det greit at ansatte skal bli utsatt for trusler og vold? Og hvor går egentlig grensen for hva som er akseptabelt?

1.1. Problemstilling

For å kunne forstå ulike krenkelsers innvirkning på de ansatte må man i første rekke få tilgang til deres erfaringer. Oppgavens målsetting er derfor å undersøke nærmere hvordan ansatte i psykisk helsetjeneste opplever det å bli utsatt for krenkelser av pasienter. Formålet med studien er å belyse hvordan det å bli utsatt for krenkelser påvirker den enkelte ansattes trivsel og motivasjon. Denne oppgaven ønsker å sette fokus på hvorfor det er viktig å ta tak i problemet og hvordan man eventuelt kan forebygge det.

Problemstilling:

Hvordan oppfatter ansatte i psykisk helsetjeneste å bli utsatt for krenkelser på arbeidsplassen?

Oppgaven vil undersøke hva de ansatte opplever som krenkende, eventuelt hvorfor de ikke føler seg krenket. Delproblemstillinger i denne oppgaven er: (1) Hvilke risikofaktorer kan føre til at ansatte føler seg krenket? (2) Hva kan eventuelt gjøres for å forebygge krenkelser mot ansatte i psykisk helsevern?

1.2. Begrepsavklaring

1.2.1. Krenkelser. Krenkelser i arbeidslivet defineres som hendelser hvor personer blir misbrukt, truet eller angrepet fysisk eller psykisk som oppstår i en arbeidssituasjon som påvirker den ansattes sikkerhet, velvære og helse (Wynne, Clarkin, Cox & Griffithes som sitert i Soares et al., 2000). I psykisk helsetjeneste er de ansatte utsatt for å kunne bli krenket av pasienter. Eksempler på handlinger de ansatte kan oppleve som krenkende kan være å bli utsatt for trusler, vold, aggressiv atferd eller seksuelle krenkelser. I denne oppgaven er det den subjektive opplevelsen av krenkelser som er av interesse. Hvordan ansatte reagerer på stimuli avgjøres av hvordan de persiperer en potensiell krenkelse. Det vil derfor være den enkelte ansatte som definerer hva de legger i det å føle seg krenket. Det som oppfattes som krenkende for en ansatt, oppleves nødvendigvis ikke krenkende for en annen.

1.2.2. Pasient. Det er omdiskutert om man skal bruke begrepet «bruker » eller «pasient» når man refererer til mottakere av psykiske helsetjenester. I denne oppgaven har jeg valgt å bruke begrepet «pasient» da jeg syns dette begrepet dekker gruppen jeg tar for meg bedre. Ved å bruke ordet «pasient» vil også de menneskene som er lagt inn på tvang, og som ikke opplever seg selv som en frivillig bruker av en tjeneste, bli inkludert. Under intervjuene i denne studien ble det spurt hvilket begrep de ansatte foretrakk å bruke, og begrepet de foretrakk ble brukt gjennom intervjuene enten det var «bruker », «beboer» eller «pasient».

1.2.3. Psykisk helsetjeneste. Psykiske helsetjenester omfatter spesialist- og kommunale helsetjenester. Spesialist- og kommunale helsetjenesten dekker undersøkelse og behandling av mennesker med psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2015).

1.3. Tidligere forskning

Tidligere forskning og erfaring viser at det er vanlig at ansatte blir utsatt for ulike typer krenkelser. Likevel finnes det forholdsvis lite kunnskap om hva man kan gjøre for å redusere dette (Svalund, 2009). Det har tradisjonelt vært forsket lite på hvordan de ulike organisasjonene jobber for å forebygge vold og trusler på arbeidsplassen, og konsekvenser dette har for den enkelte arbeidstager og organisasjonen (Svalund, 2009). Dessuten er det grunn til å tro at antall rapporterte tilfeller av vold på arbeidsplassen er underrapportert (Atawneh et al., 2003; Love & Hunter som sitert i Nolan et al. 1999; Rippon, 2000). Noen ser på vold og trusler som en del av jobben i psykisk helsetjeneste, og derfor har ikke problemet blitt tatt på alvor (Arbeidstilsynet, 2009b; Rippon, 2000). Grunner til underrapportering blant ansatte kan videre være at man føler skam over å være et offer, trusler om vold fra pasienter, eller frykt for at andre skal dømme dem (Hoff som sitert i Rippon, 2000). Noe underrapportering kan også skyldes at ansatte tror at rapportering av krenkelser og vold vil skape misnøye hos administrasjonen, og de lar derfor være å rapportere (Kinross som sitert i Rippon, 2000). Det kan også skyldes en usikkerhet rundt hva som skal rapporteres som en voldelig hendelse og ikke (Arbeidstilsynet, 2009b).

1.3.1. Forekomst av krenkelser mot ansatte i psykisk helsetjeneste. Hvor mange ansatte som har opplevd å bli krenket varierer mellom ulike studier, men tallene er som regel urovekkende høye. Studier i England har rapportert om at 50 prosent av ansatte i psykisk helsetjeneste har opplevd en eller flere fysiske krenkelser i løpet av tiden de har jobbet i

psykisk helsetjeneste (Nolan et al., 1999). Studier som er gjort i Sverige har vist at vold og trusler mot ansatte er mer vanlig enn man tidligere har trodd. Soares (2000) fant at 85 prosent av ansatte i psykisk helsetjeneste har blitt utsatt for vold og trusler på arbeidsplassen. Disse tallene samsvarer med Atawneh et al. (2003) som rapporterte om at 86 prosent av sykepleiere har opplevd en form for voldelig hendelse under arbeidet sitt. I 2009 undersøkte FAFO forekomsten av vold og trusler mot arbeidstakere i offentlige virksomheter innenfor tjenester for psykisk utviklingshemmede, barnevernskontor og barnevernsinstitusjoner. Rapporten viser at det er høy forekomst av vold og trusler. Hele 60 prosent av arbeidstakerne hadde opplevd vold, trusler eller begge deler. Rapporten viser også at menn er mer utsatt enn kvinner (Svalund, 2009).

1.3.2. Årsaker til krenkelser. Det er ulike årsaker til at det kan forekomme krenkelser på arbeidsplassen. Pasienters utagerende atferd, sykdom eller lidelse blir ansett som en av hovedårsaken for vold og trusler på arbeidsplassen av ansatte. De ansatte anser også pasienters opplevelse av ansatte som grensesettere og relasjoner mellom pasienter og ansatte som risikofaktorer. Videre forteller personalet at lav bemanning og mangel på kompetanse hos ansatte kan medføre at de er mer utsatte for vold og trusler (Hagen, 2010). Yngre arbeidstakere er mer utsatte for krenkelser enn eldre arbeidstakere (Gerberich et al., 2004). En mulig forklaring kan være at de yngre har mindre erfaring og derfor føler seg mer utsatt for krenkelser på arbeidsplassen. Yngre arbeidstakere rapporterer også at de er reddere på jobb enn eldre arbeidstakere (Whittington, Shuttlewoth & Hill som sitert i Nolan et al., 1999; Svalund, 2009). Hagen (2010) rapporterer om at ansatte som jobber alene har større risiko for å bli utsatt for vold og trusler. Videre rapporteres det om at organisatoriske rammebetingelser, som utskifting blant ansatte eller mye ekstravakter som ikke har tilstrekkelig kompetanse, kan være en risikofaktor.

1.3.3. Konsekvenser av krenkelser. Krenkelser mot ansatte i psykisk helsetjeneste er et økende problem, og har vært gjenstand for økt forskningsinteresse (Nolan et al., 1999). Vold, trusler og krenkelser på arbeidsplassen kan ha store konsekvenser for den ansatte som rammes. Ansatte som blir utsatt for krenkelser av pasienter er utsatte for ulike korttids- og langtidskonsekvenser (Gates, Gillespie & Succop, 2011; Rippon, 2000). Volden personalet blir utsatt for varierer, fra ubehagelig fysiske konfrontasjoner som dytting til alvorlige voldsepisoder som slag og spark. Truslene kan også variere. Hvor troverdig den enkelte arbeidstakeren oppfatter trusselen har en innvirkning på konsekvensene av truslene. Ettersom vold og trusler varierer vil også konsekvensene variere. For noen ansatte vil det ikke være

noen konsekvenser utover selve episoden, mens andre vil oppleve vedvarende fysiske og psykiske plager som kan føre til sykefravær (Svalund, 2009). Arbeidsinnsatsen til ansatte som blir utsatt for krenkelsen kan også bli påvirket. De ansatte kan få vanskeligheter med å involvere seg med pasienter, de kan føle skyld, usikkerhet og hjelpeløshet og mistrives på arbeidsplassen. Å bli utsatt for krenkelser kan også føre til dårligere arbeidsmoral hos den enkelte ansatte. Andre konsekvenser for de ansatte kan være depressive symptomer, posttraumatisk stress og angst (Atawneh et al., 2003; Gerberich et al., 2004; Rippon, 2000; Soares, 2000; Svalund, 2009). Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) er de symptomer og personlighetsforandringer en ansatt kan lide av som en konsekvens av en traumatisk opplevelse. Et traume er en forsinket eller langvarig reaksjon på en belastende hendelse av truende art. En normal reaksjon på truende hendelser kan være at man blir redd, sint og at man er i en psykisk og følelsesmessig ubalanse. Hvis disse symptomene vedvarer er det snakk om PTSD. Andre symptomer på PTSD er unngåelse, tilbaketrekning, forandring i hormonbalansen og i hjernenes aktivitet (Bang, 2003).

Å jobbe i helsesektoren blir ansett som en risikofaktor for å bli utbrent, og da spesielt de som jobber innen psykisk helsetjeneste. Utbrenthet defineres som et psykologisk syndrom som består av følelsesmessig utmattelse, depersonalisering og redusert arbeidsprestasjon (Bang, 2003; Gustafsson, Eriksson, Strandberg & Norberg, 2010). Ansatte kan bli utbrente ved langvarige arbeidsrelaterte stressreaksjoner (Gustafsson et al., 2010). Utbrenthet hos ansatte i psykisk helsetjeneste kan føre til at de kan føle seg overanstrengt og at de blir tomme for følelsesmessige ressurser. De ansatte kan bli negative, ufølsomme og mindre empatiske og distanserte i forhold til de som skal motta hjelp. Videre vil utbrenthet kunne gi de ansatte en følelse av at deres kompetanse og suksess synker (Bang, 2003). Krenkelsene kan også ha betydning for arbeidsmiljøet ved at ansatte sykemelder seg eller slutter i arbeidet (Atawneh et al., 2003; Gerberich et al., 2004; Rippon, 2000; Soares, 2000; Svalund, 2009).

1.3.4. Forebygging av krenkelser. Arbeidsmiljøloven skal sikre et arbeidsmiljø som gir en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon for de ansatte. Ansatte skal ha en arbeidsplass som er trygg mot fysiske og psykiske skadevirkninger (Arbeidsmiljøloven, 2005). Arbeidsgiver har et lovpålagt ansvar for å beskytte de ansatte mot trusler og vold, og for at arbeidsmiljøet er forsvarlig (Arbeidstilsynet, 2009a). Dette innebærer at ansatte skal beskyttes mot vold og trusler så langt det lar seg gjøre (Arbeidstilsynet, 2009b). Forebyggende faktorer for å unngå krenkelser kan være å forbedre samarbeidsforhold, øke sosial støtte, gi profesjonell veiledning, ha tydelige arbeidsoppgaver, trening i å håndtere vanskelige

situasjoner, forutsigbarhet i arbeidet, ikke fullt så høye jobbkraav, god bemanning og god tid (Arbeidstilsynet, 2009b; Johannessen et al., 2015; Kulkarni, Bell, Hartman & Herman-Smith, 2013; Nolan, 1999; Olkinuora & Lrappänen, 1987). Sosial støtte er en viktig faktor for å beskytte ansatte mot jobbreletert stress. Når helsepersonell får begrenset eller lav sosial støtte, rapporterer de om høyere nivå av følelsesmessig utmattelse (Gustafsson et al., 2015). Bang (2003) fremhever tre aspekter som er viktig for at den profesjonelle hjelper skal fortsette å være nærværende, støttende og omsorgsfull mot mottakere av hjelpetjenester: (1) Tilførelse av nye faglige perspektiver og metoder, (2) få personlig støtte i form av veiledning der man kan bearbeide egne følelsesmessige reaksjoner, og (3) få støtte og anerkjennelse fra kolleger og ledere i det daglige arbeidet.

1.3.5. Problemer med å sammenlikne tidligere studier. Tross undersøkelsene som har blitt gjort på dette området kan det være vanskelig å sammenlikne studier og trekke ut informasjon. Ulike metodedesign, ulik bruk av begreper og definisjoner, ansattes subjektive opplevelse av krenkelser, i tillegg til underrapporteringen av krenkende hendelser i arbeidslivet er noen av årsakene til at det er vanskelig å finne ut av hvordan krenkelser og vold påvirker de ansatte. De ulike studiene som har blitt gjort på dette området har derfor varierende funn (Nolan et. al., 1999; Rippon, 2000), og en sammenlikning av studier på tvers kan derfor føre til et metodologisk problem. Forskjellige studier ser også på ulike typer vold og aggresjon. Noen studier rapporterer om overgrep som har ført til skade, andre har sett på trusler om overgrep, mens andre har inkludert subjektiv persepsjon av en potensiell fare eller verbale krenkelser (Rippon, 2000).

1.4. Fra empiri til teori: Krenkelser i et helse- og sosialpsykologisk perspektiv

Hvordan ansatte i psykisk helsetjeneste opplever og påvirkes av krenkelser fra pasienter kan forklares ut fra ulike psykologiske perspektiver. I denne oppgaven har jeg valgt å se på krenkelser ut i fra et helse- og sosialpsykologisk perspektiv. Ansattes opplevelse av krenkelse på arbeidsplassen kan påvirkes av flere faktorer. Det å bli utsatt for krenkelser kan oppleves stressende og ubehagelig. Sammenhengen mellom å bli utsatt for en krenkende opplevelse, og hvilke konsekvenser dette har for den enkelte kan derfor forstås ut i fra et helse- og sosialpsykologisk perspektiv. Sosialpsykologi omhandler det sosiale samspillet mellom mennesker. Den ser på hvordan sosiale samspill formes av verdier, holdninger, sosiale systemer og situasjoner som oppstår (Hogg & Vaughan, 2008). Helsepsykologi

omhandler forståelse av hvordan biologi, atferd og sosial kontekst påvirker menneskers helse og sykdom (Ogden, 2012). Gjentatt opplevelse av stressende situasjoner kan føre til sykdom. Hvordan mennesker opplever og takler stress er veldig individuelt, og dette kan påvirkes av ulike faktorer som mestring, sosial støtte og opplevd kontroll (Ogden, 2012).

1.4.1. Mestringsteori. Mestring er hvordan en person reagerer når han eller hun blir utsatt for en stressor, og hva personen gjør for å prøve å opprettholde en normal funksjon. Det er ulike måter å mestre stressende hendelser på, som for eksempel krenkelser. Det kan være at man prøver å rette på problemet, distanserer seg fra problemet, prøver å endre tankegangen rundt problemet eller at man lærer å tolerere og akseptere det (Ogden, 2012).

Når vi blir utsatt for en stressende situasjon gjør vi to typer vurderinger. Først vurderer personen hvordan de opplever situasjonen, så vurderer vedkommende om vedkommende har tilstrekkelig ressurser for håndtere situasjonen (Lazarus & Folkman, 1987; Lazarus & Launier, 1978). Ut fra disse vurderingene forklarer Lazarus & Launier (1978) at stressende situasjoner kan forstås ut ifra samspillet mellom miljøet og et individ. Når en potensiell krenkelse oppleves som sterk, og mestringsevnen er lav, vil opplevd stress øke. Når en potensiell krenkelse oppleves som lav, og mestringsevnen høy, så vil det føre til et lavere stressnivå. Ulike typer mestringsstrategier har ulik effekt på helsen. Unngåelses mestringsstrategi predikerer dårligere helse, mens problemløsende mestringsstrategi predikerer tilfredshet og god helse hos ansatte (Healy & McKay, 2000).

1.4.2. Sosial støtte. Sosial støtte er en sentral sosialpsykologisk faktor som kan ha betydning for hvordan vi opplever krenkelser. Hvordan sosial støtte kan ha en effekt på helsen vår kan forstås på to måter. Sosial støtte er bare relatert til helse hvis en person er under stress. Denne modellen blir kalt for stress-buffer hypotesen fordi sosial støtte er en buffer eller en beskyttelse for effekten stress kan ha på et individ (Cohen & Wills, 1985). Her vil de ansatte kunne oppleve beskyttelse mot krenkelser fra pasienter hvis de får sosial støtte fra andre. Den andre modellen forklarer at sosial støtte har en effekt på helse, og er ikke avhengig av at en person skal være under stress. Denne modellen kalles for hovedeffekt hypotesen, og hvor sosial støtte i seg selv er gunstig. Har man ikke sosial støtte så vil det i seg selv oppleves som stressende. Har man derimot sosial støtte vil det moderere effekten av stressende hendelser (Cohen & Wills, 1985). Her vil opplevelsen av å ha sosial støtte fra kollegaer kunne gi en positiv effekt for den enkelte ansatte som blir utsatt for krenkelser. Ulike aspekter ved sosial støtte kan påvirke helsen til ansatte. Strukturelle og objektive aspekter ved sosiale relasjoner,

som for eksempel antall kollegaer du får støtte fra eller hvor ofte ansatte får støtte fra kollegaer eller andre, har en effekt på hvordan ansatte opplever sosial støtte (Berkman & Glass, 2000). For at sosial støtte skal kunne være en buffer og gi helsemessige fordeler kreves det at støtten er basert på spesifikke kombinasjoner av relasjoner og typen støtte man får. Thoits (2011) påpekte at for at den sosiale støtten skal være effektiv så har det noe å si hvem det kommer fra og hvordan den tar form. Fra en kollega vil for eksempel råd, bekreftelse og gode rollemodeller være mest effektivt for opplevd sosial støtte.

Gjennom sosial sammenlikningsteori vil eksistensen av andre hjelpe oss til å velge en passende mestringsstrategi ved å sammenlikne oss selv med andre, og tenke seg frem til hvordan andre ville ha mestret en liknende situasjon (Ogden, 2012). Her vil man kunne anta at de ansatte lærer av hverandre. De kan reagere på krenkelser slik som andre kollegaer gjør eller har gjort tidligere.

1.4.3. Opplevd kontroll. Forholdet mellom kontroll over en ubehagelig situasjon og mengden stress situasjonen produserer har lenge vært av stor interesse for helsepsykologien. Med kontroll menes det her tro på at man kan påvirke utfallet av en ubehagelig situasjon. Thompson (1981) fremhever fire aspekter ved kontroll: (1) atferdsmessig kontroll, (2) kognitiv kontroll, (3) informasjon og (4) retrospektiv kontroll. (1) Med atferdsmessig kontroll menes det at man har mulighet til å gjøre noe for å påvirke effekten av den ubehagelige situasjonen. Den kan påvirke hendelsen, gjøre den mindre intens, gjøre sannsynligheten mindre for at det skjer, og kan muligens styre varigheten av hendelsen. Eksempler på atferd som kan styre en ubehagelig situasjon kan være at man fjerner seg fra situasjonen eller at man posisjonerer seg sånn at man er mindre utsatt for eksempelvis vold. (2) Tro på at man har kognitive strategier som kan påvirke den ubehagelige situasjonen er kognitiv kontroll. Eksempler på dette kan være at man ignorerer at en situasjon har hendt eller at man revurderer hvor truende man oppfatter en ubehagelig situasjon. (3) Informasjon trenger ikke nødvendigvis være en form for kontroll, men det blir allikevel inkludert. Økt informasjon kan føre til at man føler mer kontroll over en situasjon. Disse tre formene for kontroll brukes når man står i situasjonen. (4) Retrospektiv kontroll brukes etter at en situasjon har hendt. Ved å se tilbake på det som har skjedd, kan attribusjon av kontroll føre til man takler en situasjon bedre (Thompson, 1981).

Det er ulike måter kontroll kan påvirke hvordan man opplever stressende situasjoner. Attribusjonsteori ser på kontroll som attribusjon av kausalitet. Måten en stressende situasjon

oppleves av individet, påvirkes av om situasjonen er kontrollert av personen eller ikke (Ogden, 2012). Ut ifra Bandura (1977) sin teori om mestringsstro kan man forstå sammenhengen mellom en stressende situasjon og hvordan det påvirker individet ut ifra den enkelte ansattes forventning til hvordan hun eller han vil takle en potensiell krenkende hendelse. Jo høyere mestringsforventning til en potensiell krenkende hendelse, desto bedre vil den enkelte ansatte takle det. Videre kan man dele kontroll inn i opplevd og faktisk kontroll. Det er forskjell om man tror man kan mestre en stressende situasjon eller om man faktisk gjør det (Ogden, 2012). Cavanaugh, Boswell, Roehling & Boudreau (2000) påpeker at arbeidsrelatert stress kan ha både positiv og en negativ effekt på de ansatte. Stress som den ansatte ser på som håndterlig og som de har kontroll over vil være med på å styrke den ansatte. Blir stress opplevd som uhåndterlig og utenfor deres kontroll vil dette kunne ha negativ effekt på de ansatte.

2. Metode

2.1. Organisering av studien

Denne studien er en del av Tonje Lossius Husum sitt postdoktor prosjekt om erfaringer med krenkelser som er forankret i Senter for medisinsk etikk, Universitet i Oslo. Husum sitt prosjekt er en del av et større prosjekt om psykiske helsetjenester, etikk og tvang (PET prosjektet). PET prosjektet ønsker å øke kunnskap om etiske utfordringer ved bruk av tvang i psykisk helsevern, og hvordan slike utfordringer kan håndteres på en best mulig måte. PET prosjektet startet opp i 2011, og skal avsluttes i slutten av 2015 (Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo, 2015).

2.2 Metodologisk tilnærming

Det ble i denne oppgaven valgt en kvalitativ tilnærming. Ved en kvalitativ innfallsvinkel vil man kunne se egenskaper ved et fenomen heller enn å kvantifisere det. En kvalitativ tilnærming søker å undersøke, beskrive og finne den personlige meningen og den sosiale oppfattelsen til deltakerne (Langdridge, 2006; Smith, 2008).

2.3. Datainnsamling

2.3.1. Fenomenologisk perspektiv. Det ble i denne oppgaven valgt en fenomenologisk tilnærming for å belyse ansattes subjektive erfaringer med krenkelser. I fenomenologisk metode sikter man mot å se på et fenomen gjennom deltakernes øyne (Smith, 2008). Fenomenologi er erfaringsvitenskap. I erfaringsvitenskap ønsker man å se «verden slik den er», og hvordan menneskene selv opplever den verden de lever i (Langdridge, 2006).

Det er deltakerne som sitter med kunnskapen og erfaringene om deres eget liv og deres erfaringer. I et fenomenologisk perspektiv tar man utgangspunkt i den subjektive meningen som deltakerne har, som i dette tilfellet er de ansatte. Forskeren undersøker deres fortolkninger, synspunkt og opplevelser. I tillegg til ansattes personlige mening, erfaringer og kunnskap vil deres fortolkning ofte være sosialt situert og konstruert (Norvoll & Husum, 2011). Med andre ord vil den være påvirket av den sosiale og organisatoriske konteksten den skjer i. De ansattes forståelse av krenkelser, vold og trusler i psykisk helsetjeneste vil også kunne påvirkes av deres generelle verdier, erfaringer, holdninger, oppfatninger og følelser i møte med personer med psykiske vansker. Videre vil deres profesjonelle kunnskapsgrunnlag og institusjonens ideologier, kulturer og organisasjonsstruktur kunne påvirke hvordan de opplever krenkelser (Norvoll & Husum, 2011). I fenomenologisk perspektiv er datamaterialet basert på deltakernes hukommelse, man får en retrospektiv beskrivelse av et fenomen (Smith, 2008). Dette er viktig å ha i bakhodet da informantene kanskje ikke husker helt hva som skjedde eller hva de følte fordi det kan være mange år siden det skjedde. Minnene endrer seg gjerne over tid og man kan glemme viktige detaljer (Smith, 2008).

Siden det var den subjektive opplevelsen som skulle undersøkes ble det valgt individuelle intervjuer. Fokusgrupper kan være en god tilnærming ved at man åpner opp for en samtale, vekker minner og assosiasjoner og man kan få et nyansert syn på temaet, men ved å bruke individuelle intervju fanger man forhåpentligvis fenomenet bedre i dybden. I individuelle intervju kan man også spørre mer detaljert. Krenkelser er et sårbart tema og det kan vekke eller være assosiert med en følelse av skam eller tabu. Muligens vil det derfor være lettere å fortelle om egne erfaringer i et individuelt intervju. På den andre siden kan det tenkes at noen deltakere synes det er vanskelig å fortelle om det de har opplevd og erfart, og at man dermed ikke klarer å fange opp alle hendelser og erfaringer. Videre vil forskningsdeltakerne kunne gi svar som ikke stemmer med virkeligheten, eller de kan gi informasjon de tror forskeren er ute etter. En annen forskningsmessig utfordring kan være at forskeren har

forutinntatte oppfatninger om fenomenet som skal undersøkes. Dette kan påvirke forskerens fortolkninger, for eksempel ved at forskeren utelater viktige detaljer fra datamaterialet som kanskje motstrider det forskeren i utgangspunktet ønsker å finne (Smith, 2008).

2.3.2. Intervjuguide. Det ble brukt semistrukturert intervju i studien.

Forhåndsdefinerte spørsmål bidro til at informantene lettere kunne snakke fritt om temaet, samtidig som intervjuer kunne ta opp tråden ved en digresjon. Åpne spørsmål og oppfølgingsspørsmål oppfordret deltakerne til å snakke mer om temaet (Langdridge, 2006).

Intervjuguiden var felles for denne studien og prosjektet til Husum. Etter at intervjuene var transkribert, analyserte vi hver våre intervjuer. Intervjuguiden ble delt inn i tre deler (se vedlegg 1). Den første delen omhandlet ansattes erfaringer med å bli krenket på arbeidsplassen. Her ble det spurt om de ansatte hadde opplevd å bli krenket og om de kunne beskrive hendelsen(e). Videre spurte vi om krenkelsene hadde hatt noen personlig påvirkning på de ansatte. Deretter om hva som kunne vært gjort for å redusere opplevelsen av krenkelse, og om synet deres har endret seg over tid. Del to av intervjuet tilhørte Husum sitt prosjekt om observasjoner ansatte hadde gjort med krenkelser mot pasienter. Denne delen ble ikke analysert i denne oppgaven. Siste del av intervjuguiden var felles for begge prosjektene og var mer generell. Den utforsket hva ansatte så på som risikofaktorer for at det kan forekomme krenkelser mot ansatte og pasienter, i tillegg til at den så på ansattes mening om hva som kan gjøres for å forebygge krenkelser i psykisk helsetjeneste. Denne delen belyste ansattes tanker om de grunnleggende faktorene for at de kunne føle seg krenket på arbeidsplassen, i tillegg til hva som kan gjøres for å forhindre at det skulle skje igjen.

I forkant av intervjuene ble intervjuguiden testet ut på en bekjent for å se hvordan den fungerte, og ble revidert ut i fra det. Etter første intervju med en ansatt fant vi ut at vi måtte gjøre noen små justeringer på spørsmålene for at intervjuguiden skulle fungere bedre og ikke skape unødig misforståelser hos informantene.

2.3.3. Intervjuprosedyre. Før deltakerne møtte opp til intervju ble de tilsendt intervjuguiden (se vedlegg 1), samtykkeerklæring (se vedlegg 2) og en kort innføring i hva prosjektet handlet om (se vedlegg 3). Det å sende ut intervjuguiden på forhånd kan ha sine fordeler og ulemper. Fordelene er at deltakerne får tid til å reflektere og hente opp minner om erfaringer fra tidligere som man kanskje ikke kommer på med en gang. Ulempene er at deltakerne får tid til å tenke over om det er ting de vil utelate å fortelle. Selv om alle fikk tilsendt intervjuguiden på forhånd, var det ikke alle som leste den. De deltakerne som hadde

lest den på forhånd, syns det var nyttig at de kunne notere ned hva de ønsket å snakket om. De som ikke hadde lest intervjuguiden på forhånd, sa at de skulle ønske de hadde lest den sånn at de var bedre forberedt til intervjuet. En av de ansatte ble rekruttert og intervjuet, da en annen ansatt ble intervjuet. Den ansatte fikk dermed ikke tilsendt intervjuguiden, samtykkeerklæring og informasjon før selve intervjuet, men fikk en gjennomgang av alt før vedkommende samtykket å delta i prosjektet.

Konteksten rundt selve intervjuet kan ha innvirkning på selve intervjuet og er en viktig ramme for kunnskapsutviklingen (Malterud, 2013). Deltakerne fikk selv velge om intervjuet skulle foregå på deres arbeidsplass eller om de ville komme til Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo. Deltakerne fikk også velge hvilket tidspunkt på dagen intervjuene skulle utføres. De fleste intervjuene ble gjennomført på arbeidsplassen til deltakerne i et lukket og egnet rom for opptak. Fordelen med å utføre intervjuene på arbeidsplassen til deltakerne var at det ble lettere for dem ettersom de slapp å bruke tid på å reise til og fra intervjuet. I tillegg kunne det kanskje føles mer behagelig for informantene å være i kjente omgivelser. Ett intervju foregikk på Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, i et lukket grupperom egnet for intervju.

Når deltakerne møtte opp til intervjuet startet vi som regel med litt løs prat. Dette for å gjøre deltakerne mer komfortable og avslappet før intervjuet. Etter en liten stund fikk deltakerne informasjon om selve studien og om hvordan intervjuet ville foregå. Videre gikk vi gjennom samtykkeerklæringen (se vedlegg 2). Her fikk deltakerne vite at intervjuet vil bli tatt opp på diktafon for så å bli transkribert og anonymisert. Deltakerne fikk også vite at det er frivillig å delta i studien, og at de når som helst kunne trekke seg. Før intervjuet startet og samtykkeerklæringen ble signert ble deltakerne spurt om det var noe de lurte på i forbindelse med studien og samtykkeerklæringen. Etter at selve intervjuet var ferdig fikk alle deltakerne beskjed om at det bare var å ta kontakt hvis de skulle ha noen spørsmål eller informasjon de ville tilføye.

2.3.4. Utvalg. I kvalitativ forskning har man ofte få informanter, og man ser på deres syn på problemstillingen heller enn å teste en hypotese på et større utvalg (Smith, 2008). Det var på forhånd ikke fastsatt antall deltakere til studien. Det er ulike anbefalinger om hvor mange deltakere man bør ha med i en kvalitativ masteroppgave. En vanlig prosedyre er å fortsette å intervjuer til forskeren opplever at problemstillingen er mettet, det vil si at det ikke

lenger kommer ny informasjon til problemstillingen (Malterud, 2013). Denne prosedyren ble fulgt i denne oppgaven.

2.3.5. Rekruttering. For å kunne samle inn datamateriale som best mulig kunne belyse oppgavens problemstilling, ble det utført et strategisk utvalg. Ved å benytte strategisk utvalg sikres det at respondentene har relevant, men ulik erfaring. Rekruttering av deltakere til studien foregikk via ulike kanaler. Det ble lagt ut et oppslag på Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse sin nettside; erfaringskompetanse.no. Kompetansesenteret jobber for å binde sammen erfaringskompetanse og fagkunnskap, og har som mål å fremme et helhetlig bilde av helsehemmende og helsefremmende faktorer innen psykisk helse (Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, 2015). På erfaringskompetanse.no ble det utlyst at vi var ute etter ansatte og brukere av psykiske helsetjenester som har hatt erfaring med tvang eller krenkelser under behandling eller i sin jobb. De som var interessert i å delta i studien ble bedt om å ta kontakt med oss for å avtale intervju. Videre ble det sendt ut e-post til en psykisk helseutdanning ved en høyskole og en psykisk helseavdeling i en kommune som informerte sine studenter og ansatte om undersøkelsen. Vi har også vært i kontakt med en psykolog som har hjulpet oss med å rekruttere deltakere til prosjektet.

2.4. Analysemetode

I analysearbeidet ble det tatt stilling til hvilke deler av datamaterialet jeg ønsket å konsentrere meg om. I henhold til Malterud (2013) ble det valgt ut tekstelementer fra rådatamaterialet som hadde en potensiell kunnskapskraft for oppgavens problemstilling. Det ble valgt datastyrt analyse i denne oppgave. Det ble identifisert enheter i teksten som dannet et grunnlag for utvikling av databaserte kategorier. Disse databaserte kategoriene ble brukt til å reorganisere teksten slik at meningsinnholdet i datamaterialet kom frem (Malterud, 2013).

I følge Giorgi er formålet i fenomenologisk analyse å få frem kunnskap om informantens erfaring og livsverden innen problemstillingens tema (Giorgi, 1997). Fokuset er på essenser eller vesentlige kjennetegn ved fenomenet som blir studert. Her er det viktig for forskeren å sette sin egen forforståelse til side. Vedkommende må ha et reflektert forhold til sin egen innflytelse på datamaterialet. Dette fordi det er informantens erfaringer og meningsinnhold som skal frem (Malterud, 2013). Giorgis fenomenologiske analyse består av

fire trinn: (1) Skape et helhetsinntrykk av datamaterialet, (2) organisere datamaterialet inn i meningsbærende enheter, (3) abstrahere kunnskapen som har blitt kodet, og (4) sammenfatte og gjenfortelle funnene (Giorgi, 1997).

Analysearbeidet i denne oppgaven ble gjort i henhold til Giorgis fenomenologiske analyse. (1) I den første fasen ble datamaterialet lest et par ganger for å få et overordnet blikk over hva som skulle jobbes videre med. Her var det helhetsinntrykket som var viktig, slik at all forforståelse og teoretiske perspektiver ble lagt til side så godt det lot seg gjøre. Personlig kunnskap kan føre til at man ikke ser viktige elementer, og kan føre til at helhetsinntrykket av datamaterialet blir feilaktig (Malterud, 2013). Ut ifra helhetsinntrykket ble det så utvunnet ulike temaer som kunne brukes videre til å svare på problemstillingen. Disse temaene var: «Opplevelse av krenkelse», «årsaker til krenkelser», «kunnskap og erfaring», «relasjoner», «personlig påvirkning og utvikling», og «risiko og forebygging». Blir temaene i dette steget for like de i intervjuguiden kan det være en indikasjon på at man ikke har lest materialet med et åpent blikk, men heller brukt egen forforståelse (Malterud, 2013).

(2) Datamaterialet ble lest på nytt, og meningsbærende tekster ble plukket ut i den andre fasen. Deler av teksten som kan belyse problemstillingen ble her skilt ut fra irrelevant tekst (Malterud, 2012). De utplukkede tekstene ble sortert inn i de ulike temaene som ble plukket ut i steg en. Etter å ha sortert de meningsbærende tekstene inn i de utvalgte temaene viste det seg at noen av de meningsbærende tekstene passet inn i flere grupper. I tillegg var det noen meningsbærende tekster som ikke passet helt inn i noen av gruppene. Ettersom de meningsbærende tekstene ikke passet helt inn i de utvalgte temaene ble de revidert. Etter dette steget ble disse temaene stående: «Opplevelse av krenkelse», «årsaker til krenkelser», «kunnskap og erfaring», «relasjoner og sosial støtte», «Personlig påvirkning og utvikling» og «Arbeidsplassen».

(3) I den tredje fasen ble kunnskapen som ble kodet abstrahert. Kun de meningsbærende tekstene som ble funnet i fase to ble benyttet. Resten av datamaterialet ble tilsidesatt. Her ble det vurdert om alle temaene hadde nok meningsbærende tekster, eller om det var hensiktsmessige å dele opp noen grupper eller slå sammen noen. Temaene som ble valgt i fase to så ut til å ha tilstrekkelig med meningsbærende tekster, og det ble derfor ikke behov for å dele eller slå sammen noen av gruppene. (4) I det fjerde steget ble funnene sammenfattet og gjenfortalt. Informantenes svar ble gjenfortalt så lojalt som mulig.

Resultatene fra fase tre og fire er presentert i resultatdelen i denne oppgaven (se punkt 3.2-3.8).

2.5. Etikk

2.5.1. Forskningsetiske retningslinjer. All medisinsk og helsefaglig forskning og studentoppgaver skal forhåndsgodkjennes av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Formålet med denne godkjenningen er å fremme god og etisk forsvarlig forskning (Helseforskningsloven, 2009). REK ble kontaktet i forbindelse med dette prosjektet. REK sin tilbakemelding var at prosjektet kunne utføres uten en godkjenning av dem ettersom prosjektet ikke ble vurdert som helseforskning. REK poengterte også at regler om taushetsplikt og personvern måtte følges. Tilbakemeldingen fra REK er gitt i vedlegg 4.

Prosjektet ble meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) for en vurdering av prosjektet i forhold til Personvernloven. Prosjektet ble godkjent av NSD. Tilbakemeldingen fra NSD er gitt i vedlegg 5.

2.5.2. Informert samtykke. Det er lovfestet i helseforskningsloven (2009) at samtykket skal være informert, frivillig og dokumentert. Videre skal det også informeres at informantene når som helst kan trekke seg hvis de skulle ønske det (Helseforskningsloven, 2009). Mer om hvordan det ble gått frem med informert samtykke i denne oppgaven kan leses i intervjuprosedyren (se punkt 2.2.3). Det informerte samtykket deltakerne fikk kan ses i vedlegg 2.

2.5.3. Konfidensialitet. Enhver person som får tilgang til andres helseopplysninger eller andre personopplysninger som blir brukt til forskning har ifølge Helseforskningsloven (2009) plikt til å sørge for at andre ikke får tilgang til disse opplysningene. Lydopptak ble oppbevart i en låst skuff og slettet etter transkribering. All transkribering ble anonymisert slik at ingen av informantene kan identifiseres.

3. Resultater

3.1. Beskrivelse av utvalget

Totalt ble det rekruttert 11 deltakere hvorav åtte stykker stilte til intervju. Disse utgjorde syv kvinner og en mann. Alle deltakerne hadde erfaring som ansatte i psykisk helsetjeneste. Alderen på deltakerne varierte fra 30 til 50 år. De hadde også ulik arbeidserfaring. Noen hadde jobbet i spesialisthelsetjenesten, andre i den kommunale helsetjenesten, og noen hadde erfaring fra begge steder.

3.2. Organisering av resultater

Temaene som ble valgt i steg to i analysen (se punkt 2.3), så ut til å ha tilstrekkelig med meningsbærende tekster, og det så ikke ut til å være noe behov for å dele eller slå de sammen på noen måte. Eneste endringene som ble gjort i dette steget var at temaet «årsaker til krenkelser» ble delt inn i undergruppene «sårbarhet» og «brukergruppen». Resultatdelen er organisert etter de seks kategoriene som kom frem i analysedelen: «Opplevelse av krenkelse», «årsaker til krenkelser», «kunnskap og erfaring», «relasjoner og sosial støtte», «personlig påvirkning og utvikling» og «arbeidsplassen».

3.3. Opplevelse av krenkelse

Av de ansatte hadde seks av åtte opplevd å bli krenket på arbeidsplassen. De to som opplyste at de ikke hadde følt seg krenket fortalte at de hadde opplevd å bli kjeftet på eller følt seg redd på grunn av vold og utagering hos pasienter. Til tross for disse hendelsene fortalte de at de ikke hadde følt seg krenket. De ansatte mente dette var en del av jobben, og at de derfor måtte tåle det.

Av de seks ansatte som hadde opplevd krenkelser, hadde fire opplevd å bli utsatt for verbale krenkelser. To ansatte hadde opplevd å bli utsatt for vold, mens en hadde opplevd seksuelle krenkelser. Videre hadde fire av seks opplevd å bli utsatt for trusler, og to ansatte nevnte også at familien deres eller noen de var glad hadde blitt truet. Kvinne i 50-årene forteller:

«Jeg har ikke blitt utsatt for veldig mye vold. Jeg har nok blitt utsatt for mye mer trusler. Når det går på trusler på blant annet familien min så syns jeg det er krenkende. Og det gjør meg redd».

3.4. Årsaker til krenkelser

3.4.1. Sårbarhet. Halvparten av informantene nevnte sårbarhet som en årsak til opplevelse av krenkelse på arbeidsplassen. Informantene fortalte blant annet at alle mennesker har gode og dårlige dager enten man er frisk eller syk. Videre fortalte de at det er helt naturlig at man kan føle seg sliten en dag, og at man derfor kan ta seg litt mer nær av ting enn hva man ellers ville gjort. De ansatte forklarte at dette kunne føre til at man var litt mer krenkbar akkurat den dagen. En kvinne i 50-årene forteller:

«Noe kan oppleves krenkende den ene dagen, men som kanskje ikke er det den andre dagen for da er man i bedre form».

De ansatte påpekte at man av ulike grunner kunne føle seg sårbar i perioder. Blant annet fortalte de at urolige perioder på arbeidsplassen kunne føre til at man lettere kjente seg krenket enn ellers. Når de ansatte vet at det har vært mye trusler og utskjellinger i det siste, oppga de at de forventet at det også ville skje neste dag. Urolige perioder som vedvarte kunne føre til at ansatte ble mer slitne, og dermed mer krenkbare, ifølge de ansatte.

3.4.2. Brukergruppen. En annen årsak til at de ansatte følte at det kunne oppstå krenkelser på arbeidsplassen var brukergruppen de jobbet med. Ansatte innen psykisk helsetjeneste jobber med mennesker som har alvorlige psykiske lidelser. En av de ansatte fortalte at brukergruppen ofte kunne oppfattes som aggressive eller truende, og at det dermed kunne føre til krenkelser. Ansattes oppfatninger og erfaringer var at brukerne ikke nødvendigvis gikk inn for å krenke de ansatte, men det var heller psykiske utfordringer eller reaksjoner på traumer som medførte at de krenket. De ansatte fortalte at det at pasienter kunne oppleves som truende eller aggressive så de på som symptomer og som en del av deres psykiske vansker. Kvinne i 50-årene forteller:

«Men nå må jeg liksom også si at jeg ser jo at disse menneskene er sjuke og det er forsvaret deres. For å si det sånn. Jeg har vel ikke akkurat tatt meg så mye nær av det».

3.5. Kunnskap og erfaring

Informantene mente at som nyansatt og ung hadde man mindre kompetanse og erfaring enn de som hadde jobbet innen psykisk helsetjeneste en stund. Ifølge de ansatte spilte kompetanse og erfaring en rolle for hvordan de lot seg krenke. Etter hvert som man opparbeidet seg arbeidserfaring utviklet man seg og man tålte mer fortalte de. Kvinne i 50-årene forteller:

«Jo tryggere du er som ansatt, til mindre rammer tror jeg du trenger fordi at du har kompetanse, og erfaring til å iverksette nødvendige ting. Du ser ting på forhånd, kanskje».

Informantene fortalte at de opplevde at man fikk mer kunnskap og man ble mer reflektert etter hvert som man fikk mer arbeidserfaring. Majoriteten av de ansatte mente at man habituerte krenkelsene. Grensen for når de kjente seg krenket ble flyttet med økt grad av erfaring. Mann i 30-årene forteller:

«Litt vanskelig for jeg tror jeg har jobbet her en stund nå så jeg tror man venner til seg en del av det også. Sånn at det ting som jeg kanskje ville følt som krenkende hvis jeg hadde kommet helt utenifra, var ny, eller vært ukjent med dem. At det er ting jeg ikke tenker på som krenkende nå. Blir litt tykkhudet».

Videre fortalte informantene at ved hjelp av erfaring og kunnskap så lærte de hvordan de skulle forholde seg til pasienter. De lærte hvordan man skulle posisjonere seg, hvordan man skulle forholde seg til pasienter, hvordan man skulle kommunisere og man lærte å se ting som kunne eskalere i forkant. Man ble litt mer føre var, og ved å være føre var unngikk man situasjoner som kunne føre til at man ble krenket ifølge de ansatte. Flere mente at man som ung og nyutdannet var ekstra utsatt for å kjenne seg krenket. Tre av informantene fortalte at de hadde opplevd at det å være ny var blitt brukt mot dem. Kvinne i 50-årene forteller:

«Du kommer der ganske stolt. Du skal komme her å hjelpe, hjelpe mennesker. Og så blir du totalt avvist og degradert i stedet. Du blir fortalt hvor lite du kan og hvor lite du veit, og hvor dårlig menneske du i det hele tatt er. Og det er jo ingen god følelse å få høre det».

3.6. Relasjoner og sosial støtte

Flere av de ansatte mente at støtte fra kollegaer hjelper ansatte å håndtere krenkelser. De fortalte at ved utagering var det vanlig med debrifing der man snakket om hva som hadde skjedd, og hva man kunne gjort annerledes. Her fikk man støtte fra de andre som bidro til at de taklet situasjonen bedre, men det var svært sjeldent at ordet krenkelse ble brukt i denne sammenhengen. Kvinne i 40-årene forteller:

«Det er jo det å snakke med noen i ettertid. Vi kan jo ikke unngå å ikke bli krenket for vi er jo mennesker. Så det er jo en del av pakka å jobbe med mennesker, eller det å leve tenker jeg. Vi både krenker og blir krenket i forskjellige settinger. Med det å være litt mer bevisst selv da i forhold til det at, var dette alright? Eller er dette her faktisk noe jeg må snakke med noen om? Det syns jeg vi har god takhøyde for her på jobben, det å snakke med hverandre og gå igjennom ting. Det er noe med å prøve å unngå det der at du bærer for mye i forhold til slitasje på en selv».

Informantene nevnte blant annet at god samhandling, refleksjon og informasjon fra kollegaer kunne virke forebyggende mot krenkelser. Videre ble det nevnt at oppfølging var en forebyggende faktor. I følge de ansatte var det den enkelte ansattes jobb å si ifra hvis det ble for mye eller at de ikke klarte å stå i en situasjon, men det var også viktig at kollegaer så hverandre og stilte opp.

3.7. Personlig påvirkning og utvikling

Som nevnt tidligere har erfaring noe å si på hvordan man tar til seg krenkelser. Alle informantene nevnte at erfaring spilte en rolle for om de tok ting til seg eller ikke. Mer erfaring og kompetanse førte til at man klarte å stå i mer. Kvinne i 50-årene forteller:

«Jeg har nok blitt mer hardhuda, det går ikke så mye innpå meg nå, jeg står nok stødigere på mine bein som sykepleier. Det skal litt mer til å rokke på det bildet jeg har av meg selv som utøver av sykepleier, rett og slett».

To av de ansatte fortalte at det å bli utsatt for krenkelser gjorde at de vurderte og analyserte seg selv. Gjorde de en god nok jobb? Er det noe de kunne gjort annerledes? Videre sa de at ved å prate med andre prøvde de å oppheve krenkelsen. De har følt for å få en bekreftelse av at det kanskje ikke var så ille allikevel. De fortalte at det å bli utsatt for

krenkelser gjorde noe med en. Det gjorde blant annet noe med selvbildet der og da, som førte til at man gransket seg selv. På lang sikt kunne det gjøre noe med deg hvis ikke man snakket om det.

Halvparten av informantene sa at de tok krenkelser mer til seg tidligere enn hva de gjorde nå. Terskelen for hva de opplevde som krenkende var endret. De lot ikke ting gå like lett inn på seg som tidligere. De hadde blitt mer sikre på seg selv med årene og opparbeidet seg mer kunnskap og erfaring, og dermed lot de seg ikke krenke i like stor grad. Kvinne i 50-årene forteller:

«Det har jo kanskje også gjort at det jeg er litt mere varsom, jeg tenker meg litt mer om, reflekterer litt mer over ting. Og at man, det blir mindre og mindre å ta ting personlig for at det er en forklaring på at folk reagerer som dem gjør da».

Videre fortalte de at selv om man ikke tok det så personlig så kunne det allikevel ha en effekt på dem. Kvinne i 40-årene:

«Jeg tror at vi som helsearbeidere takler en del krenkelser som vi ikke legger så mye i, men så er det sånn at når vi blir bærere av mange krenkelser som man egentlig ikke tenker noe over så samler man dem. Etter hvert kan belastningen bli stor uten at man vet årsaken til hvorfor det er nok nå. Det er jo det med sårbarhet, ikke sant. Kanskje det var den ene gangen det fikk deg til å tippe, men så er det kanskje skjedd mange krenkelser opp igjennom ... det er jo dette her med vold og risiko for dette er jo sånne ting du kanskje ikke tenker over så bevisst da».

3.8. Arbeidsplassen

De ansatte fortalte at arbeidsplassen kunne være en risikofaktor for opplevelse av krenkelser. De nevnte blant annet at dårlig sikkerhet på jobb, stress, dårlig tid, dårlig kapasitet, for mye å gjøre, kompetanse hos kollegaer, underbemanning som noen av risikofaktorene. Videre fortalte de som hadde jobbet i boliger at de følte seg mer utsatt for krenkelser. Der jobbet man ofte en til en som ville si at man ikke hadde den umiddelbare kollegastøtten bak seg som man for eksempel hadde på en psykiatrisk avdeling. Kvinne i 50-årene forteller:

«Det er veldig krevende å jobbe innen psykisk helse. Det er nedskjæringer, og vi har mange pasienter, og vi har mange syke pasienter. Vi er underbemannet, og rår egentlig over

litt lite hjelpemidler. Vi ser at folk har det vondt over lengre tid. Man prøver å hjelpe så godt man kan med det man har, og ser jo det at man ikke alltid kommer i mål og det blir veldig slitsomt over tid. Pluss det med at det du hele tiden må være på vakt. Du blir kanskje, i hvert fall i perioder, daglig ganske kraftig krenket, i hvert fall verbalt».

Kvinne i 50 årene forteller:

«Altså jeg ble ganske redd i forhold til det med å ha ansvar for så dårlige pasienter. På den avdelingen så husker jeg at vi fikk jo da ganske mange risikopasienter til vurdering hvor flere av de visste vi hadde begått drap. På den tiden så ble jeg satt i situasjoner hvor jeg var alene om å passe på ganske store mandige folk, og uten sikkerhetsutstyr, innelåst sånn at jeg måtte fysisk låse meg ut hvis vedkommende gikk bananas ... jeg ble redd selv».

Tre av informantene snakket også om hvordan de ansatte av og til kunne bli institusjonalisert. Man gjorde ting fordi man alltid har gjort det sånn, og man ble en del av et system. Dette kunne føre til at man ble ubetenksom og ting kunne fort bli en vane. Man dannet seg ulike holdninger og man ble ikke like reflektert over hvordan man jobbet. Kvinne i 30-årene forteller

«Vi glemmer hvorfor vi gjør det på den måten, men vi gjør det allikevel fordi vi alltid har gjort det sånn».

En av informantene nevnte også at hvor mye man jobbet kunne ha noe å si på om man følte seg krenket eller ikke. Ved å jobbe redusert fikk man muligheten til å hente seg inn, og krenkelsene ble ikke så ille da. Jobbet man derimot på heltid ville det muligens være verre. Man ble mer sliten, og mer utsatt for krenkelser.

3.9. Oppsummering av hovedfunn

Majoriteten av de ansatte hadde opplevd å bli krenket i en eller annen grad, men flertallet tok seg ikke nær av krenkelsene. Noen så på krenkelsene som en del av jobben, og at de dermed måtte tåle det. Halvparten av informantene mente at om man følte seg sliten eller sårbar en dag, kunne det øke sannsynligheten for krenkelser. Erfaring og kompetanse spilte en viktig rolle for opplevelse av krenkelser. De med mindre erfaring og kompetanse ble lettere krenket enn de med mer erfaring og kompetanse. Erfaring og kompetanse gjorde man mer reflektert og man lærte hvordan man skulle forholde seg til pasienter. Majoriteten av de

ansatte mente at man habituerte krenkelsene. Grensen for når de kjente seg krenket ble flyttet med økt grad av erfaring. Videre fortalte de at de kunne bli institusjonalisert og at det kunne ha en effekt på holdninger og føre til at man ble ubetenksom. Den viktigste forebyggende faktoren var sosial støtte. Debriefinger, god samhandling, oppfølging, reflektering og informasjon var noen å punktene de ansatte så på som viktige forebyggende faktorer.

4. Diskusjon

4.1. Ansattes erfaringer med krenkelser

I denne studien viste det seg at en majoritet av de ansatte har opplevd å bli krenket i en eller annen grad i løpet av tiden de har jobbet i psykisk helsetjeneste. Dette samsvarer med tidligere forskning som også har vist at alt fra 50 til 85 prosent av ansatte i psykisk helsetjeneste har blitt utsatt for krenkelser fra pasienter (Atawneh et al., 2003; FAFO, 2009; Nolan et al., 1999; Soares, 2000; Svalund, 2009). Allikevel antas det at krenkelser og vold er underrapportert (Atawneh et al., 2003; Love & Hunter som sitert i Nolan et al. 1999; Rippon, 2000). Det antas å være ulike grunner til det: skam over å føle seg som et offer, trusler om vold fra pasienter, frykt for at andre skal dømme dem, redsel for å gjøre administrasjonen misnøyd og usikkerhet rundt hva som skal rapporteres som krenkelser (Arbeidstilsynet, 2009b; Hoff som sitert i Rippon, 2000; Kinross som sitert i Rippon, 2000).

Studien viser at krenkebarhet ser ut til å være av relativ størrelse som kan variere på grunn av flere faktorer som: utslitthet, dagsform, stress og lange dager. Videre ser man også at privatlivet kan påvirke hvor krenkbar man er til tider. Hvis man har en dårlig dag kan dette øke risikoen for at man er mer krenkbar enn man ellers ville vært. Flertallet av de ansatte har følt seg krenket i en eller annen grad i løpet av tiden de har jobbet i psykisk helsetjeneste. Allikevel uttaler de at de ikke har tatt krenkelsene så personlig eller at det har påvirket dem så veldig mye. Det ser ut til at det er ulike grunner til at de ikke tar det personlig.

Halvparten nevnte at de lot seg lettere krenke tidligere i karrieren. Det ser ut til at kunnskap og erfaring spiller en viktig rolle for at de ansatte ikke skal føle seg så krenket hvis de blir utsatt for en krenkende opplevelse. Som nyansatt er det lettere å føle seg krenket enn når man har jobbet der over tid. Erfaring og kompetanse spiller også en rolle for hvordan man skal posisjonere seg og unngå å trigge en eventuell krenkelse. Dette samsvarer også med tidligere forskning hvor de fant at ansatte med mindre erfaring følte seg mer utsatte for

krenkelser på arbeidsplassen enn de som har jobbet der en stund (Gerberich et al., 2004; Whittington, et al. som sitert i Nolan et al., 1999; Rippon, 2000). En måte å forstå dette på er igjennom mestringsteori og opplevd kontroll. De ansatte vurderer situasjonen de havner i. Hvordan oppleves den og har de tilstrekkelige ressurser til å håndtere det? Kunnskap og erfaring bidrar til å redusere opplevelse av krenkelse, og dermed vil ansatte som har jobbet der over lenger tid kunne føle at de har tilstrekkelig med ressurser til å kunne håndtere potensielt krenkende atferd. I tråd med Bandura (1977), vil høy mestringstro til en potensiell krenkelse, desto bedre vil den ansatte takle krenkelsen. Man kan anta at ansatte som har jobbet i psykisk helsetjeneste over lengre tid vil ha høyere mestringstro enn ansatte som ikke har jobbet der så lenge. Setter man erfaring og kompetanse opp mot Thompson (1981) sine fire aspekter av kontroll ser man at ansatte som har jobbet lenger vil kunne ha: (1) høyere atferdsmessig kontroll ved at de har mulighet til å påvirke effekten av en krenkelse, ved at de for eksempel posisjonerer seg riktig. (2) Bedre kognitiv kontroll ved at man ikke vurderer situasjonen så truende som for eksempel en med mindre erfaring ville gjort. (3) Informasjon, man opparbeider seg kunnskap med arbeidserfaring, og dermed vil man kunne oppleve mer kontroll over situasjonen. (4) Retrospektiv kontroll, ved å se tilbake på det som har skjedd, kan attribusjon av kontroll føre til man takler en situasjon bedre.

4.2. Når krenkelsene blir en vane

Det å bli utsatt for krenkelser som ansatt ser ut til å kunne bli en vane for de som har jobbet i psykisk helsetjeneste over lengre tid. Det kan være flere grunner til dette. Det kan tenkes at de ansatte habituerer krenkelsene de blir utsatt for. Gjentatte opplevelser av krenkelser kan føre til at man tilvenner seg krenkelsene. Man vil derfor ikke reagere like sterkt på de når man har jobbet der en stund, enn om man var nyansatt. Det at personalet blir mindre sensitive og mindre empatiske kan føre til at pasientene føler seg mindre sett. At personalet habitueres til å tåle krenkelsene, og blir mindre sensitive overfor pasientene påvirker behandlingen i negativ retning. Relasjonen mellom personalet og pasientene er en viktig del av behandlingen og pasientenes opplevelse av behandlingen. At personalet ikke blir emosjonelt avstumpet, men fortsetter å være sensitive og empatiske, er derfor et viktig mål.

Det kan også tenkes at de ansatte distanserer krenkelsene eller lærer å tolerere og akseptere det. Det er en del av jobben, så det må de leve med. Det kan også tenkes at det å bli vant til krenkelsene er en form for overlevelsesstrategi. Som ansatt i psykisk helsetjeneste kan

man ikke ta seg nær av alt. Som de ansatte nevnte i intervjuene, må man begynne å akseptere at krenkelsene er en del av lidelsene til pasientene. Krenkelsene er ikke rettet mot de ansatte personlig, men det er heller en form for å få ut frustrasjon og en følelse av avmakt. Tidligere forskning har vist at ansatte som blir utsatt for krenkelser kan få vanskeligheter med å involvere seg profesjonelt med pasienter, mistrives på jobben, dårligere arbeidsmoral, sykemeldinger og noen slutter i jobben (Atawneh et al., 2003; Brennan, 1999; Caldwell, 1992; Gerberich et al., 2004; Graydo et al., 1994; Lanza, 1992; Mezey et al., 1994; Rippon, 2000; Soares, 2000; Svalund, 2009). Muligens er det slik at de ansatte tenker at de ikke skal la krenkelsene gå inn på dem, men at de allikevel gjør det. Det er forskjell på opplevd kontroll og faktisk kontroll (Ogden, 2012). Kanskje er det slik at krenkelsene ligger latente hos de ansatte, helt til en dag hvor det sier stopp. De opplever at de har kontroll over krenkelsene når de kanskje ikke har det. Hva som skjer med de ansatte når krenkelsene blir en vane er vanskelig å si. Kanskje takler de det helt fint, men så på den andre siden kan det tenkes at det fører til utbrenthet. Langvarig stressende situasjoner i jobben kan føre til utbrenthet som vist i studien til Gustafsson et al. (2010). Utbrenthet kan føre til at ansatte blir negative, ufølsomme mindre empatiske og distanserer seg fra de som mottar hjelp i psykisk helsetjeneste. Videre kan følelsen av kompetanse og suksess synke (Bang, 2003). Synker kompetansen og følelsen av suksess vil de ansatte muligens bli enda mer utsatte for krenkelser. Det vil derfor være viktig å forebygge krenkelser mot ansatte slik at man sikrer god helse og trivsel hos de ansatte. Sikrer man god helse og trivsel hos ansatte vil det kunne sikre kvaliteten på behandlingen pasientene får.

4.3. Den profesjonelle rollen

Ut i fra sosial sammenlikningsteori vil eksistensen av andre kollegaer lære de ansatte hvordan de skal gå frem eller hvordan de skal mestre en potensiell krenkende situasjon. Det kan tenkes at dette kan ha en positiv og en negativ effekt på ansatte. Ansatte som blir utsatt for krenkelser kan reagere likt som andre ansatte har reagert i liknende situasjoner tidligere. De kopierer atferden til andre kollegaer. Informantene fortalte at de gjør ting fordi de alltid har gjort det sånn. De ansatte blir institusjonalisert og reflekterer ikke nok over hendelsene. Det er ikke sikkert at atferden de lærer fra tidligere situasjoner er riktig, og det er dermed viktig å opprettholde et arbeidsmiljø hvor man er reflektert og åpen for nye innspill.

Ansatte som blir utsatt for krenkelser vil kunne fortrenge at de har blitt krenket hvis de opplever noe som krenkende, men har sett at andre ansatte ikke har følt seg krenket i andre situasjoner. Det kan tenkes at man tar det personlig, men tør ikke snakke om det med andre fordi ingen andre gjør det. Det kan tenkes at ansatte føler skam over å kjenne seg krenket, og at de derfor fortrenger det. Det å føle seg krenket bryter med hjelperollen som de ansatte som yter omsorg har. Som ansatt i psykisk helsetjeneste skal du være tøff og profesjonell, ikke sårbar. Kanskje er det skamfullt å innrømme eller erkjenne at man faktisk har følt seg krenket. Tidligere forskning viser at følelsen av skammen over å være et offer eller frykten for å bli dømt av andre er noen av årsakene til at krenkelser blir underrapportert (Hoff som sitert i Rippon, 2000). Videre kan det tenkes at de kan føle en form for skyld. En skyld for at de ikke profesjonelt sett taklet situasjonen bedre, og at det dermed er skamfullt å ta dette opp med andre kollegaer.

Det kom ikke tydelig frem i intervjuene om hvorfor man skal tåle å bli krenket i psykisk helsetjeneste, og på grunn av at majoriteten av informantene var kvinner går det ikke an å se på kjønnsforskjeller. Det hadde vært interessant å finne mer ut av hvor ideen om at det er greit å bli krenket, kommer fra. Er det «feminine verdier» som sier at de ansatte skal ha god omsorgsevne som tåler de krenkelser som kan oppstå i yrket? Eller er det «maskuline verdier» som sier at de ansatte ikke skal la seg påvirke og at de ikke skal la seg knekke? Dette er et tema som det kunne være interessant å forske mer på.

4.4. Dagsformens påvirkning på sårbarhet

Halvparten av informantene nevnte også at det å ha en dårlig dag kan føre til at man lettere blir krenket. Er man utslitt eller ikke helt i form kan man ta seg mer nær av ting enn hva man ville gjort ellers. Urolige perioder på jobben kan føre til at man er sliten, og at man forventer at det kommer til å komme vold, trusler eller krenkelser den dagen som gjør at man blir mer krenkbar. Med andre ord kan privatlivet og forhold ved arbeidsplassen knyttes opp mot hvor sårbar man er for krenkelser. Knytter man dette opp mot mestringsteorier så kan man forstå det slik at på dårlige dager så vil en potensiell krenkelse oppleves mer truende enn hva den kanskje ellers ville gjort fordi man har mye annet å tenke på. Øker stressnivået kan mestringssevnen synke, og man vil derfor kunne føle at man er mer utsatt for krenkelser enn ellers. De ansatte kan føle redusert kontroll over situasjonen på dårlige eller slitsomme dager, og derfor oppleve mindre mestring. Videre fortalte en av informantene at som deltidsansatt

har man tid til å hente seg inn etter en eventuelt krenkelse. For de ansatte som jobber heltid vil det kunne bli slitsomt hvis krenkelser vedvarer fordi de ikke får hentet seg inn. Her vil det kunne være hensiktsmessig at ansatte ruller på oppgaver, og at det alltid er tilstrekkelig bemannet slik at man sikrer en trygg arbeidsplass for de ansatte.

4.5. Tanker om årsaker til krenkelser

En annen årsak til at de ansatte føler at det kan oppstå krenkelser på arbeidsplassen er brukergruppen de jobber med. Ansatte innen psykisk helsetjeneste jobber med mennesker som har alvorlige psykiske lidelser. En av de ansatte forteller om at brukergruppen ofte kan oppfattes som aggressive eller truende, og at det dermed kan føre til krenkelser. Ansattes oppfatninger og erfaringer er at brukerne ikke nødvendigvis går inn for å krenke de ansatte, men det er heller psykiske utfordringer eller reaksjoner på traumer som medfører at de krenker. De ansatte tenker at det at pasientene kan oppleves som truende eller aggressive, ser de som symptomer og som en del av deres psykiske vansker.

Noen av de ansatte rettferdiggjør krenkelser fra pasienter eller brukere. De ansatte persiperer pasientene som truende. Årsaken til krenkelsene ligger dermed utenfor pasientenes kontroll. De ansatte tenker at pasientene har en psykisk lidelse, og derfor har de ikke kontroll over sin egen atferd. Dette kan medføre at de har en atferd som de ansatte kan oppleve som krenkende. Det at pasienter kan krenke ansatte blir en del av jobben og blir derfor akseptert. Dette stemmer overens med tidligere forskning som viser at, krenkelser ikke blir tatt på alvor innen psykisk helsetjeneste fordi det blir sett på som en del av jobben (Rippon, 2000). At det blir sett på som en del av jobben kan tyde på en stereotypi om at mennesker som sliter med psykiske lidelser er krenkende selv om de ikke nødvendigvis er det. Ansatte fortolker samspillet med pasientene og atferd fra pasientene sin side, men det trenger ikke nødvendigvis være det som er årsaken til krenkende hendelser. Krenkelser i psykisk helsetjeneste er et kontroversielt problem. Soars et al. (2000) påpeker at majoriteten av pasienter ikke er krenkende, selv om det er noen lidelser som kan føre til at man kan være truende mot andre. De nevner at krenkelser ofte kan være på grunn av organisatoriske forhold som for eksempel fulle institusjoner, miljø som er uegnet for pasienter eller budsjettkutt. Videre forteller de at liten erfaring hos ansatte, lite kunnskap om pasientene, lite toleranse og aksept av krenkelser kan være årsaker til at ansatte opplever pasienter som truende.

Stedet man jobber på kan være en risikofaktor for at ansatte opplever krenkelser fra pasienter. Usikkerhet på jobb, stress, dårlig tid, begrenset kapasitet, for mye å gjøre, kompetanse hos kollegaer, underbemanning er noen av grunnene til at arbeidsplassen kan være en risiko for at man kan bli utsatt for krenkelser. Dette er faktorer som kan også knyttes opp mot mestringssteori. Dårlig sikkerhet, kunnskap, tid og stress fører til at de ansatte opplever mindre kontroll over situasjonen og dermed er de mer utsatt for å oppleve krenkelser. Dette stemmer også overens med tidligere forskning. Hagens (2010) funn om underbemanning og inkompetanse hos ekstravakter samsvarer med resultatene fra denne undersøkelsen. Det er derfor viktig å sikre et arbeidsmiljø med god kapasitet, kompetente ansatte og lite stress.

4.6. Forebygging av krenkelser

Som tidligere forskning viser til vet man lite om hva man kan gjøre for å redusere krenkelser på arbeidsplassen (Svalund, 2009). Dette er noe som burde få økt forskningsinteresse ettersom dette kan ha store konsekvenser for de ansatte, pasienter og organisasjoner. Majoriteten av de ansatte snakket om sosial støtte som noe av det mest grunnleggende når det kommer til forebygging av krenkelser på arbeidsplassen. God samhandling, refleksjon og informasjon fra kollegaer er viktige faktorer for at de ansatte ikke skal føle seg krenket. Sosial støtte i seg selv har en forsterkende effekt ifølge hovedeffekt hypotesen (Ogden, 2012). Blir man sett og hørt, og får støtte fra kolleger vil det ha en positiv effekt for hvordan man mestrer en krenkelse. Får man ikke den sosiale støtten fra kollegaer vil det kunne ha en negativ effekt. Videre kan det tenkes at økt sosial støtte kan øke kunnskap og erfaring. Ved å snakke om problemer vil man kunne få ulike perspektiver av en sak. Hvordan ville andre reagert i samme situasjon? Hvordan har andre reagert i liknende situasjoner tidligere? Hva kan vi lære, og ta med videre til neste gang vi blir utsatt for en liknende hendelse? Det kom ikke frem i intervjuene om det har noe å si hvor man får den sosiale støtten eller hvem den kommer fra. Berkman & Glass (2000) påpekte at antall kollegaer man får støtte fra og hvor ofte kan ha noe å si på opplevd sosial støtte hos ansatte.

De ansatte sier de ønsker å bli sett og hørt. Veiledning og debriefing er noe som blir brukt på arbeidsplassene i psykisk helsetjeneste. Her får de ansatte sosial støtte samtidig som de kan reflektere over hva som har skjedd. Dette samsvarer med Thoits (2011) som fremhevet at råd og bekreftelse fra kollegaer er en viktig faktor. Mest sannsynlig vil dette ha en

modifiserende effekt på den stressende hendelsen. Om det har en modifiserende effekt kom ikke frem i studien, men det kan være et aktuelt tema som burde studeres mer. På hvilken måte kan ansatte få best mulig sosial støtte etter en krenkende hendelse? Institusjoner kan også lære av hverandre ved å se hva som fungerer bra og hva som ikke fungerer så bra på de ulike andre stedene.

Som tidligere nevnt kan det tenkes at krenkelsene blir en vane for de ansatte som jobber i psykisk helsetjeneste. Om det er positivt eller negativt er vanskelig å slå fast. En forebyggende faktor her kan være at de ansatte sirkulerer på arbeidsoppgavene eller at man kanskje ikke bør ha samme jobb for lenge. Kanskje det er på tide å bytte jobb når det har blitt en vane å bli utsatt for krenkelser, slik at man ikke står i fare for å skade seg selv eller andre.

For at de ansatte i psykisk helsetjeneste skal kunne fortsette å være nærværende, støttende og omsorgsfulle mot pasientene trenger de ifølge Bang (2003) nye faglige perspektiver og metoder, personlig støtte i form av veiledning og støtte og anerkjennelse fra kolleger og ledere. Dette samsvarer med det som kom frem i intervjuene. Da ansatte forteller at det er kunnskap, erfaring og sosial støtte som hjelper dem med å takle krenkende hendelser.

4.7. Studiens begrensninger

Det ble vurdert i denne oppgaven om ordet «krenkelse» var det riktige ordet å bruke. Andre studier bruker ofte ord som «vold», «aggresjon» eller «trusler» mot ansatte heller enn «krenkelse». Det er mulig at det er vanskelig for noen ansatte å si at man er krenkbar fordi det kan oppfattes som sårbart. Man har kanskje en holdning om at som ansatt er man ikke krenkbar. Allikevel falt valget på å bruke ordet «krenkelse» fordi det kan omfatte vold, trusler og aggresjon. Det kan tenkes at studien ville fått andre resultater hvis man hadde brukt andre begreper, men på den andre siden viste det seg at de ansatte inkluderte begreper som «vold», «trusler» og «aggresjon» da de begynte å fortelle om krenkelser.

Det var et klart overtall av kvinner i denne studien. Helse- og sosialsektoren er preget av flertall av kvinnelige ansatte, og dermed var det enklere å få kvinner til å stille opp til intervju enn menn. Tall fra Statistisk sentralbyrå (2014) viser at 85 prosent av helse- og omsorgsarbeidere er kvinner. Det kan også tenkes at det kan være mer skambelagt for menn å snakke om krenkelser enn det er for kvinner. Det at ordet «krenkelse» ble brukt under

rekruttering av ansatte kan derfor hatt en effekt på at det ble en skjev kjønnsfordeling. Om resultatene ville blitt annerledes hvis man hadde litt mer kjønnsfordelt utvalg vites ikke.

Det kan også tenkes at ansatte synes det er vanskelig å snakke om egen arbeidsplass. Som ansatt i psykisk helsetjeneste har de ansatte taushetsplikt og mulig at dette kan føre til at de ansatte ikke forteller alt. Videre kan det tenkes at det kan være vanskelig å snakke om sin egen arbeidsplass, for man ikke vil fortelle noe som kan slå tilbake på en til tross for at studien som har blitt gjennomført er anonym.

5. Konklusjon

Krenkelser kan ha både fysiske og psykiske negative effekter på ansatte i psykisk helsetjeneste og bør derfor tas på alvor. Majoriteten av de ansatte i studien hadde opplevd å bli krenket i en eller annen grad, men flertallet tok seg ikke nær av krenkelsene. Erfaring og kunnskap nevnes som en av hovedårsakene til at de ikke tar det personlig lenger, og det ser ut til at dette kan være en viktig faktorene for hvordan ansatte opplever krenkelser. De med mindre erfaring og kompetanse ble lettere krenket enn de med mer erfaring og kompetanse. Erfaring og kompetanse gjorde ansatte mer reflektert og de lærte hvordan man skulle forholde seg til pasienter. Majoriteten av de ansatte mente at man habituerte krenkelsene. Grensen for når de kjente seg krenket flyttet seg med økt grad av erfaring. Dagsformen hadde noe å si på hvordan de ansatte opplevde krenkelser. Føler de seg slitne eller sårbare en dag, kan det gi økt sannsynligheten for at de blir mer krenkebare. Privatliv og stress på jobb var noen av årsakene til at man følte seg mer sårbar. Videre ble ulike faktorer ved arbeidsplassen nevnt som risikofaktorer: underbemanning, dårlig tid, stress, lav kompetanse hos ansatte. At krenkelser kan bli en vane for de ansatte kan også se ut til å være en risikofaktor, men det kan også bli sett på som en overlevelsesstrategi for at de ansatte skal takle arbeidshverdagen. Som forebyggende effekt ble sosial støtte fra kollegaer mest vektlagt hos de ansatte.

6. Implikasjoner for klinisk arbeid/framtidig forskning

Ansatte som opplever å bli krenket på arbeidsplassen i psykisk helsetjeneste er et vanlig fenomen som sannsynligvis er en viktig faktor når det gjelder sykefravær, trivsel, utbrenthet for de ansatte. Videre ser det ut til at det kan føre til angst, stress, depressive symptomer og

posttraumatisk stresslidelse. Konsekvensene kan være store både for den enkelte ansatte, for arbeidsplassen og for pasientene. Det er derfor viktig å ta dette på alvor. Det bør være en kultur der de ansatte kan snakke om problemet, ha debriefing og få veiledning. Videre er det viktig å ha en arbeidskultur der de ansatte kan snakke om egen sårbarhet og følelser, og dermed forhindre en «hardhudet» arbeidskultur.

Krenkelser i psykisk helsevern har hatt økt forskningsinteresse, men det er fortsatt mangler på dette området. Det trengs bedre kartlegging av hva som kan forebygge krenkelser mot de ansatte, og hva man bør gjøre for å ivareta de ansatte når krenkelsene har skjedd. Videre ville det vært interessant å vite mer om hvorfor ansatte ikke tar krenkelser personlig når de selv sier at de opplever krenkelser på arbeidsplassen, og hva som gjør at de ser på krenkelser som en del av jobben. Kunnskap og erfaring er en av faktorene som ser ut til å ha stor betydning for konsekvensene av krenkelser. Det kunne vært interessant å se om økt fokus på opplæring, om krenkelser generelt og hvordan man skal håndtere det, i utdanningsforløpet kan ha positiv effekt på de ansatte. Videre vil økt kunnskap om krenkelser blant ledelsen og tilrettelagte arbeidsplasser sikre bedre helse og trivsel for de ansatte, som igjen vil kunne gi bedre tjenestetilbud til pasientene.

Referanser

- Arbeidsmiljøloven (2005). *Lovdata. Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>
- Arbeidstilsynet (2009a). *Trusler og vold på arbeidsplassen. Veileder.* Hentet fra <http://www.ks.no/PageFiles/7229/TruslerVoldVeileder2009.pdf>
- Arbeidstilsynet (2009b). *Vold og trusler på arbeidsplassen. Forebygging, håndtering og oppfølging.* (Arbeidstilsynets publikasjoner best.nr. 597). Trondheim. Hentet fra <http://www.arbeidstilsynet.no/binfil/download2.php?tid=103760>
- Atawneh, F. A., Zahid, M. A., Al-Sahlawi, K. S., Shahid, A. A. & Al-Farrah, M. H. (2003). Violence against nurses in hospitals: prevalence and effects. *British Journal of Nursing*, 12(2), 102-110. doi: 10.12968/bjon.2003.12.2.11049
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. doi: 10.1037/0033-295x.84.2.191
- Bang, S. (2003). *Rørt, rammet og rystet – faglig vekst gjennom veiledning.* Oslo: Gyldendal norsk forlag.
- Berkman, L. F. & Glass, T. (2000). Social integration, social network, social support, and health. *Social epidemiology*, 1, 137-173.
- Cavanaugh, M. A., Boswell, W. R., Roehling, M. V. & Boudreau, J. W. (2000). An empirical examination of self-reported work stress among US managers. *Journal of applied psychology*, 85(1), 65. Doi: 10.1037//0021-9010.85.1.65
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310-357. doi: 10.1037/0033-2909.98.2.310
- Gates, D. M., Gillespie, G. L., & Succop, P. (2011). Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nurs econ*, 29(2), 59-66.

- Gerberich, S. G., Church, T. R., McGovern, P. M., Hansen, H. E., Nachreiner, N. M., Geisser, M. S., Ryan A. D., Mongin, S. J. & Watt G. D. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota nurses' study. *Occupational and environmental medicine*, 61(6), 495-503. doi: 10.1136/oem.2003.007294
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of phenomenological psychology*, 28(2), 235-260. doi: 10.1163/156916297x00103
- Gustafsson, G., Eriksson, S., Strandberg, G. & Norberg, A. (2010). Burnout and perceptions of conscience among health care personnel: a pilot study. *Nursing ethics*, 17(1), 23-38. doi: 10.1177/0969733009351950
- Hagen, I., M (2010). *Vold og trusler om vold i offentlig sektor II. Mellom kallsetikk og HMS – en intervjuundersøkelse*. (Fafu-rapport 2010:37). Oslo.
- Healy, C. M., & McKay, M. F. (2000). Nursing stress: the effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. *Journal of advanced nursing*, 31(3), 681-688. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01323.x
- Helsedirektoratet (2015). *Psykisk helsevern*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/psykisk-helsevern>
- Helseforskningsloven (2009). *Lovdata. Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Hogg, M. A. & Vaughan, G. M. (2008). *Social psychology* (5.ed.). Harlow: Pearson education.
- Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. (2015). *Psykiske helsetjenester, etikk og tvang*. Hentet fra <http://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/psykiske-helsetjenester/>
- Johannessen, H. A., Gravseth, H. M., & Sterud, T. (2015). Psychosocial factors at work and occupational injuries: a prospective study of the general working population in Norway. *American journal of industrial medicine*, 58(5), 561-567. doi: 10.1002/ajim.22431

- Kulkarni, S., Bell, H., Hartman, J. L. & Herman-Smith, R. L. (2013). Exploring individual and organizational factors contributing to compassion satisfaction, secondary traumatic stress, and burnout in domestic violence service providers. *Journal of the society for social work and research*, 4(2), 114-130. doi: 10.5243/jsswr.2013.8
- Langdridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode: en innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger*. Trondheim: Tapir akademisk forlag.
- Lazarus R. S. & Folkman, S. (1987) Transactional theory and research on emotions and coping. *European journal of personality*, 1(3), 141-169. doi: 10.1002/per.2410010304
- Lazarus, R. S. & Launier, R. (1978) Stress-related transactions between person and environment, i Pervin., L. A. & Lewis, M. (eds) *Perspectives in international psychology* (pp. 287-327). New York: Plenum. doi: 10.1007/978-1-4613-3997-7_12
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. (3.utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Nasjonalt senter for erfaringskompetenase innen psykisk helse (2015). Hentet fra <http://www.erfaringskompetanse.no/oss>
- Nolan, P., Dallender, J., Soares, J., Thomsen, S. & Arnetz B. (1999). Violence in mental health care: the experience of mental health nurses and psychiatrist. *Journal of advanced nursing*, 30(4), 934-941. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.01163.x
- Norvoll, R. & Husum, T. (2011). *Som natt og dag? Om forskjeller i forståelse mellom misfornøyde brukere og ansatte om bruk av tvang*. (AFI-notat 9/2011). Oslo.
- Ogden, J. (2012). *Health psychology. A textbook* (5. ed.) London: Sage Publications.
- Olkinuora, M. A., & Lrappänen, R. A. (1987). Psychological stress experienced by health care personnel. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 1-8. doi: 10.5271/sjweh.2086
- Rippon, T. J (2000). Aggression and violence in health care professions. Experience before and throughout the nursing career. *Journal of advanced nursing*, 31(2), 452-460. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01284.x

- Smith, J. A. (2008) *Qualitative Psychology. A practical guide to research methods* (2.ed). London: Sage.
- Soares, J. F., Lawoko, S. & Nolan, P. (2000). The nature, extent and determinants of violence against psychiatric personnel. *Work & stress*, 4(2), 105-120. doi: 10.1080/026783700750051630
- Statistisk sentralbyrå (2014) *Helse- og sosialpersonell, 2013, 4.kvartal*. Hentet fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/hesospers/aar/2014-06-13>
- Svalund, J. (2009). *Vold og trusler om vold i offentlig sektor*. (Fafo-rapport 2009:30). Oslo.
- Thoits, P., A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of health and social behavior*, 52(2), 145-161. doi: 10.1177/0022146510395592
- Thompson, S. C. (1981). Will it hurt less if I can control it? A complex answer to a simple question. *Psychological bulletin*, 90(1), 89. doi: 10.1037/0033-2909

Vedlegg 1: Intervjuguide

Intervjuguide til ansatte som jobber/har jobbet innen psykisk helsetjeneste

Innledning: «Dette studien har som formål å undersøke hva ansatte som jobber innen psykisk helsetjeneste har erfart av ulike typer krenkelser; både selv og mot pasienter».

Krenkelser mot deg som ansatt i psykisk helsetjeneste:

1. Har du som ansatt i psykisk helsetjeneste erfart at du har blitt krenket i en eller annen grad under arbeidet ditt? (psykisk, fysisk eller seksuelt?)
 - a. Hvis ja, kan du beskrive hendelsen?
 - b. Hva var det ved hendelsen som ble opplevd som krenkende?
2. Har opplevelsen av å bli krenket påvirket deg (personlig) på noen måte?
 - a. Fortell (dette forutsetter at de har opplevd noe krenkende).
3. Kunne noe vært gjort i ettertid for å redusere din opplevelse av krenkelse?
4. Har synet ditt på krenkende atferd endret seg i tiden du har jobbet i psykisk helsetjeneste?
 - a. Hvis ja, hvordan da?

Krenkelser mot pasienter:

5. Har du opplevd, vært vitne til eller hørt om fra andre at pasienter har blitt krenket (psykisk, fysisk eller seksuelt) under behandling innen psykisk helsetjeneste?
 - a. Kan du beskrive hendelsen (så godt det lar seg gjøre)?
 - b. Hva var det ved hendelsen som ble opplevd som krenkende?
6. Kunne noe vært gjort i ettertid for å redusere opplevelsen av krenkelse?
7. Har du noen tanker om årsaken til handlingen/krenkelsen?
 - a. Hvem utførte eller var ansvarlig for handlingen?

Krenkelser mot både pasienter og ansatte:

8. Hvilke (risiko-) faktorer tror du kan legge grobunn for at det forekommer opplevelser av krenkelser under behandling i psykisk helsetjeneste?
9. Har du noen tanker om eller forslag til hvordan slike opplevelser kan forebygges i fremtiden?
10. Noe annet du har lyst til å tilføye?

Du kan også ta kontakt i etterkant, hvis du har mer å tilføye.

Tusen takk for hjelpen!!

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«Krenkelser innen psykisk helsevern»

Bakgrunn og formål

Invitasjon til å delta i en spørreundersøkelse om tvang, etikk og krenkelser innen psykisk helse- og russektoren

Vi inviterer deg med dette til å delta i et forskningsprosjekt om krenkelser innen psykisk helsevern. Undersøkelsen er en del av et større prosjekt ved Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo. Prosjektets overordnede målsetning er å fremskaffe kunnskap om etiske utfordringer, med et spesielt fokus på ansatte og brukeres sine erfaringer med ulike typer krenkelser under behandling i psykisk helsevern.

Du får denne henvendelsen via organisasjonen du er medlem av (profesjon-, fag- eller brukerforening).

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltagelse i studien innebærer å bli intervjuet enten individuelt eller i gruppeintervju. Du vil få spørsmål om dine erfaringer og tanker om krenkelser under behandling innen psykisk helsevern, enten fordi du er ansatt eller har erfaring fra tjenesten som bruker.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt.

Prosjektmedarbeidere er en prosjektleder (forsker) og tre mastergradstudenter i psykologi. Intervjuene blir tatt opp med lydopptager, og senere transkribert til tekst. All personidentifiserbare opplysninger om deg blir slettet så fort intervjuene er gjennomført. Det eneste som blir lagret om deg er opplysninger om kjønn, alder og om du er ansatt eller bruker. Informasjonen blir presentert helt anonymt og personidentifiserbare opplysninger vil ikke bli presentert.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 31.12.2017. Når lydfilene er transkribert blir de slettet.

Tekstfilene er fullstendig anonyme.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med psykolog Tonje Lossius Husum (prosjektleder) på telefonnummer: 41280305 eller mail: t.l.husum@medisin.uo.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Mail til deltakere – kort presentasjon av studien:

Hei XXX.

Takk for en hyggelig telefonsamtale. Vi setter veldig pris på at du ønsker å delta i studien. Her kommer litt mer informasjon om studien som jeg lovte at jeg skulle sende. Dette er en kvalitativ studie hvor vi er interessert i å intervju mennesker som har ulike erfaringer av krenkelser fra hele den psykiske helsetjenesten. Undersøkelsen omfatter både brukere av de psykiske helsetjenestene og ansatte - for å få et så nyansert bilde som mulig.

Vi vet at mennesker opplever krenkelser innenfor de psykiske helsetjenestene. Hva de opplever, og hva som er krenkende er noen av spørsmålene vi stiller. Det finnes ingen fasit på hva en krenkelse er. Hva som oppleves som krenkende er en subjektiv opplevelse, og det er disse opplevelsene og erfaringene vi ønsker å høre mer om.

Deltakelsen i studien innebærer å bli intervjuet individuelt. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd. Etter at opptaket har blitt transkribert vil lydfilen bli slettet. Deltakerne i studien vil bli anonymisert.

Prosjektleder for forskningsprosjektet er psykolog Tonje L. Husum som jobber ved Senter for medisinsk etikk.

Jeg legger ved intervjuguide og samtykkeerklæring som vedlegg.

Hvis du fortsatt er interessert så send meg gjerne et par tidspunkt som passer for deg så skal jeg se om jeg er ledig en av de dagene. Som jeg nevnte har jeg mulighet til å booke rom på psykologisk institutt på Blindern, eller et møterom på senter for medisinsk etikk på Ullevål sykehus. Jeg har også mulighet til å komme til din arbeidsplass hvis det gjør det lettere for deg.

Bare å ta kontakt hvis det skulle være noen spørsmål

Mvh. Vera Thorvarsdottir

Vedlegg 4: Tilbakemelding fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

Fra: post@helseforskning.etikkom.no [mailto:post@helseforskning.etikkom.no]

Sendt: 23. januar 2014 09:42

Til: tonje.l.husum@gmail.com

Emne: Sv: REK sør-øst 2014/21 Krenkelser og etikk innen psykiske helsetjenester

Vår [ref.nr.:](#) 2014/21 A

Vi viser til skjema for framleggingsvurdering mottatt 07.01.2014 angående prosjektet «Krenkelser og etikk innen psykiske helsetjenester», fra Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo. Fremleggingsvurderingen er vurdert av komiteens leder på fullmakt.

Formålet med studien, slik det forstås fra skjema for framleggingsvurdering, er å undersøke mennesker som har mottatt tjenester innen psykiske helsetjenester og ansatte innen samme helsetjeneste sine erfaringer med krenkelser under behandling. Det skal benyttes spørreskjema og intervju for å innhente opplysninger i prosjektet.

Slik prosjektet er beskrevet er det en evaluering av opplevelser under mottatt eller gitt behandling. Datainnsamling vil foregå utenfor helsetjenesten. Prosjektet er vurdert til å være utenfor helseforskningslovens virkeområde og kan gjennomføres uten godkjenning av REK. Innenfor de ordninger som gjelder for helsetjenesten med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern.

Med vennlig hilsen
Anette Solli Karlsen

Komitesekretær

post@helseforskning.etikkom.no

T: 22845522

Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk REK sør-øst-Norge (REK sør-øst)
<http://helseforskning.etikkom.no>



Vedlegg 5: Tilbakemelding fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Tonje Lossius Husum
Institutt for helse og samfunn Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 27.08.2014

Vår ref: 39196 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 01.07.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

39196 *Krenkelser innen psykisk helsevern*
Behandlingsansvarlig *Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder*
Daglig ansvarlig *Tonje Lossius Husum*

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



SAMARBEID

Prosjektet er en del av et større prosjekt ved UiO, Psykiatri, etikk & tvang (PET) prosjektet som også er nasjonalt, med internasjonalt samarbeid med forsker fra Nederland. Universitetet i Oslo er behandlingsansvarlig institusjon. Personvernombudet forutsetter at ansvaret for behandlingen av personopplysninger er avklart mellom institusjonene. Vi anbefaler at det inngås en avtale som omfatter ansvarsfordeling, ansvarsstruktur, hvem som initierer prosjektet, bruk av data og eventuelt eierskap.

Dette prosjektet gjennomføres av Tonje Lossius Husum (daglig ansvarlig) og tre prosjektmedarbeidere.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Deltakere rekrutteres gjennom enten profesjons- og fagforeninger eller brukerorganisasjoner. Organisasjonene formidler informasjon om prosjektet og personer som ønsker å delta kontakter deretter forsker.

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivene til hhv ansatte og brukere mottatt 1.7 og 10.7.2014 er godt utformet.

DATAMATERIALET

Datainnsamlingen skal skje gjennom intervjuer ansikt til ansikt eller pr. telefon, og det benyttes lydopptak.

Opplysningene som skal innhentes er sensitive siden de omhandler helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr 8 c.

Personvernombudet minner om at det ikke kan innhentes opplysninger som kan identifisere 3. personer. Helsepersonell er underlagt taushetsplikt og kan derfor ikke omtale hendelser på en måte som bidrar til å identifisere andre, f.eks. kolleger eller pasienter direkte eller indirekte. Brukere er ikke underlagt taushetsplikten på den samme måten, men har likevel ikke anledning til å omtale hendelser på en måte som kan identifisere andre uten at dette er i strid med personopplysningsloven. Daglig ansvarlig bekrefter i e-post mottatt 12.08.2014 at spørsmålene skal formuleres på en slik måte at identifisering av 3. personer utelukkes.

INFORMASJONSSIKKERHET

I henhold til prosjektmeldingen skal det ikke registreres opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner direkte i datamaterialet. Personvernombudet tar høyde for at det er potensiale for indirekte identifisering. Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Oslo sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal sendes elektronisk eller lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

PROSJEKTSLUTT

Forventet prosjektslutt er 31.12.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres.

Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel), slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn) og slette lydopptak.

ANDRE VURDERINGER

REK har vurdert at prosjektet ikke er framleggingspliktig (REF. 2014/21 A).